

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

2025, том 16, № 2 Электронное приложение

Psychiatry Psychotherapy and Clinical Psychology

International Scientific Journal

2025 Volume 16 Number 2 Electronic supplement

Аполлон Кайфароидос. Мрамор.
Римская отреставрированная копия
первой половины I в. н. э.
с эллинистического оригинала.
Автор неизвестен.
Реставратор – Ипполито Буцци (1562–1634).
Национальный римский музей,
Италия



МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «ВТОРЫЕ БЕЛОРУССКО-РОССИЙСКИЕ МАЙСКИЕ ЧТЕНИЯ ПО АКТУАЛЬНЫМ ВОПРОСАМ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

30 мая 2025 г.

ISSN 2220-1122 (print)
ISSN 2414-2212 (online)



 ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ
ИЗДАНИЯ



КАК НАЗНАЧАТЬ ВЕЛАКСИН:

- Велаксин в форме капсул применяется 1 раз в сутки (5-НТ)
- **НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА**
Велаксина пролонгированного действия составляет 75 мг 1 раз в сутки
- **УВЕЛИЧИТЬ ДОЗУ** можно с интервалом 1 раз в 2 недели и более. Максимальная суточная доза 375 мг



Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата: ВЕЛАКСИН® (Венлафаксин)

Фармакотерапевтическая группа: психоаналептические лекарственные средства; антидепрессанты; прочие антидепрессанты. Код АТХ: N06AX16. Велаксин капсулы пролонгированного действия 75, 150 мг. Показания к применению: Лечение эпизодов большого депрессивного расстройства. Профилактика рецидива эпизодов большого депрессивного расстройства. Лечение генерализованных тревожных расстройств. Лечение социальных тревожных расстройств. Режим дозирования: Рекомендованная начальная доза Венлафаксина пролонгированного действия – 75 мг один раз в сутки. Пациентам, у которых начальная доза 75 мг/сутки не оказывает терапевтического действия, для получения пользы от препарата дозу можно увеличить до максимальной дозы – 375 мг/сутки. Увеличивать дозу можно с интервалами в 2 недели или более. При наличии клинических показаний, при тяжелых симптомах допускается увеличение дозы с меньшими интервалами, однако такие интервалы должны быть не менее 4 дней. Лица пожилого возраста Сам по себе возраст не является причиной для коррекции дозы Венлафаксина. Однако при лечении пожилых пациентов требуется соблюдать осторожность (например, в связи с возможным нарушением функции почек, возможностью возрастного изменения чувствительности к нейромедиаторам и их средства к рецепторам). Способ применения. Для приема внутрь. Рекомендуется принимать капсулы пролонгированного действия Велаксин® во время еды, примерно в одно и то же время суток. Противопоказания: гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ. Совместное применение с необратимыми ингибиторами моноаминоксидазы (ИМАО) противопоказано ввиду риска развития серотонинового синдрома, сопровождающегося такими симптомами как психомоторное возбуждение, тремор и гипертермия. Прием Венлафаксина нельзя начинать раньше, чем через 14 дней после прекращения лечения необратимыми ИМАО. Беременность и лактация: отсутствуют адекватные данные о применении Венлафаксина у беременных женщин. Венлафаксин и его активный метаболит О-десметилвенлафаксин выделяются в грудное молоко. Хранить в сухом месте при температуре ниже 30°C.

РУ МЗ РБ № ЛПТ-№002093-ГП-ВУ, бессрочно

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Рекламный материал предназначен для специалистов здравоохранения.

Для размещения в печатных изданиях. На правах рекламы.

Имеются противопоказания и нежелательные реакции.

Не принимать при беременности без явной необходимости.

Дата создания рекламного материала 27.08.2025

ЗАО Фармацевтический завод

«Эгис» (Венгрия) в РБ,

г. Минск, пер. Ермака ба.

Тел.: (+375 17) 227 35 51,

e-mail: info@egis.by

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICKESKAJA PSIHOLOGIJA

psihea.recipe.by

2025, том 16, № 2
Электронное приложение

2025 Volume 16 Number 2
Electronic supplement

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Беларусь

Журнал зарегистрирован
в Министерстве информации
Республики Беларусь
Регистрационное свидетельство № 610

Учредители:
УП «Профессиональные издания»,
ОО «Белорусская психиатрическая ассоциация»,
ОО «Белорусская ассоциация психотерапевтов»

Адрес редакции:
220040, г. Минск, ул. Богдановича, д. 112,
помещение 1Н, офис 3
Тел.: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Директор Евтушенко Л.А.
Заместитель главного редактора Глушук В.А.
Руководитель службы рекламы и маркетинга Коваль М.А.
Технический редактор Каулькин С.В.

Подписка
в каталоге РУП «Белпочта» (Беларусь)
индивидуальный индекс 01078,
ведомственный индекс 010782

В электронных каталогах на сайтах агентств:
ООО «Прессинформ», ООО «Криэтив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.recipe.by,
в Научной электронной библиотеке elibrary.ru, в базе данных East
View, в электронной библиотечной системе IPRbooks
По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию
Журнал выходит 1 раз в 3 месяца
Цена свободная
Подписано в печать: 06.06.2025
Тираж 700 экз.
Заказ №
Формат 70х100 1/16 (165х240 мм). Печать офсетная

Отпечатано в типографии
Производственное дочернее унитарное предприятие
«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».
Свидетельство о государственной регистрации издателя,
изготовителя, распространителя печатных изданий
№2/18 от 26.11.2013.
пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №38200000006490 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»
Авторские права защищены. Любое воспроизведение материалов
издания возможно только с обязательной ссылкой на источник.
© УП «Профессиональные издания», 2025
© Оформление и дизайн. УП «Профессиональные издания», 2025

Belarus

The journal is registered
in the Ministry of Information
of the Republic of Belarus
Registration certificate №610

Founders:
UE "Professional Editions",
The Belarusian Psychiatric Association,
The Belarusian Association of Psychotherapists

Address:
112, Bogdanovicha str., room 1N, office 3, Minsk,
220040, Republic of Belarus
Phone: +375 (17) 322 16 59
e-mail: psihea@recipe.by

Director Evtushenko L.
Deputy editor-in-chief Glushuk V.
Head of advertising and marketing Koval M.
Technical editor Kaulkin S.

Subscription
In the catalogue of the Republican Unitary
Enterprise "Belposhta" (Belarus):
individual index – 01078, departmental index – 010782

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",
LLC "Kriativ Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.by,
on the Scientific electronic library elibrary.ru, in the East View database,
in the electronic library system IPRbooks
Concerning acquisition of the journal address to the editorial office
The frequency of journal is 1 time in 3 months
The price is not fixed
Sent for the press 06.06.2025
Circulation is 700 copies
Order №
Format 70х100 1/16 (165х240 mm). Litho

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"
Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition is
possible only with an obligatory reference to the source.
© "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2025
© Design and decor of "Professional Editions" Unitary Enterprise, 2025

Беларусь

Главный редактор

Евсегнеев Роман Александрович, доктор медицинских наук, профессор, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)

Редакционный совет:

Айзберг О.Р. кандидат медицинских наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Александров А.А., кандидат медицинских наук, доцент, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Доиморадский В.А., доктор медицинских наук, профессор (Минск)
Дукорский В.В., кандидат медицинских наук, доцент, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Евсегнеева Е.Р., кандидат медицинских наук, доцент, Минский областной клинический центр «Психиатрия – наркология» (Минск)
Каминская Ю.М., кандидат медицинских наук, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Карпюк В.А., кандидат медицинских наук, доцент (Гродно)
Кирпиченко А.А., доктор медицинских наук, доцент, Витебский государственный медицинский университет (Витебск)
Копытов А.В., доктор медицинских наук, профессор, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Королева Е.Г., доктор медицинских наук, профессор, Гродненский государственный медицинский университет (Гродно)
Остянко Ю.И., кандидат медицинских наук, Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь (Минск)
Пятницкая И.В., кандидат медицинских наук, доцент (Минск)
Ремизевич Р.С., кандидат медицинских наук, доцент, Белорусский государственный медицинский университет (Минск)
Скугаревская М.М., доктор медицинских наук, профессор, Республиканский научно-практический центр психического здоровья (Минск)
Скугаревский О.А., доктор медицинских наук, профессор (Минск)
Ходжаев А.В., кандидат медицинских наук, доцент, Министерство здравоохранения Республика Беларусь (Минск)

Рецензируемое издание

Журнал включен в международные базы Scopus, EBSCO, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, РИНЦ.

Входит в Перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований (решение коллегии ВАК от 12.06.2009, протокол № 11/6).

Ответственность за точность приведенных фактов, цитат, собственных имен и прочих сведений, а также за разглашение закрытой информации несут авторы.

Редакция может публиковать статьи в порядке обсуждения, не разделяя точку зрения автора.

Ответственность за содержание рекламных материалов и публикаций с пометкой «На правах рекламы» несут рекламодатели.

Россия

Главный редактор

Краснов Валерий Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)

Редакционный совет:

Александровский Ю.А., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, член-корреспондент РАН, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского (Москва)
Бобров А.Е., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава России (Москва)
Бохан Н.А., доктор медицинских наук, профессор, академик РАН, НИИ психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения РАМН (Томск)
Вельтищев Д.Ю., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Говорин Н.В., доктор медицинских наук, профессор, Читинская государственная медицинская академия (Чита)
Григорьева Е.А., доктор медицинских наук, профессор, Ярославская государственная медицинская академия (Ярославль)
Егоров А.Ю., доктор медицинских наук, Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова (Санкт-Петербург)
Иванец Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАМН, Клиника психиатрии имени С.С. Корсакова (Москва)
Игумнов С.А., доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии, Институт нейронаук и нейротехнологий Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова (Москва)
Кулыгина М.А., кандидат медицинских наук, Психиатрическая клиническая больница №1 имени Н.А. Алексеева (Москва)
Мосолов С.Н., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Незнанов Н.Г., доктор медицинских наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева (Москва)
Немцов А.В., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Николаев Е.П., доктор медицинских наук, доцент, Чувашский государственный университет имени И.И. Ульянова (Чебоксары)
Петрова Н.Н., доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)
Решетников М.М., доктор медицинских наук, профессор, Восточно-Европейский институт психоанализа (Санкт-Петербург)
Савенко Ю.С., кандидат медицинских наук, Независимая психиатрическая ассоциация России (Москва)
Сафуанов Ф.С., доктор психологических наук, профессор, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (Москва)
Северный А.А., кандидат медицинских наук, Ассоциация детских психотерапевтов и психологов (Москва)
Семенова Н.Д., кандидат психологических наук, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Холмогорова А.Б., доктор медицинских наук, профессор, Московский научно-исследовательский институт психиатрии (Москва)
Шамрей В.К., доктор медицинских наук, профессор, Военно-медицинская академия (Санкт-Петербург)
Шевченко Ю.С., доктор медицинских наук, профессор, Российская медицинская академия последилового образования (Москва)

Международный
научно-практический
журнал

ПСИХИАТРИЯ ПСИХОТЕРАПИЯ и клиническая психология

International Scientific Journal

Psychiatry psychotherapy and Clinical Psychology

PSIHIATRIJA, PSIHOTERAPIJA I KLINICKESKAJA PSIHOLOGIJA

psihea.recipe-russia.ru

2025, том 16, № 2
Электронное приложение

2025 Volume 16 Number 2
Electronic supplement

Основан в 2010 г.

Founded in 2010

Россия

Журнал зарегистрирован

Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых
коммуникаций (Роскомнадзор)
Свидетельство ПИ № ФС77-64063

Учредитель и издатель

ООО «Вилин – Профессиональные издания»

Адрес редакции и издателя:

214522, Смоленская обл., Смоленский р-н,
с.п. Катynское, п. Авторемзавод, д. 1А, пом. 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Редакция:

Директор А.В. Сакмаров

Главный редактор В.Н. Краснов

Подписка

В электронных каталогах на сайтах агентств:
ООО «Прессинформ», ООО «Кризитив Сервис Бэнд»,
ООО «Екатеринбург-ОПТ», ООО «Глобалпресс»

Электронная версия журнала доступна на сайтах psihea.
recipe-russia.ru, в Научной электронной библиотеке eLibrary.ru,
в базе данных East View, в электронной библиотечной системе
IPRbooks

По вопросам приобретения журнала обращайтесь в редакцию

Журнал выходит 1 раз в 3 месяца

Цена свободная

Подписано в печать: 06.06.2025

Дата выхода в свет: 20.06.2025

Тираж 3000 экз.

Заказ №

Формат 70х100 1/16 (165х240 мм). Печать офсетная

16+

Отпечатано в типографии

Производственное дочернее унитарное предприятие

«Типография Федерации профсоюзов Беларуси».

Свидетельство о государственной регистрации издателя,

изготовителя, распространителя печатных изданий

№2/18 от 26.11.2013.

пл. Свободы, 23-94, г. Минск. ЛП №38200000006490 от 12.08.2013.

© «Психиатрия, психотерапия и клиническая психология»

Авторские права защищены. Любое воспроизведение
материалов издания возможно только с обязательной ссылкой
на источник.

© ООО «Вилин – Профессиональные издания», 2025

Russia

The journal is registered

by the Federal Service for Supervision
of Communications, Information Technology,
and Mass Media (Roskomnadzor)
Certificate ПИ No. ФС77-64063

Founder and Publisher

LLC "Vilin – Professional Editions"

Editorial and Publisher Address:

214522, Smolensk region, Smolensk district,
rural settlement Katynskoye, Avtoremzavod village, 1A, office 413
E-mail: psihea.recipe@recipe.by

Editorial office

Director A. Sakmarov

Editor-in-Chief V. Krasnov

Subscription

In electronic catalogs on web-sites of agencies: LLC "Pressinform",
LLC "Krievitiv Servis Bend", LLC "Ekaterinburg-OPT", LLC "Globalpress"

The electronic version of the journal is available on psihea.recipe.
by, on the Scientific electronic library eLibrary.ru, in the East View
database, in the electronic library system IPRbooks

Concerning acquisition of the journal address to the editorial office

The frequency of journal is 1 time in 3 months

The price is not fixed

Sent for the press 06.06.2025

Release date 20.06.2025

Circulation is 3000 copies

Order №

Format 70х100 1/16 (165х240 mm). Litho

16+

Printed in

© "Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology"

Copyright is protected. Any reproduction of materials of the edition
is possible only with an obligatory reference to the source.

© LLC "Vilin – Professional Editions", 2025

Belarus

Editor-in Chief

Roman A. Evsegneev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)

Editorial Board:

Oleg R. Aizberg, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Aleksy A. Alexandrov, Candidate of Medical Sciences, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Vladimir A. Domoradsky, Doctor of Medical Sciences, Professor (Minsk)
Vladimir V. Dukorsky, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, State Committee of Forensic Expertise of the Republic of Belarus (Minsk)
Ekaterina R. Evsegneeva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Minsk Regional Clinical Center "Psychiatry – Narcology" (Minsk)
Yulia M. Kaminskaya, Candidate of Medical Sciences, Republican Scientific and Practical Center for Mental Health (Minsk)
Valentina A. Karpuyuk, PhD, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Grodno)
Alexander A. Kirpichenko, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Vitebsk State Medical University (Grodno)
Alexander V. Khodzhaev, Doctor of Medical Sciences Associate Professor, Ministry of Health of the Republic of Belarus (Minsk)
Andrey V. Kopytov, Doctor of Medical Sciences, Belarusian State Medical University (Minsk)
Elena G. Koroleva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Grodno State Medical University (Grodno)
Yuri I. Ostyanko, Candidate of Medical Sciences, State Committee of Forensic Examinations of the Republic of Belarus (Minsk)
Inna V. Pyatnitskaya, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor (Minsk)
Roman S. Remizevich, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Marina M. Skugarevskaya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Belarusian State Medical University (Minsk)
Oleg A. Skugarevsky, Doctor of Medical Sciences, Professor (Minsk)

Russia

Editor-in Chief

Valery N. Krasnov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry, affiliate of National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)

Editorial Board:

Alla B. Kholmogorova, Doctor of Medical Sciences, Professor, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexander V. Nemtsov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey E. Bobrov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Alexey Yu. Yegorov, Doctor of Medical Sciences, Professor, North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov (Saint Petersburg)
Anatoly A. Severny, Candidate of Medical Sciences, Association of Child Psychotherapists and Psychologists (Moscow)
Dmitry Yu. Veltishev, Doctor of Medical Sciences, Professor, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Elena A. Grigorieva, Doctor of Medical Sciences, Professor, Yaroslavl State Medical Academy (Yaroslavl)
Evgeny L. Nikolaev, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Chuvash State University named after I. N. Ulyanov (Cheboksary)
Maya A. Kulygina, Candidate of Medical Sciences, Psychiatric Hospital no. 1 Named after N.A. Alexeev (Moscow)
Mikhail M. Reshetnikov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Eastern European Institute of Psychoanalysis (Saint Petersburg)
Nataliya N. Petrova, Doctor of Medical Sciences, Professor, St. Petersburg State University (Saint Petersburg)
Natalia D. Semenova, Candidate of Psychological Sciences, Moscow Research Institute of psychiatry (Moscow)
Nikolay A. Bokhan, Doctor of Medical Sciences, Professor, Academician of the Russian Scientific Academy, Mental Health Research Institute of the Tomsk Scientific Center of the Siberian Department of the RAMS (Tomsk)
Nikolay V. Govorin, Doctor of Medical Sciences, Professor, Chita State Medical Academy (Chita)
Nikolai N. Ivanets, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, Psychiatry Clinic named after S. S. Korsakov (Moscow)
Nikolay G. Neznanov, Doctor of Medical Sciences, Professor, V. M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology (Moscow)
Sergey A. Igumnov, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Institute of Neuroscience and Neurotechnology of the Russian National Research Medical University named after N.I. Pirogov (Moscow)
Sergey N. Mosolov, Doctor of Medical Sciences, Professor, Scientific and Methodological Center of Therapy of Mental Diseases, Moscow Research Institute of Psychiatry (Moscow)
Vladislav K. Shamrey, Doctor of Medical Sciences, Professor, Military Medical Academy (Saint Petersburg)
Yuriy A. Alexandrovsky, Doctor of Medical Sciences, Professor, Corresponding Member of the RAMS, State Scientific Center of Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuri S. Savenko, Candidate of Medical Sciences, Independent Psychiatric Association of Russia (Moscow)
Farit S. Safuanov, National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbskiy (Moscow)
Yuriy S. Shevchenko, Doctor of Medical Sciences, Professor, Russian Medical Academy of Postgraduate Education (Moscow)

Peer-reviewed edition

The Magazine is Included in the International Databases of Scopus, Ebsco, Ulrich's Periodicals Directory, CNKI, RSCI.

The Journal is Included into a List of Scientific Publications of the Republic of Belarus for the Publication of the Results of the Dissertation Research (HCC Board Decision of 12.06.2009, Protocol No. 11/6).

Responsibility for the Accuracy of the Given Facts, Quotes, Own Names and Other Data, and also for Disclosure of the Classified Information Authors Bear.

Editorial Staff Can Publish Articles as Discussion, Without Sharing the Point of View of the Author.

Responsibility for the Content of Advertising Materials and Publications with the Mark "on the Rights of Advertising" are Advertisers.

СОДЕРЖАНИЕ

Представительство ЗАО "Фармацевтический завод "Эгис" (Венгрия) в Республике Беларусь Велаксин

Представительство ЗАО "Фармацевтический завод "Эгис" (Венгрия) в Республике Беларусь Арипегис

Представительство ЗАО "Фармацевтический завод "Эгис" (Венгрия) в Республике Беларусь Стимулотон

Карпинский К.В., Бойко С.Л.

**ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ВАКЦИНАЛЬНОГО
ПОВЕДЕНИЯ БЕЛОРУСОВ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-1911**

Скугаревская М.М., Шапаревич А.С., Скугаревский А.О.

**СОЦИАЛЬНЫЕ КОГНИЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ.
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ26**

Гоз С.П., Скугаревский О.А.

**СОЦИАЛЬНОЕ ОТВЕРЖЕНИЕ, ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЬ
И СПОСОБНОСТЬ К ЭМПАТИЧЕСКОМУ РЕАГИРОВАНИЮ
У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ38**

Валюженич Ю.В., Григорьева И.В.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ
С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ПУТЕМ
ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПОДБОРА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ50**

Голубева Т.С., Каминская Ю.М., Голоенко И.М., Сергеев Г.В., Обьедков В.Г.,

Копытов А.В., Гайдюкевич И.В.

**ГЕН ФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА P450 CYP2C9:
ЗНАЧЕНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА
В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ60**

Салмина А.В.

**ДОМИНИРУЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ СОВЛАДАНИЯ С СИТУАЦИЕЙ
БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ОПЫТОМ70**

Бизюкевич С.В., Станько Э.П.

**ГИПЕРДИАГНОСТИКА АУТИЗМА: КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ADI-R
И ADOS-2 КАК СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ79**

АРИПЕГИС

Aripegis®

ЭФФЕКТИВНЫЙ КОНТРОЛЬ
ПРИ ЛЮБЫХ УСЛОВИЯХ



Краткая инструкция по медицинскому применению лекарственного препарата: Арипегис® (Арипипразол).

Фармакотерапевтическая группа: антипсихотический препарат. Прочие антипсихотические препараты. Код АТХ: N05AX12.

Показания к применению. Арипегис показан для лечения шизофрении у взрослых и подростков в возрасте от 15 лет и старше. Арипегис показан для лечения маниакальных эпизодов средней и тяжелой степени при биполярных расстройствах I типа, а также для предотвращения возникновения новых маниакальных эпизодов у взрослых, страдающих в основном маниакальными эпизодами, которые поддаются лечению арипипразолом. Арипегис показан для лечения маниакальных эпизодов средней и тяжелой степени при биполярных расстройствах I типа у подростков в возрасте 13 лет и старше.

Способ применения и режим дозирования. Взрослые. Рекомендуемая начальная доза лекарственного средства Арипегис составляет 10 или 15 мг/сутки с поддерживающей дозой 15 мг/сутки, которая назначается один раз в день независимо от приема пищи. Максимальная суточная доза не должна превышать 30 мг. При шизофрении у подростков в возрасте 15 лет и старше: рекомендуемая доза составляет 10 мг/сутки. Лечение следует начинать с 2 мг (так как это невозможно осуществить с помощью таблеток Арипегис, следует использовать раствор для приема внутрь, содержащий арипипразол) в течение 2 дней, после чего титровать дозу до 5 мг на протяжении еще двух дней до достижения рекомендуемой суточной дозы 10 мг. Когда это целесообразно, можно последовательно увеличивать

дозу на 5 мг, при этом не следует превышать максимальную суточную дозу, равную 30 мг. При маниакальных эпизодах при биполярном расстройстве I типа у подростков в возрасте 13 лет и старше: рекомендуемая доза составляет 10 мг/сутки и назначается один раз в день. Лечение следует начинать с 2 мг (так как это невозможно осуществить с помощью таблеток Арипегис, следует использовать раствор для приема внутрь, содержащий арипипразол) в течение 2 дней, после чего титровать дозу до 5 мг на протяжении еще двух дней до достижения рекомендуемой суточной дозы 10 мг.

Способ применения. Для приема внутрь.

Противопоказания. Гиперчувствительность к действующему веществу или к любому из вспомогательных веществ.

Фертильность, беременность и период грудного вскармливания. Адекватные и хорошо контролируемые исследования арипипразола на беременных женщинах не проводились. Поступали сообщения о врожденных аномалиях, однако причинно-следственную связь данных аномалий с приемом арипипразола установить не удалось. Арипипразол и его метаболиты выделяются в грудное молоко человека. Следует принять решение либо отказаться от грудного вскармливания, либо от приема арипипразола, учитывая пользу грудного вскармливания для ребенка и пользу терапии для матери. По результатам исследований репродуктивной токсичности арипипразол не влияет на фертильность.

Особые меры предосторожности при хранении. Хранить при температуре не выше 25 °С.

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

Отпускается по рецепту врача. Рекламный материал. Предназначен для специалистов здравоохранения. Для размещения в печатных изданиях. На правах рекламы. Имеются противопоказания и нежелательные реакции. Не следует применять во время беременности.

Представительство ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия) в Республике Беларусь 220053, г. Минск, пер. Ермака, д. 6А.
Контактные телефоны: (017) 380-00-80, (017) 227-35-51 (52), факс (017) 227-35-53 Электронная почта: info@egis.by
Р/У: № 001449-РГ-ВУ до 09.11.2027 г.
Дата создания материала: 10.03.2025г.



Евтухович Е.Д., Винникова И.Н., Подобед-Цегалко А.Е.

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ «ВОЗРАСТНОЙ НЕВМЕНЯЕМОСТИ» ПРИМЕНИТЕЛЬНО К БЕЛОРУССКОМУ И РОССИЙСКОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ	95
---	-----------

Скугаревская М.М., Шилова О.В., Каминская Ю.М., Шапаревич А.С., Станевич А.Ф.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ И ПРЕБЫВАНИЕМ В СТАЦИОНАРАХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	104
--	------------

Давидовский С.В., Скугаревская М.М., Ибрагимова Ж.А.,

Давидовская Я.С., Костюк Д.Д.

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПИТАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА	115
--	------------

Григорьева И.В., Вольхина Д.М., Тукало М.И., Гайдукевич Е.О.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКА	122
---	------------

Тукало М.И., Григорьева И.В.

НОВЫЕ НЕЙРОМОДУЛИРУЮЩИЕ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ	137
---	------------

Свердлова А.И.

ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ	146
---	------------

Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Вольхина Д.М., Адамчук Т.А.,

Солнцева А.В., Машкова О.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТЕЛОВЫХ КЛЕТОК (ТГСК)	154
---	------------

Продли
улыбкой
жизнь!



Большие депрессивные эпизоды.
Обсессивно-компульсивные расстройства (ОКР)
у взрослых и детей старше 6 лет

Панические расстройства с агорафобией и без

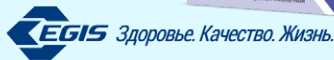
Социальная фобия



Современный
антидепрессант
СИОЗС

Европейское качество²

Rp: Stimuloton 0,05 (0,1)
D.t.d. 30 (28) in tab.
S: По 1 таблетке 1 раз в день



Вопросы и ответы по использованию онлайн-базы данных «Справочник»

[illegible]

1. Інструкція по медичному застосуванню препарату Стенділтон® (Сирдалуд).

ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПРЕПАРАТ.

ОТПУСКАЕТСЯ ПО РЕЦЕПТУ ВРАЧА. РЕКЛАМНЫЙ МАТЕРИАЛ. ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ДЛЯ РАЗМЕЩЕНИЯ В ПЕЧАТНЫХ ИЗДАНИЯХ. НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ. ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ И НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ. НЕ СЛЕДУЕТ ПРИМЕНЯТЬ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Представительство ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС» (Венгрия) в Республике Беларусь 220053, г. Минск, пер. Ермака, д. 6А.
Контактные телефоны: (017) 380-00-80, (017) 227-35-51 (52), факс (017) 227-35-53 Электронная почта: info@egis.by

РЧ: № 7030/04/07/09/14/19 от 12.09.2019 бессрочно
Дата создания материала: 22.08.2025г.

CONTENT

Karpinski K., Boiko S.

VALUE REGULATION OF VACCINATION BEHAVIOR AMONG BELARUSIANS DURING AND AFTER THE COVID-19 PANDEMIC	12
--	-----------

Skuhareuskaya M., Shaparevich A., Skuhareuski A.

SOCIAL COGNITION IN MENTAL DISORDERS: A LITERATURE REVIEW	27
--	-----------

Goz S., Skugarevsky O.

SOCIAL REJECTION, MENTAL PAIN AND THE ABILITY TO RESPOND EMPATHICALLY IN MEDICAL STUDENTS	39
--	-----------

Valiuzhenich Y., Grigorieva I.

EFFICIENCY OF REHABILITATION PROGRAMS FOR PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME BY INDIVIDUALIZATION OF SELECTION. LITERATURE REVIEW	51
---	-----------

*Golubeva T., Kaminskaya Y., Halayenka I., Sergeev G., Obedkov V.,
Kapitau A., Haidukevich I.*

CYTOCHROME P450 CYP2C9 ENZYME GENE: THE SIGNIFICANCE OF A PATIENT'S PHARMACOGENETIC STATUS IN THE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA	62
---	-----------

Salmina A.

THE DOMINANT STRATEGY FOR COPING WITH INFERTILITY IN WOMEN WITH DIFFERENT REPRODUCTIVE EXPERIENCES	71
---	-----------

Bizyukevich S., Stanko E.

OVERDIAGNOSIS OF AUTISM: A CRITICAL ANALYSIS OF THE ADI-R AND ADOS- 2 AS DIAGNOSTIC STANDARDS	80
--	-----------

Yauheni D. Yeutukhovich, Irina N. Vinnikova, Andrey E. Padabed-Tsahalka

CERTAIN ASPECTS OF "AGE-RELATED CRIMINAL INSANITY" IN RELATION TO BELARUSIAN AND RUSSIAN LEGISLATION	96
---	-----------

<i>Skuhareuskaya M., Shilova O., Kaminskaya Y., Shaparevich A., Stanevich A.</i> SATISFACTION WITH TREATMENT AND STAY IN PSYCHIATRIC HOSPITALS OF PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE IN THE REPUBLIC OF BELARUS	105
<i>Davidouski S., Skuhareuskaya M., Ibragimova J., Davidouskaya Ya., Kastsyuk D.</i> THE INFLUENCE OF UPBRINGING ON THE FORMATION OF ADJUSTMENT DISORDERS IN YOUNG PEOPLE	116
<i>Grigoryeva I., Volkina D., Tukalo M., Gaydukevich E.</i> INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND COPING STRATEGIES IN INDIVIDUALS WITH TOBACCO DEPENDENCE SYNDROME	123
<i>Tukala M., Grigorieva I.</i> NEW NEUROMODULATION STRATEGIES IN THE TREATMENT OF NICOTINE ADDICTION: TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION	138
<i>Anna I. Sverdlova</i> ELECTRONIC CIGARETTES: CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL DETERMINANTS OF ADDICTION FORMATION AND PROSPECTS FOR PREVENTION	147
<i>Khojaev A., Grigoryeva I., Volkhina D., Adamchuk T., Solntseva A., Mashkova O.</i> STUDY OF THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE, ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS AFTER HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION (HSCCT)	155

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.53.61.001>
УДК 159.9:[616.98:578.834.1](476.6)

Карпинский К.В.^{1,2}✉, Бойко С.Л.³

¹ Гродненский государственный университет имени Янки Купалы, Гродно, Беларусь

² Мамун университет, Ургенч, Узбекистан

³ Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ЦЕННОСТНО-СМЫСЛОВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ВАКЦИНАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БЕЛОРУСОВ ВО ВРЕМЯ И ПОСЛЕ ПАНДЕМИИ COVID-19

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, статистическая обработка данных и написание текста – Карпинский К.В.; редактирование – Бойко С.Л.

Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: cteniamajskie@ya.ru

Резюме

Представлены результаты исследования психологической феноменологии, механизмов и закономерностей смыслообразования профилактических прививок от COVID-19 и ценностно-смысловой регуляции вакцинального поведения жителей Республики Беларусь в пандемический и постпандемический период. В качестве элементарной содержательной и структурно-функциональной «единицы» ценностно-смысловой регуляции определен личностный смысл вакцинации – субъективное отражение (понимание и переживание) объективных причинно-следственных и целе-средственных связей, в силу которых профилактические прививки прямо или косвенно обуславливают продуктивность практической реализации личностных ценностей человека. Эмпирическое исследование проведено на белорусской популяционной гетерохронной выборке (N=834, в том числе 734 человека в 2021–2022 гг. и 100 человек в 2024–2025 гг.) с помощью методов анкетирования и смыслометрического психографического анализа (со стимульным объектом «вакцинация против COVID-19»). Полученные результаты свидетельствуют о том, что ценностно-смысловая регуляция вакцинального поведения белорусов осуществляется сложной динамической системой личностных ценностей и производных от них смыслов вакцинации, а содержательный состав и структурно-функциональные особенности данной системы детерминируются жизненным контекстом, в котором происходит осмысление вакцинопрофилактики.

Ключевые слова: COVID-19, вакцинальное поведение, личностная ценность, личностный смысл вакцинации, ценностно-смысловая регуляция

Karpinski K.^{1,2} ✉, Boiko S.³

¹ Yanka Kupala Grodno State University, Grodno, Belarus

² Mamun University, Urgench, Uzbekistan

³ Grodno State Medical University, Grodno

Value Regulation of Vaccination Behavior Among Belarusians During and After the COVID-19 Pandemic

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, collection and processing of material, statistical processing of data and writing of the text – Karpinski K.; editing – Boiko S.

The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: cteniamajskie@ya.ru

Abstract

This study examines the psychological phenomenology, mechanisms, and patterns of meaning-making regarding COVID-19 preventive vaccinations, as well as the value regulation of vaccination behavior among residents of the Republic of Belarus during the pandemic and post-pandemic periods. The personal meaning of vaccination is defined as the elementary content and structural-functional "unit" of value regulation – a subjective reflection (understanding and experience) of objective causal-outcome and means-end relationships, whereby preventive vaccinations directly or indirectly influence the effectiveness of practical implementation of an individual's personal values. The empirical study was conducted on a heterochronous Belarusian population sample (N=834, including 734 individuals in 2021–2022 and 100 individuals in 2024–2025) using survey methods and "Meaning psychobiographic analysis" (with the stimulus object "COVID-19 vaccination"). The findings indicate that the value regulation of vaccination behavior among Belarusians operates through a complex dynamic system of personal values and derived vaccination-related meanings. The content composition and structural-functional characteristics of this system are determined by the life context in which vaccination is interpreted.

Keywords: COVID-19, vaccination behavior, personal value, personal meaning of vaccination, value regulation

■ ВВЕДЕНИЕ

Вакцинальное поведение является социально значимой разновидностью самосохранительного и здоровьесберегающего поведения человека, которое выражается в медицински обоснованном приеме иммунобиологических препаратов (вакцин) с целью выработки иммунного ответа и специфической невосприимчивости организма к определенным инфекционным возбудителям. В зависимости от направленности, которая может совпадать или расходиться с его объективным

предназначением – формированием индивидуального и коллективного иммунитета, вакцинальное поведение принимает пропрививочный или противoprививочный характер. В первом случае оно сводится к полному и своевременному получению профилактических прививок сообразно с медицинскими рекомендациями, а во втором – к разнообразным формам действия и бездействия, ведущих к полному или частичному отказу, несвоевременному или непоследовательному приему медицинских показанных прививок [1, 2].

Согласно современным научным воззрениям, психическая регуляция вакцинального поведения носит гетерогенный, полисистемный и многоуровневый характер: в ней интегрируются регуляторы различной природы (когнитивной, аффективной, мотивационной), относящиеся к разным уровням психического отражения (сознанию и подсознанию). В психологических и биомедицинских исследованиях основное внимание уделяется установочной (со стороны аттитудов, или социальных установок), диспозиционной (со стороны устойчивых темпераментальных и характерологических свойств-диспозиций), мотивационной (со стороны мотивов) и целевой (со стороны интенций – целей, задач, планов и программ) регуляции вакцинального поведения [3–9].

Наименее изученной подсистемой остается ценностно-смысловая регуляция, которая осуществляется личностными ценностями человека и проистекающими от них личностными смыслами вакцинации. Сложившаяся познавательная ситуация парадоксальна, поскольку личностные ценности и смыслы конституируют структурно-функциональное ядро и иерархически высший уровень в целостном контуре психической регуляции вакцинального поведения. В соотношении с другими уровнями и подсистемами регуляции, отвечающими за тактику вакцинального поведения в границах отдельных жизненных ситуаций, личностные ценности и производные от них смыслы обеспечивают стратегическую регуляцию, придающую вакцинальному поведению связность и преемственность в пространственно-временном масштабе жизненного пути человека. На основе именно ценностно-смысловой регуляции достигается установление и стабилизация внутренне последовательной линии вакцинального поведения в долгосрочной перспективе, что проявляется в решительном одобрении и твердой приверженности вакцинации или, напротив, в ее категорическом отрицании и отвержении. В этой связи знание феноменологии, механизмов и закономерностей ценностно-смысловой регуляции вакцинального поведения необходимо для его психологического объяснения и прогнозирования, а также для социальных практик его формирования и коррекции.

Концептуальные основы исследования

С психологической точки зрения, личностные ценности – это иерархически высшие мотивы, обладающие предельной субъективной значимостью и выполняющие функции побуждения, направления и смыслообразования не только отдельных видов поведения и деятельности, но и целостной жизнедеятельности человека. Будучи «стержневыми» структурами смысловой сферы личности, ценности характеризуются

содержательной генерализацией, устойчивостью во времени жизни и надситуативной значимостью. Их регулирующие функции распространяются на индивидуальную жизнедеятельность в целом, благодаря чему любые практикуемые человеком виды поведения и деятельности приобретают единую логику и сквозную направленность, несмотря на наличие у них собственных мотивов, целей и задач [10–14]. Это особенно справедливо в отношении смыслообразующей функции ценностей, в силу которой они служат источниками смысла жизни в целом и смыслов отдельных жизненных обстоятельств, включая и вакцинацию.

Вакцинация и все сопряженные с нею обстоятельства становятся объектом осмысления людей по той причине, что наличие либо отсутствие профилактической прививки создает объективные возможности и ограничения в их жизнедеятельности, т. е. существенно влияет на продуктивность реализации личностных ценностей. Например, инфекционная болезнь, подрывающая здоровье непривитого человека, временно лишает его возможностей осуществлять свои личностно значимые побуждения и стремления, а наличие профилактической прививки в контексте пандемии, наоборот, позволяет сохранить прежний образ жизни или даже открывает новые пути для полноценной самореализации. В силу действия биологических и социальных законов, управляющих человеческой жизнедеятельностью, вакцинация объективно превращается в условие личностной самореализации людей, а потому наделяется субъективной значимостью и личностным смыслом.

Элементарной содержательной и структурно-функциональной «единицей» ценностно-смысловой регуляции вакцинального поведения выступает личностный смысл вакцинации. Он выражает внутреннюю позицию и пристрастно-оценочное отношение человека к вакцинации; указывает на уникальное значение, которое профилактические прививки приобретают в свете его личностных ценностей в неповторимом контексте индивидуальной жизни; определяет психологический подтекст вакцинального поведения – что человек «имеет в виду», когда принимает профилактическую прививку либо воздерживается от ее приема. Строго говоря, личностный смысл вакцинации – это психическое отражение объективных детерминационных отношений, связывающих профилактическую прививку с практической реализацией ведущих смыслообразующих ценностей в повседневной жизни; субъективное понимание и переживание человеком объективной обусловленности процесса и результатов реализации его личностных ценностей наличием либо отсутствием у него профилактической прививки [15]. Осмысление вакцинации и порождение ее личностного смысла происходит посредством осознания объективных детерминационных связей – причинно-следственных и целесредственных – между профилактической прививкой и реализацией личностных ценностей человека, вследствие чего вакцинопрофилактика приобретает определенную побудительную силу, эмоциональную окраску и мотивационную валентность.

С психологической точки зрения, первопричины недостаточной приверженности вакцинации и (или) антивакцинаторства лежат в неосознании и (или) неадекватном осознании ее реального значения в человеческой жизни, что влечет за собой

бессмысленность и (или) негативную осмысленность вакцинопрофилактики, а, в конечном итоге, рождает амотивацию и (или) демотивацию прививочного поведения. С одной стороны, это связано с тем, что объективно существующие зависимости между вакцинацией и реализацией личностных ценностей зачастую носят скрытый (неочевидный) и сложно опосредованный (многозвенный) характер, из-за чего ускользают от осознания и осмысления человека. В таком случае вследствие недостаточной осознанности человек переживает бессмысленность вакцинации, что выливается в дефицит мотивации и безответственность в плоскости реального поведения. С другой стороны, адекватность осознания и осмысления роли вакцинации в жизни человека может нарушаться не соответствующими действительности социальными представлениями – «вакцинальными мифами», «конспиративными теориями» и т.д., под воздействием которых вакцинация приобретает негативный смысл, а вакцинальное поведение – противопрививочную направленность.

Личностный смысл вакцинации всегда индивидуализирован: в нем комплексно отражаются, во-первых, индивидуальное своеобразие смыслообразующих ценностей человека; во-вторых, неповторимость жизненного контекста – совокупности фактических микро- и макроусловий, в которых осуществляется вакцинальное поведение; в-третьих, специфические особенности самой профилактической прививки как объекта осмысления (тип, происхождение, производитель, способ введения, эффективность, безопасность вакцины и т. д.). Внешне наблюдаемые особенности вакцинального поведения людей производны от межиндивидуальных различий в его ценностно-смысловой регуляции, в первую очередь, от индивидуальной вариативности личностного смысла вакцинации. Личностный смысл вакцинации характеризуется рядом индивидуально-психологических свойств, которые в совокупности определяют его регуляторный потенциал. К числу функционально значимых особенностей личностного смысла вакцинации принадлежат его содержание, интенсивность и модальность [15, 16].

Содержание личностного смысла зависит от того, реализация каких конкретно смыслообразующих ценностей детерминируется наличием либо отсутствием у человека профилактических прививок. Психологическая специфика процесса смыслообразования заключается в том, что исходное содержание ценностей, выступающих предельными смыслообразующими инстанциями в человеческом сознании и поведении, без существенных преобразований переносится на разнообразные объекты и явления действительности, в том числе и на отдельные действия человека [11, 17–19]. Другим фактором, задающим содержание личностного смысла, является тип и характер детерминационных связей между вакцинацией и практической реализацией смыслообразующих ценностей. Субъективная логика осмысления, призванная раскрыть эти объективно существующие связи в форме ответа на вопрос «Каким образом и почему наличие либо отсутствие прививки влияет на реализацию той или иной ценности?», придает личностному смыслу вакцинации содержательную конкретность и определенность. Так, если вакцинация необходима для беспрепятственного осуществления ценности «общение», она приобретает коммуникативный смысл;

если наличие прививки требуется для сохранения трудовой занятости и тем самым для реализации ценности «карьера», вакцинация освещается профессиональным смыслом; если же за прохождение вакцинации полагается денежное вознаграждение, она может способствовать воплощению ценности «материальный достаток» и наделяться финансовым смыслом. Содержательный состав личностных ценностей и характер их зависимости от вакцинации совместно определяют смысловое содержание вакцинального поведения, т.е. позволяют понять, ради чего и зачем человек делает прививку или избегает ее.

Интенсивность личностного смысла, или уровень осмысленности вакцинации, определяется степенью (силой) объективной зависимости процесса реализации смыслообразующих ценностей человека от наличия либо отсутствия профилактических прививок. Чем шире круг личностных ценностей человека, воплощение которых обусловлено наличием либо отсутствием прививок, и чем жестче проявляется эта обусловленность, тем выше общий уровень осмысленности вакцинации. Интенсивность личностного смысла вакцинации, в свою очередь, детерминирует выраженность побуждения к вакцинальному поведению: бессмысленность сопряжена с амотивацией, тогда как сила мотивации поведения прямо пропорциональна уровню осмысленности вакцинации.

Модальность личностного смысла продиктована объективной направленностью влияния вакцинации на практическую реализацию смыслообразующих ценностей. Вакцинация может как способствовать (помогать), так и препятствовать (мешать) осуществлению личностных ценностей человека в повседневной жизни, в связи с чем освещается позитивным (инструментальным) или негативным (преградным) смыслом. Модальность личностного смысла, в свою очередь, определяет знак эмоционального переживания вакцинации, валентность мотивации и направленность реального вакцинального поведения. Если позитивный (аттрактивный) смысл сигнализируется положительными эмоциями в адрес вакцинации и мотивирует к пропрививочному поведению, то негативный (аверсивный) смысл – манифестируется отрицательными эмоциями по поводу вакцинации и подталкивает к противoprививочному поведению.

Описанные индивидуально-психологические особенности осмысления вакцинации задают интенциональное содержание, побудительную силу, эмоциональный фон и мотивационную направленность поведения человека в области иммунопрофилактики.

В завершение теоретического анализа следует подчеркнуть, что индивидуальная жизнедеятельность в целом и вакцинальное поведение в частности характеризуются полимотивацией – одновременно побуждаются, направляются и смыслообразуются множеством личностных ценностей человека. По этой причине вакцинация закономерно оказывается полиосмысленной – наделенной множеством личностных смыслов с различным содержанием, интенсивностью и модальностью. Ценностно-смысловая регуляция вакцинального поведения человека в действительности осуществляется не столько единичными, дискретными личностными смыслами, сколько

динамической смысловой системой, в которой интегрированы содержательно гетерогенные, разномодальные и гетерохронные смыслы вакцинации, проистекающие от различных личностных ценностей и порожденные в разных жизненных ситуациях. В динамической системе смыслов, релевантных вакцинальному поведению, кристаллизован совокупный опыт осмысления вакцинации на всем протяжении жизненного пути человека. С учетом содержательной разнородности и разномодальности смыслов, составляющих систему ценностно-смысловой регуляции, общее отношение человека к вакцинации оказывается, как правило, смешанным, двойственным, амбивалентным, а иногда становится внутренне противоречивым и конфликтным. В целях психологического объяснения и прогнозирования индивидуальной логики вакцинальных решений и поступков, таким образом, необходимо реконструировать систему личностных смыслов вакцинации и лежащих за ними личностных ценностей человека.

■ ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И ГИПОТЕЗА

Настоящее исследование преследовало цель выявления психологических особенностей, механизмов и закономерностей ценностно-смысловой регуляции вакцинального поведения белорусов (на материале профилактических прививок от COVID-19). Для достижения обозначенной цели решались следующие исследовательские задачи: 1) определить содержательный репертуар личностных ценностей, которые опосредуют ценностно-смысловую регуляцию и составляют смыслообразующие основания вакцинального поведения в белорусской популяционной выборке; 2) установить общие механизмы и тенденции осмысления вакцинации, а также диапазон межиндивидуальной изменчивости ее личностного смысла в белорусской популяционной выборке; 3) установить различия в осмыслении вакцинации в пандемической и постпандемической ситуации. Общая гипотеза исследования заключалась в предположении о том, что личностный смысл вакцинации характеризуется высокой интериндивидуальной изменчивостью (по параметрам содержания, интенсивности и модальности) и существенным образом детерминирует направленность вакцинального поведения человека.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Первая «волна» эмпирического исследования проводилась в 2021–2022 гг. (в контексте пандемии COVID-19 и активной государственной кампании по антиковидной вакцинации населения Республики Беларусь, N=734), вторая «волна» – в 2024–2025 гг. (в постпандемический период, N=100). Общую остаточную выборку (после отбраковки некорректно заполненных диагностических комплектов и статистических «выбросов» в данных) составили 834 человека, в том числе 680 женщин и 154 мужчины в возрасте от 19 до 66 лет (средний возраст – 33 ± 14 лет), обладающие полной правосубъектностью в вопросах личной вакцинации. Привлеченный контингент испытуемых был гетерогенным по социально-демографическим признакам (семейному положению, родительскому статусу, образовательному уровню, трудовой занятости,

профессиональной принадлежности и размеру ежемесячного денежного дохода), а также по признакам региона, местности и размера населенного пункта проживания. Эмпирические данные собирались в рамках кросс-секционного (cross-sectional) дизайна в формате бланкового (paper-and-pencil) опроса. Обследование испытуемых производилось с помощью следующих методов (в порядке предъявления):

- Анкета, предназначенная для получения информированного добровольного согласия испытуемого на участие в исследовании и сбор сведений о его половозрастных и социально-демографических признаках. Особое место в анкете занимал блок вопросов, ориентированных на оценку направленности поведения испытуемого (пропрививочной либо противoprививочной) в сфере вакцинации от COVID-19. Первый вопрос касался наличия либо отсутствия у испытуемого медицинских противопоказаний для приема вакцины; при их отсутствии испытуемый отвечал на второй вопрос – о наличии либо отсутствии сделанной в прошлом прививки от COVID-19; при отсутствии прививки в ретроспективе испытуемый переходил к третьему вопросу – о наличии либо отсутствии намерения привиться в перспективе. Такой алгоритм опроса был апробирован в ряде предшествующих исследований и зарекомендовал себя как валидный и надежный способ определения направленности реального вакцинального поведения [20, 21]. В выборке настоящего исследования 97 (11,6%) испытуемых сообщили о медицинском отводе от вакцинации, виду чего их поведение не подлежало категоризации как провакцинальное либо антивакцинальное. При отсутствии сделанной в прошлом прививки и намерения привиться в будущем поведение квалифицировалось как противoprививочное (123 человека, или 14,8%); при наличии антиковидной прививки в прошлом и (или) намерении получить (повторить) ее в будущем поведение квалифицировалось как пропрививочное (614 человек, или 73,6%).
- «Смыслометрический психобиографический анализ» – стандартизированная методика диагностики ведущих смыслообразующих ценностей испытуемого и производных от них личностных смыслов произвольно выбранного стимульного объекта [15, 16]. В настоящем исследовании в качестве стимульного объекта для осмысления испытуемым предъявлялась «вакцинация против COVID-19». Стандартным стимульным материалом для методики послужил репрезентативный перечень из 46 ценностей-источников смысла жизни, разработанный ранее на большой популяционной выборке взрослого населения Республики Беларусь [10]. На первом (подготовительном) этапе смыслометрической диагностики путем сплошного шкалирования ценностей стандартного стимульного набора по субъективной значимости (по шкале от «0 – не имеет значения в моей жизни» до «3 – имеет большое значение в моей жизни») идентифицировались смыслообразующие ценности испытуемого (такowymi признавались оцененные на 3 балла). На втором (основном) этапе испытуемый должен был проанализировать силу и направленность влияния стимульного объекта – «вакцинации против COVID-19» – на практическую реализацию каждой выделенной на предыдущем этапе смыслообразующей ценности по семиразрядной шкале ликертовского типа: от

«-3 – сильно препятствует (мешает)» через «0 – никак не влияет» до «+3 – сильно способствует (помогает)». По результатам данной процедуры определялись парциальные (в виде смысловых оценок вакцинации, полученных от испытуемого) и композитные смыслометрические показатели (в виде стандартных диагностических индексов, рассчитанных диагностом).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В табл. 1 приведены выборочные статистики парциальных показателей смыслометрического анализа, отражающие репертуар смыслообразующих ценностей и индивидуальную вариативность производных от них личностных смыслов вакцинации. В табличных сведениях о содержании личностного смысла свидетельствует содержательный репертуар ценностей, по которым вакцинация получила ненулевые оценки (-3, -2, -1 +1, +2, +3) и выборочная частота актуализации каждой ценности в качестве источника смыслообразования (N); об интенсивности личностного смысла – средневыворочная смысловая оценка вакцинации (M) и ее стандартное отклонение (SD) в разрезе отдельных смыслообразующих ценностей; о модальности личностного смысла – знак средневыворочной смысловой оценки и относительная выборочная частота встречаемости (%) положительных и отрицательных оценок вакцинации в русле конкретных смыслообразующих ценностей.

Таблица 1

Парциальные показатели смыслометрического анализа вакцинации в белорусской популяционной выборке (N=834)

Table 1

Partial indicators of meaning-metric analysis of vaccination in the Belarusian population sample (N=834)

Смыслообразующие ценности	N	M	SD	Частота встречаемости оценок, %						
				-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Здоровье	525	1,24	1,54	2,5	3,2	2,7	29,4	11,6	23,2	27,4
Безопасность	529	0,90	1,33	1,5	2,1	1,9	44,0	15,7	19,1	15,7
Общественная активность	106	0,87	1,37	3,8	0,0	1,9	42,5	18,9	17,9	15,1
Альтруизм	322	0,83	1,20	1,9	1,2	1,2	43,5	21,1	22,0	9,0
Дети	459	0,77	1,28	1,5	1,5	2,2	50,8	14,8	15,5	13,7
Семья	592	0,72	1,18	0,8	1,2	2,0	54,2	16,6	13,2	12,0
Выживание	184	0,70	1,33	2,7	1,6	2,2	50,5	16,8	12,0	14,1
Патриотизм	202	0,68	1,21	1,0	2,0	0,0	60,9	9,4	14,9	11,9
Гуманизм	422	0,63	1,20	2,4	1,7	3,1	48,6	18,5	19,9	5,9
Общение	384	0,59	1,16	1,8	1,0	1,3	59,9	13,8	14,8	8,1
Процесс жизни	562	0,58	1,13	0,7	1,8	4,1	55,9	15,7	15,7	8,2
Долг	379	0,55	1,14	0,5	2,4	3,7	58,0	14,0	12,9	8,4
Развлечения	366	0,52	1,36	4,1	1,9	4,6	51,4	11,7	17,2	9,0

Окончание таблицы 1

Религиозность	146	0,52	0,96	0,7	1,4	0,7	60,3	19,9	13,7	3,4
Нравственность	360	0,51	1,08	1,1	1,4	0,8	65,5	11,9	11,9	7,2
Познание	506	0,50	1,04	1,6	0,0	0,8	67,2	12,1	12,1	6,3
Мир	355	0,50	1,13	1,7	1,4	1,4	63,7	13,0	10,7	8,2
Контроль	353	0,46	1,21	2,0	3,4	3,7	56,4	12,2	16,4	5,9
Счастье	653	0,46	1,15	2,1	0,6	1,4	67,5	11,8	6,3	10,3
Искусство	252	0,44	1,07	2,4	0,0	1,2	67,5	10,3	13,5	5,2
Образование	511	0,44	1,07	2,0	0,8	1,2	65,6	15,9	7,2	7,4
Справедливость	416	0,44	1,08	1,0	1,2	4,3	65,9	9,4	11,1	7,2
Карьера	369	0,43	1,17	2,7	2,2	3,3	56,1	19,0	10,3	6,5
Секс	299	0,43	1,11	2,7	0,0	2,0	65,2	15,1	7,0	8,0
Судьба	253	0,43	1,16	1,6	2,8	2,8	63,2	10,7	11,5	7,5
Природа	347	0,41	1,09	1,7	2,0	1,4	66,0	11,5	11,2	6,1
Аскетизм	185	0,41	1,20	3,2	0,5	2,7	65,9	9,2	9,7	8,6
Компетентность	472	0,40	1,03	2,1	0,2	2,8	65,9	12,5	12,5	4,0
Красота	419	0,40	1,12	2,1	0,5	3,6	67,5	9,8	8,6	7,9
Саморазвитие	488	0,38	1,04	1,8	0,8	1,0	70,7	12,1	6,6	7,0
Любовь	613	0,37	1,06	1,5	0,7	2,0	74,7	6,2	6,7	8,3
Дружба	509	0,35	1,03	1,2	1,8	2,0	72,5	7,5	8,8	6,3
Самоуважение	546	0,34	0,99	2,0	0,2	1,5	72,7	10,4	7,9	5,3
Духовность	219	0,33	1,00	2,3	0,5	0,0	74,9	8,7	8,7	5,0
Признание	135	0,33	1,16	4,4	1,5	2,2	60,0	16,3	11,9	3,7
Правда	457	0,31	1,08	2,2	1,5	4,2	67,2	10,5	8,8	5,7
Хобби	436	0,30	0,99	1,8	1,1	0,7	76,6	5,3	10,1	4,4
Статус	200	0,30	0,96	2,0	1,5	2,0	67,5	16,0	8,0	3,0
Самореализация	517	0,27	1,04	2,3	1,7	1,5	72,5	9,7	6,8	5,4
Свобода	522	0,26	1,27	4,6	1,5	5,6	63,2	10,2	6,1	8,8
Персонализация	172	0,26	1,20	2,3	5,2	5,2	59,9	11,0	11,0	5,2
Индивидуальность	393	0,25	1,04	2,3	2,0	2,0	72,8	8,1	7,9	4,8
Гедонизм	344	0,24	1,16	3,8	2,6	4,9	61,6	13,4	9,0	4,7
Власть	89	0,21	1,47	6,7	3,4	6,7	57,3	9,0	4,5	12,4
Богатство	332	0,06	0,79	1,8	1,8	3,0	82,2	5,7	3,6	1,8
Творчество	239	-0,02	1,09	5,9	4,2	1,3	72,8	9,2	4,2	2,5

Примечания: N – частота актуализации ценности в качестве источника осмысления вакцинации; M – среднее арифметическое смысловых оценок вакцинации; SD – стандартное отклонение смысловых оценок вакцинации. Перечень смыслообразующих ценностей ранжирован по убыванию средней арифметической оценки; затенены I и IV квантили ранжированного ряда.

Табличные данные указывают, прежде всего, на то, что в ценностно-смысловую регуляцию вакцинального поведения вовлечены содержательно разнородные ценности, а детерминационные связи вакцинации с реализацией этих ценностей в человеческой жизни весьма гибки и многообразны. Среди 46 смыслообразующих

ценностей стандартного стимульного набора не нашлось ни одной, в отношении которой вакцинация оказалась бы совершенно нейтральным и индифферентным, а потому абсолютно бессмысленным обстоятельством (отсутствуют такие ценности, по которым она получила только лишь оценки «0»). В то же время различия в частотах встречаемости ненулевых и нулевых оценок в разрезе отдельных ценностей указывают на их неравный смыслообразующий потенциал в отношении вакцинации и неодинаковую функциональную активность в качестве регуляторов вакцинального поведения.

Обращает на себя внимание тот факт, что в разрезе большинства ценностей преобладающей по частоте категорией смысловой оценки все-таки является именно «0». Это говорит о том, что многие люди недопонимают объективное значение вакцинопрофилактики для нормальной жизни, вследствие чего она остается недооцененной (бессмысленной), а прививочное поведение страдает от недостатка мотивации (амотивации). Особо примечательным в этом отношении является выборочное распределение личностных смыслов вакцинации в разрезе ценности «здоровье». Она, как и следовало ожидать, оказалась наиболее релевантным источником осмысления вакцинации, на что указывает самая высокая (в сравнении с другими ценностями) доля ненулевых оценок. Однако, несмотря на солидно доказанную и общеизвестную положительную роль вакцинации в сохранении здоровья, в ракурсе данной ценности прививки снижали позитивный смысл лишь для 62,2% испытуемых, тогда как для 29,4% – они лишены всякого смысла, а еще для 8,4% – имеют негативный смысл.

Нельзя не отметить, что при осмыслении вакцинации через призму одной и той же ценности разные люди наделяют ее неодинаковым и неоднозначным смыслом, что подтверждается широким разбросом и дифференциацией смысловых оценок (в интервале значений [-3; +3] по всем смыслообразующим ценностям). В жизни разных людей, разделяющих одну и ту же ценность, профилактические прививки могут совершенно по-разному (порой – диаметрально противоположным образом) влиять на процесс и результаты ее практической реализации, что обусловлено уникальностью жизненных обстоятельств. В целом же это свидетельствует о широком диапазоне межличностных различий и высокой индивидуализации личностного смысла вакцинации.

Наиболее выраженный и часто встречающийся позитивный смысл вакцинация обретает в контексте реализации виталистических ценностей (здоровье, безопасность, выживание, процесс жизни), узких социальных (семейных) ценностей (дети, семья), широких социальных (просоциальных) ценностей (общественная активность, общение, альтруизм, патриотизм, гуманизм, долг). Высокая инструментальность вакцинации в разрезе перечисленных ценностей связана с защитной функцией, которую профилактические прививки выполняют в отношении жизни и здоровья самого человека, его ближнего и дальнего социального окружения. Гораздо менее выраженный позитивный смысл (и чаще наблюдаемый негативный смысл) вакцинации придается в преломлении ценностей с эгоцентрической ориентацией: гедонистическими-материалистическими (гедонизм, богатство), статусными (власть, статус, признание) и

индивидуалистических (хобби, самореализация, свобода, индивидуальность, персонализация, творчество). Очевидно, что люди, предпочитающие указанные ценности, склонны воспринимать необходимость прививок как искусственное ограничение, которое ущемляет их свободу, затрудняет привычный и комфортный образ жизни.

Описанные выше дифференциально-психологические закономерности осмысления вакцинации через призму содержательно различных ценностей имеют важное практическое значение: люди с определенными ценностными предпочтениями и приоритетами предрасположены по-разному осмысливать вакцинацию, из-за чего характеризуются неодинаковой комплаентностью в области прививочного повеления, а потому требуют дифференцированного подхода в плане вакцинальной агитации и пропаганды.

Самые общие выборочные тенденции осмысления вакцинации обнаруживаются при анализе композитных диагностических показателей смыслометрии (табл. 2).

Таблица 2
Композитные показатели смыслометрического анализа вакцинации в белорусской популяционной выборке (N=834)
Table 2
Composite indicators of meaning-metric analysis of vaccination in the Belarusian population sample (N=834)

Смыслометрические показатели	M	SD	Me	Mo(n)	[Min;Max]
Индекс осмысленности	0,37	0,36	0,27	0,00 (233)	[0; 1]
Индекс позитивного смысла	0,34	0,36	0,21	0,00 (272)	[0; 1]
Индекс негативного смысла	0,37	0,38	0,27	0,00 (333)	[0; 1]
Индекс конфликтного смысла	0,07	0,21	0,00	0,00 (691)	[0; 1]
Индекс дифференциации смысла	0,12	0,12	0,12	0,00 (261)	[0; 0,83]
Интегральный смысловой индекс	0,46	0,86	0,15	0,00 (243)	[-3; 3]

Примечания: M – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение; Me – медиана; Mo – мода; n – выборочная частота встречаемости модального значения; [Min; Max] – минимальное и максимальные значения.

Индекс осмысленности подсчитывается в виде удельного веса личностных ценностей испытуемого, по которым вакцинация получила ненулевую оценку, и тем самым отражает общий уровень ее субъективной значимости и осмысленности, или интенсивность ее личностного смысла. Судя по среднему, медианному и модальному значениям данного показателя, для относительно большей части испытуемых профилактические прививки лишены всякого смысла (Mo=0, n=233 человека, или 27,9%), а в жизни остальных испытуемых так или иначе связаны с реализацией в среднем $37 \pm 36\%$ ценностей (от общего числа индивидуально значимых ценностей). Отсюда следует, что «среднестатистический» испытуемый достаточно узко осмысливает вакцинацию, а в регуляции его прививочного поведения, как правило, не задействованы многие личностно значимые ценности. В такой ситуации расширение контекстов осмысления вакцинации – это магистральный путь обогащения ее личностного смысла и актуализации резервной мотивации вакцинального поведения.

Смыслометрические индексы позитивного и негативного смысла указывают на долю соответственно положительных и отрицательных смысловых оценок в общем количестве ненулевых оценок, поставленных вакцинации испытуемым, т.е. характеризуют модальность ее личностного смысла. По выборочным значениям мер центральной тенденции, рассчитанных для данных показателей, можно заключить, что в жизни испытуемых вакцинация способствует и препятствует практической реализации примерно одинакового числа смыслообразующих ценностей – 34 и 37% соответственно. В то же время для обеспечения позитивного эмоционального фона и устойчивой мотивации поведения с пропрививочной направленностью необходимо, чтобы позитивный смысл вакцинации (число ценностей, которым она способствует) значительно перевешивал ее негативный смысл (число ценностей, которым она препятствует).

Количественной мерой соотношения позитивных и негативных смыслов в индивидуальном смысловом опыте выступает диагностический индекс конфликтности смысла вакцинации. Выборочное распределение его значений свидетельствует о том, что профилактические прививки порождают у испытуемых внутриличностный конфликт умеренной силы. Коллизию позитивных и негативных смыслов вакцинации можно описать как мотивационный конфликт типа «приближение-избегание», т.е. противоборство побуждений к приему и отказу от профилактической прививки. Именно эта амбивалентность, двойственность личностно-смыслового отношения провоцирует характерную картину поведения, определяемого как «вакцинальная нерешительность» (vaccine hesitancy) [1, 2].

Самыми обобщенными показателями, отражающими в виде единого значения интенсивность и модальность личностного смысла вакцинации для испытуемого, являются индекс смысловой дифференциации и интегральный смысловой индекс. Подобно проанализированному выше индексу конфликтности, они характеризуют не столько парциальные смыслы вакцинации, сколько их целостную динамическую систему, сформированную у испытуемого в разных жизненных обстоятельствах и на основе разных личностных ценностей, а потому наиболее полно репрезентируют индивидуальные особенности ценностно-смысловой регуляции вакцинального поведения. Выборочные статистики индекса дифференциации говорят о том, что вакцинация осмысливается испытуемыми достаточно уплощенно и односторонне, без учета всех ее многомерных и многовариантных влияний на реализацию ценностей. Выборочные статистики интегрального смыслового индекса свидетельствуют о том, что испытуемые недооценивают реальный вклад вакцинации в обеспечение условий для нормальной жизни.

В таблице 3 представлены статистически ($p \leq 0,05$) и практически (d Коэна $\geq 0,5$) значимые различия ценностно-смысловой регуляции вакцинального поведения белорусов в пандемический (2021–2022 гг., $N=734$) и постпандемический (2024–2025 гг., $N=100$) период. Основная группа (пандемическая выборка) и группа сравнения (постпандемическая выборка) достоверно не отличались по половозрастному составу испытуемых. Межгрупповые различия в значениях парциальных и композитных

индексов личностного смысла вакцинации, не достигшие среднего размера эффекта (даже несмотря на их статистическую значимость), ниже не приводятся и не интерпретируются.

Таблица 3

Различия парциальных и композитных индексов личностного смысла вакцинации в разновременных выборках населения Республики Беларусь

Table 3

Differences in partial and composite indices of the personal meaning of vaccination in different time samples of the population of the Republic of Belarus

Показатели личностного смысла вакцинации	Пандемическая выборка M (SD)	Постпандемическая выборка M (SD)	t (df)	d
Здоровье	1,34 (1,54)	0,51 (1,33)	4,23 (523)***	0,55
Выживание	0,96 (1,27)	0,25 (0,93)	3,40 (457)***	0,58
Безопасность	0,98 (1,12)	0,41 (1,15)	3,95 (527)***	0,51
Контроль	0,82 (1,22)	0,10 (1,07)	5,32 (351)***	0,60
Индекс позитивного смысла	0,32 (0,31)	0,49 (0,36)	4,98 (832)***	0,54
Индекс негативного смысла	0,40 (0,37)	0,15 (0,30)	6,56 (832)***	0,69

Примечания: M – среднее арифметическое; SD – стандартное отклонение; t (df) – расчетное значение и число степеней свободы t-критерия Стьюдента для независимых выборок; d – эмпирическое значение размера эффекта Коэна; *** $p \leq 0,001$.

Парциальные различия в осмыслении вакцинации в разгар пандемии COVID-19 и после ее окончания выражаются в том, что смысл профилактических прививок как средства охраны собственного здоровья, выживания, личной безопасности и сохранения контроля над собственной жизнью значительно снизился вслед за спадом опасности заражения и отменой социальных рестрикций. Весьма показательно, что наибольшие сдвиги в личностном смысле вакцинации при смене контекста ее осмысления произошли по ценностям виталистического спектра, т. к. именно эти ценности функционально активируются в условиях витальной угрозы и дезактуализируются после ее минования. Генеральная же тенденция изменений личностного смысла вакцинации заключается в росте доверия к ней, что выразилось в усилении позитивного и ослаблении ее негативного смысла. Это, вероятно, обусловлено осмыслением вакцинации как одного из ключевых инструментов разрешения пандемической ситуации. Совокупность найденных различий высвечивает тесную зависимость личностного смысла вакцинации от жизненного контекста: критические ситуации (типа пандемии COVID-19) рельефно обнажают значимость вакцинопрофилактики для нормальной жизнедеятельности и продуктивной реализации человеческих ценностей, что результирует в росте ее позитивной осмысленности и усилении мотивации прививочного поведения населения.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведенного исследования раскрывают некоторые ранее неизвестные особенности, механизмы и закономерности ценностно-смысловой регуляции вакцинального поведения, которые в комплексе формируют научно-психологическое обоснование для практических мероприятий и интервенций, нацеленных на повышение приверженности населения вакцинопрофилактике опасных инфекционных заболеваний. Общей «мишенью» всевозможных форм целенаправленного воздействия – воспитания здорового образа жизни, социальной рекламы, медицинского просвещения, государственной агитации и пропаганды, психологической коррекции и других – должен выступать личностный смысл вакцинации, а основным механизмом воздействия – актуализация личностных ценностей и управление процессом смыслообразования в сознании и поведении реципиентов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bedford H., Attwell K., Danchin M., et al. Vaccine hesitancy, refusal and access barriers: the need for clarity in terminology. *Vaccine*. 2018;36(44):6556–6558. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.08.004
2. MacDonald N.E. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine*. 2015;33(34):4161–4164. doi: 10.1016/j.vaccine.2015.04.036
3. Karpinski K.V., Saporovska YA. Mental regulation of vaccination behavior: theories, concepts, models. *Herald of Omsk University. Series: Psychology*. 2021;4:43–46. doi: 10.24147/2410-6364.2021.4.43-56 (in Russian).
4. Ajzen I. *Attitudes, Personality and Behavior*. New York: Open University Press; 2005. 178 p.
5. Betsch C., Schmid P., Heinemeier D., et al. Beyond confidence: Development of a measure assessing the 5C psychological antecedents of vaccination. *PLoS ONE*. 2018;13(12):e0208601. doi: 10.1371/journal.pone.0208601
6. Conner M. *Cognitive determinants of health behavior. Handbook of behavioral medicine: methods and applications*. New York, NY: Springer; 2010. p. 19–30.
7. Fall E., Izaute M., Chakroun-Baggioni N. How can the health belief model and self-determination theory predict both influenza vaccination and vaccination intention? A longitudinal study among university students. *Psychology & Health*. 2017;33(6):746–764. doi: 10.1080/08870446.2017.1401623
8. Geiger M., Rees A., Lilleholt L., et al. Measuring the 7Cs of vaccination readiness. *European Journal of Psychological Assessment*. 2022;38(4):261–269. doi: 10.17605/OSF.IO/2TG8D
9. Hornsey M.J., Harris E.A., Fielding K.S. The psychological roots of anti-vaccination attitudes: A 24-nation investigation. *Health Psychology*. 2018;37(4):307–315. doi: 10.1037/hea0000586
10. Karpinski K.V. *Sources of the meaning of life: a new method of personality psychodiagnostics*. Grodno: GrSU; 2021. 219 p. (in Russian)
11. Leontiev D.A. Ot sotsialnykh tsennostey k lichnostnym: sotsiogenez i fenomenologiya tsennostnoy regulyatsii deyatelnosti. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 14: Psikhologiya*. 1996;4:35–44. (in Russian)
12. Leontiev D.A. *Psychology of meaning: the nature, structure and dynamics of semantic reality*. Moscow: Meaning; 1999. 487 p. (in Russian)
13. Salikhova N.R. *Value-semantic organization of a person's living space*. Kazan; 2010. 452 p. (in Russian)
14. Schwartz S., Butenko T.P., Sedova D.S., et al. The refined theory of basic individual values: application in Russia. *Psychology. Journal of higher school of economics*. 2012;9(1):43–70. (in Russian)
15. Karpinski K.V. *The psychology of vaccination: attitudes and behavior*. Grodno: GrSU; 2023. 315 p. (in Russian)
16. Karpinski K.V. *Meaning psychobiographic analysis*. Grodno: GrSU; 2024. 211 p. (in Russian)
17. Asmolov A.G., Bratus B.S., Zeygarnik B.V., et al. O nekotorykh perspektivakh issledovaniya smyslovyykh obrazovaniy lichnosti. *Voprosy Psichologii*. 1979;4:35–45. (in Russian)
18. Bratus B.S. *Personality anomalies*. Moscow: Mysl; 1988. 304 p. (in Russian)
19. Leontiev D.A. Meaning formation and its contexts: life, structure, culture, experience. *World of psychology*. 2014;1:104–116. (in Russian)
20. Karpinski K.V. Psychological factors of anti-vaccination behavior of Belarusians in the context of the COVID-19 pandemic. *Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology*. 2022;12(3):265–284. doi: 10.21638/spbu16.2022.303 (in Russian).
21. Karpinski K.V. (ed.) *Shkala antivaktsinalnykh attitudov. Sovremennyye metody psikhologicheskoy diagnostiki*. Grodno: GrSU. 2022; pp. 6–61. (in Russian).

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.82.63.002>

Скугаревская М.М.¹ ✉, Шапаревич А.С.¹, Скугаревский А.О.²

¹ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

² Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

СОЦИАЛЬНЫЕ КОГНИЦИИ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Скугаревская М.М. – концепция и дизайн исследования, обзор публикаций по теме статьи, написание и редактирование текста; Шапаревич А.С. – обзор публикаций по теме статьи, составление списка использованной литературы, написание и редактирование текста; Скугаревский А.О. – критический пересмотр, набор, редактирование и перевод текста. Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: marims@tut.by

Резюме

Нарушение социальных когнитивных функций (или социального познания, социальных когний) часто наблюдается у людей с психическими расстройствами и проявляется в виде трудностей с определением эмоций, пониманием социального контекста, намерений других людей, что может приводить к нарушению поведенческого ответа. Социальные когнитивные нарушения мешают социальным связям и являются значимыми детерминантами нарушения повседневного функционирования. В последние десятилетия в связи с развитием нейронаук получены данные о функционировании «социального мозга», разработаны теоретические модели и способы оценки социальных когний. С клинической точки зрения изучение социальных когнитивных функций обеспечивает основу для коррекции выявленных нарушений и улучшения психосоциальной адаптации людей с различными психическими расстройствами. В статье рассмотрены основные домены социальных когний, способы их оценки, проявления нарушений социального познания при различных психических расстройствах и возможности терапевтических вмешательств.

Ключевые слова: социальные когнии, социальный интеллект, эмоциональный процессинг, психические расстройства, шизофрения, диагностика

Skuhareuskaya M.¹✉, Shaparevich A.¹, Skuhareuski A.²

¹ Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

² Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Social Cognition in Mental Disorders: A Literature Review

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Skuhareuskaya M. – research concept and design, review of publications on the topic of the article, writing and editing the text; Shaparevich A. – review of publications on the topic of the article, compiling the reference list, writing and editing the text; Skuhareuski A. – critical revision, writing, editing and translating the text.

The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: marims@tut.by

Abstract

Impairments in social cognitive functions (or social cognition) are frequently observed in individuals with mental disorders and manifest as difficulties in recognizing emotions, understanding social context, and interpreting others' intentions, which may lead to inappropriate behavioral responses. Social cognitive impairments hinder social relationships and are significant determinants of disrupted daily functioning. In recent decades, advances in neuroscience have provided insights into the functioning of the "social brain," leading to the development of theoretical models and methods for assessing social cognition. From a clinical perspective, studying social cognitive functions forms the basis for correcting identified impairments and improving the psychosocial adaptation of individuals with various mental disorders.

This article reviews the main domains of social cognition, methods for their assessment, manifestations of social cognitive impairments in different mental disorders, and possible therapeutic interventions.

Keywords: social cognition, social intelligence, emotional processing, mental disorders, schizophrenia, diagnostics

■ ВВЕДЕНИЕ

Социальные когниции – термин, обозначающий совокупность взаимосвязанных когнитивных процессов, обеспечивающих успешное адаптивное поведение в социальном контексте, в том числе за счет корректного восприятия и интерпретации намерений и поведения других людей [1–3]. К процессам социальных когниций чаще всего относят способность распознавать различные социальные сигналы: эмоциональные выражения лиц, модуляции голоса и речи, способность представлять психическое состояние других людей (известно как «теория разума», «внутренняя модель сознания другого», Theory of Mind (ToM)), способность разделять, понимать опыт и эмоциональные переживания других людей, способность регулировать свой эмоциональный ответ на окружающих [4]. Нарушение социальных когниций – важный предиктор нарушений функционирования при психических расстройствах [5].

Социальная дисфункция – трансдиагностический феномен, она может быть первым проявлением многих психических и неврологических расстройств: шизофрении, болезни Альцгеймера, депрессии и др. [6]. Лучшее понимание биологических процессов, лежащих в основе психических расстройств, позволит разрабатывать новые подходы к лечению [6].

В статье приведен нарративный обзор литературы по проблеме социальных когнитивных способов их оценки и коррекции при основных психических расстройствах. Проводился поиск информации в базах Google Scholar, PubMed, eLIBRARY.ru. путем комбинации ключевых слов: social cognition, social cognitive function, mental disorder», psychiatry, psychosis, schizophrenia. Для обобщения полученных данных использовался описательный анализ.

Компоненты и модели социальных когнитивных функций

Социальные когнитивные функции охватывают широкий спектр когнитивных функций. Задачи социальных когнитивных функций могут варьировать от достаточно простых (например, распознавание эмоций по выражению лица) до весьма сложных (например, понимание иронии или принятие социальных решений) [7]. Было построено несколько моделей с определением компонентов социальных когнитивных функций; обсуждалось, следует ли включать самость (self) и алекситимию (неспособность идентифицировать и описывать эмоции, испытываемые самим собой) в эту концепцию [7]. Изучение социальных когнитивных функций происходит в рамках психологии социального познания, социальной психологии [8]. До сих пор нет единого мнения и о том, что такое социальное познание и какие процессы и компоненты оно включает [9]. Фокус данного обзора литературы находится в области анализа социальных когнитивных функций при психических расстройствах, в первую очередь при первичных психотических расстройствах.

Следует отметить отсутствие единого мнения относительно того, какие именно способности определяют конструкт социальных когнитивных функций при психотических расстройствах, и отсутствие единого подхода к оценке доменов социальных когнитивных функций. В консенсусном заявлении Национального института психического здоровья (NIMH) были определены пять основных доменов социальных когнитивных функций, которые нарушаются при шизофрении. К ним относятся:

- 1) процессинг (обработка) эмоций – восприятие и идентификация эмоций других людей, преимущественно по выражению лица и интонациям. Включает идентификацию эмоций, содействие эмоциям, понимание эмоций и управление эмоциями [6]. Навык восприятия и интерпретации эмоциональной мимики позволяет считывать чувства других и соответствующим образом корректировать межличностное общение, что крайне важно для успешного повседневного социального взаимодействия;
- 2) социальная перцепция – способность понимать и оценивать социальные роли, правила и контекст, а также восприятие вербальных и невербальных сигналов (движений, поз и жестов);

- 3) атрибутивный стиль – способ интерпретации происходящих событий (позитивных или негативных) и приписывание причины их возникновения либо себе, либо другим людям или обстоятельствам;
- 4) социальное знание – возможность верного анализа социальных сценариев и их поддержания, построение адаптивных целей и ожиданий в ходе межличностного взаимодействия;
- 5) «теория разума» (Theory of Mind) – способность интерпретировать речь и действия другого человека, понимание его намерений, точки зрения, знаний и убеждений [5].

Границы между доменами социальных когний достаточно условны, так как они тесно взаимосвязаны, а нарушения в одной области могут приводить к ошибкам в других доменах.

Концепция социального (эмоционального) интеллекта имеет сходство с концепцией социальных когний. Эмоциональный интеллект можно определить как форму социального интеллекта, включающую способность воспринимать и выражать эмоции, ассимилировать эмоции и мысли, понимать и объяснять эмоции, а также регулировать эмоции (свои собственные и других людей) (Mayer, Salovey, 1997) [10]. Эмоциональный интеллект рассматривается как совокупность способностей, способствующих успешной реализации человека в обществе. Основное различие состоит в том, что эмоциональный интеллект фокусируется на управлении эмоциями, а социальные когнии на обработке информации о социальных взаимодействиях [11].

Существует схожесть концептов социальных когний, метакогний и ментализации [12]. Под метакогнициями понимают способность осознавать и контролировать свои собственные когнитивные процессы, метакогнии включают в себя понимание своих когнитивных способностей и стратегий, способность контролировать и направлять свои когнитивные процессы [12]. Под ментализацией («*mentalizing*») понимают способность человека понимать и интерпретировать поведение других людей, основываясь на их мыслях, чувствах и намерениях. Это процесс, при котором человек «осознает, что у других людей есть свои собственные мысли, эмоции и мотивы, и использует это понимание для объяснения их действий» [13].

Социальные когнии в первую очередь связаны со степенью, в которой эмоциональный и когнитивный опыт других людей может быть правильно распознан и понят. Метакогнии имеют отношение к тому, в какой степени ощущение себя и других людей интегрировано, а не фрагментировано. Ментализация связана с формированием представлений о себе и других в контексте истории различных видов привязанностей к другим [12].

Социальные когнии можно рассматривать как промежуточное звено между базовыми (нейро)когнициями, такими как память, внимание, зрительно-пространственные навыки, скорость реакции и др. с одной стороны и с социальным функционированием с другой стороны [7]. Множеством исследований показана связь между социальными когнициями и функциональными результатами, такими как социальное

функционирование, социальные навыки, навыки независимой жизни и интеграция в сообщество [5, 14, 15].

Способы оценки социальных когний

В научных исследованиях существуют различные подходы к оценке социальных когний с учетом лежащих в основе теоретических подходов. Измерение социальных когнитивных функций по данным Bick BE с соавт. (2017) можно разделить на две части: оценка социальных когнитивных навыков (способность делать правильные определения, например, «теория разума») и оценка социальных когнитивных искажений (модели интерпретации, не реагирующие на доказательства, например, предвзятость враждебной атрибуции) [16]. Чаще всего социальные когнитивные области в каждой категории исследуются с помощью тестовых задач, которые требуют от респондента задействовать или продемонстрировать каждый навык. Реже используются подходы, основанные на самоотчетах и интервью [17], отчасти потому, что люди могут неточно оценивать свои собственные навыки и способности [18].

Следует отметить существующую проблему измерения социальных когний. Существует мало общепринятых стандартизированных методик оценки социальных когний, методы неоднородны, психометрические свойства не исследованы в должной мере [19]. Кроме того, стремительное технологическое развитие с цифровизацией работы психолога, врача-специалиста, с возможностью моделирования изображения, виртуальной реальности стремится отодвинуть в сторону традиционные методики «бумага и ручка» и подводит к разработке новых инструментов. Далее мы приводим примеры и краткое описание основных существующих инструментов по оценке социальных когний с учетом основных доменов.

Тесты на распознавание эмоций оценивают способность человека распознавать и интерпретировать эмоции на лицах или в голосе других людей. Эмоциональное выражение лиц – значимый источник получения социальной информации. Первоначально в тестовых заданиях использовались черно-белые фотографии постановочных эмоций (счастье, печаль, гнев, страх, отвращение и удивление), ограниченных по этнической принадлежности и возрасту [20]. С развитием технологий стали использоваться методики создания эмоциональных выражений лиц несуществующих людей, трансформации лиц. Так, в тесте на распознавание эмоций (Facial emotion recognition task (FERT)) представлены так называемые морфы – короткие видеофрагменты, в которых нейтральное выражение лица медленно меняется на эмоциональное выражение [21].

Компьютеризированная батарея тестов Penn CNB в домене социальных когний содержит тесты по идентификации эмоций (Emotion Identification test), тест по распознаванию интенсивности эмоций (Emotion Intensity Differentiation), тест по распознаванию возраста, в котором надо указать которое из двух лиц старше (Age differentiation test) [22–24].

Одним из популярных тестов, рекомендуемых к использованию консенсусом экспертов [19], является тест распознавания эмоций Белла-Лисакера (Bell Lysaker Emotion

Recognition Task (BLERT)) [25]. Данный тест компьютеризированный, но оценка производится экспериментатором. BLERT измеряет способность правильно определять 7 эмоциональных состояний: счастье, грусть, страх, отвращение, удивление, гнев или отсутствие эмоций. Участникам предлагается просмотреть десятисекундные видео, в котором актер изображает различные эмоции голосом, мимикой и движениями.

Для измерения восприятия эмоций применяются тесты Кембриджской нейрокognитивной компьютеризированной батареи тестов (CANTAB) [26]. Тест распознавания эмоций (Emotion recognition task) из этой батареи предлагает оценить, какую эмоцию выражает представленное на экране лицо: грусть, радость, страх, злость, отвращение или удивление. В тесте на эмоциональную предвзятость (Emotional bias task) участники видят изображения лиц, которые выражают эмоции различной интенсивности. Варианты охватывают континуумы от счастья до грусти, от счастья до гнева или от счастья до отвращения. Каждое лицо отображается в течение 150 мс, после чего следует двухальтернативный принудительный выбор, в котором необходимо выбрать одну из двух эмоций. Данные тесты показали свою работоспособность при расстройствах аутистического спектра, шизофрении, аффективных расстройствах и др. [27, 28].

Также разработаны методики по оценке способности к неэмоциональному распознаванию лиц, например, тест на распознавание лиц Бентона-ван Аллена [29], который используется в первую очередь для оценки зрительной агнозии.

Тесты, ориентированные на «теорию разума», измеряют способность понимать и предсказывать мысли и намерения других людей. Одним из наиболее популярных тестов является тест «Задание на намек» [30], который адаптирован в русскоязычной популяции [31]. Он является одним из наиболее широко применяемых инструментов оценки социальных когниций в контексте теории разума и используется для анализа способности человека делать выводы о намерениях, скрытых в косвенной речи [14]. В ходе выполнения задания участникам предлагается прослушать десять кратких диалогов между двумя персонажами, в которых один из них дает «намек». Затем участнику предлагается раскрыть смысл данной подсказки и оценить точность своего ответа [30].

Тест «Чтение мыслей по глазам» (Reading the Mind in the Eyes Test) измеряет способность различать психическое состояние других людей по изображениям области вокруг глаз [32]. Участникам предлагается компьютерное изображение 36 фотографий области глаз разных лиц, затем просят подобрать наиболее точное слово для описания мыслей/чувств, которые изображены. Оценка производится экспериментатором.

Тест на осознание социальных выводов (The Awareness of Social Inference Test, TASIT) состоит из видеозаписей повседневных социальных взаимодействий, а часть III, тест Social Inference-Enriched, оценивает обнаружение лжи и сарказма [33]. Участникам предлагается после просмотра видеозаписи ответить на 4 стандартных вопроса по ней, которые проверяют понимание намерений, убеждений и смыслов говорящих. Итоговая оценка производится экспериментатором.

Методика Adult Faux Pas [34] состоит из 20 коротких историй, после прочтения каждой из них участника спрашивают, не сделал ли или не сказал ли кто-нибудь неуместное или лишнее. Для прохождения теста необходимо осознавать, что разные персонажи истории обладают разными знаниями, а также соотносить ситуацию с социальными нормами и правилами.

Также в качестве примеров методик, основанных на «теории разума» можно привести Задание последовательности изображений Брюна (Brune Picture Sequencing Task) [35], Истории Хатпе (Happe's Stories) [36], тест «Тихая анимация» (Silent Animations) [37], Задачу визуальной перспективы (Visual Perspective Tasking Task) [38], Фильм для оценки социального познания (Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)) [39].

Тесты на социальное восприятие (социальную перцепцию) – оценивают способность человека понимать социальные ситуации и взаимодействия.

Профиль невербальной чувствительности (PONS) был разработан для измерения «способности человека декодировать невербальные сигналы, передаваемые лицом, телом и тоном голоса» (Rosenthal et al., 2013, стр. 1) [40]. Тест имеет несколько версий и содержит 2-секундные фрагменты изолированно звука, видео или комбинации аудио и видео. Видео представлено в черно-белом формате.

Задание на межличностное восприятие (Interpersonal Perception Task (IPT-15)) [41] представляет собой тест, разработанный для выяснения того, как люди формируют восприятие других. В тесте представлены видеозаписи нескольких коротких сцен, демонстрирующих людей в различных ситуациях, и исследователем задаются вопросы о взаимодействии между героями.

Тест Отношений между доменами (Relationships Across Domains, RAD) [42] измеряет компетентность в восприятии отношений, основан на теории реляционных моделей, теории социальных отношений. RAD содержит краткие истории и требует от участников неявно идентифицировать реляционную модель диады, сделать вывод о том, как члены диады, вероятно, будут вести себя в трех других социальных контекстах.

Тест на распознавание социальных сигналов (Social Cue Recognition Test (SCRT)) часто используется для оценки социального восприятия у лиц с шизофренией и имеет хорошую ретестовую надежность и конкурентную валидность [43]. Тест включает короткие видеофрагменты с записью социальных ситуаций различной эмоциональной насыщенности, а после отвечают на 36 утверждений «правда – ложь» о социальных сигналах в видео (правилах, аффекте и целях) и несоциальных фактах (образах и звуках).

Тесты на атрибуцию – измеряют способность человека объяснять поведение других людей их внутренними качествами или внешними обстоятельствами.

Примерами тестов на атрибутивный стиль и атрибутивное искажение являются: Опросник неоднозначных враждебных намерений (Ambiguous Intentions and Hostility Questionnaire (AIHQ)) [44] и Опросник внутренних, личных и ситуативных атрибуций (Internal, Personal, and Situational Attributions Questionnaire (IPSAQ)) [45].

Опросник AIHQ разработан для оценки враждебных когнитивных социальных искажений. Работа с ним ведется с помощью бумаги ручки, при выполнении ее участники читают 5 гипотетических негативных ситуаций с неоднозначными причинами (т. е. они могут быть преднамеренными или случайными), представляют себе сценарий, происходящий с ними, и записывают причину, по которой сценарий произошел. Независимые оценщики позже кодируют этот первоначальный ответ, чтобы вычислить индекс враждебности. Затем участники по шкале Лайкерта оценивают выполнил ли другой человек действие намеренно, насколько это их разозлит, и насколько они будут винить другого человека. В финале участника просят записать, как бы он отреагировал на ситуацию, которая затем кодируется двумя независимыми оценщиками для вычисления индекса агрессии

Процедура определения ошибочной атрибуции (Affect Misattribution Procedure, AMP) [46] была разработана для измерения аффективных ошибочных атрибуций с целью измерения неявного отношения.

Большинство существующих инструментов, работающих по принципу «бумаги и карандаша» подвержены влиянию субъективных оценок исследователей. Компьютеризированные методики позволяют минимизировать этот фактор, обеспечивая большую объективность. Однако, формализация всех аспектов социальных когниций остается затруднительной, а создание универсального алгоритма решения не всегда возможно.

Социальные когниции при различных состояниях в психиатрии и наркологии

Изучение особенностей социальных когниций проводилось в первую очередь при шизофрении, но позже были обнаружены дефициты в ряде доменов социальных когниций при других нейropsychиатрических расстройствах, включая расстройства аутистического спектра, болезнь Альцгеймера и другие формы деменций, большое депрессивное расстройство, тревожные расстройства, пограничное и антисоциальное расстройства личности [47].

Люди с психотическими расстройствами, как правило, демонстрируют дефицит социального познания во всех сферах. Было показано, что нарушения социальных когниций присутствуют на всех стадиях расстройства, включая стадию продрома или клинически высокого риска развития психоза [48]. Есть данные о роли социальных когнитивных нарушений у людей с психотическими расстройствами в таких проявлениях как суицидальные мысли [49].

Различия в социальных когнициях при различных психических расстройствах могут быть способом для улучшения дифференциальной диагностики. Так, люди с биполярным расстройством точнее определяют эмоции в тестах распознавания эмоциональных выражений лиц, чем пациенты с шизофренией; и, наоборот, менее точно справляются с заданиями на определение каждого типа эмоций, чем люди с депрессивным эпизодом [50].

Показано нарушение социальных когний в группе людей с расстройствами аутистического спектра (РАС) по сравнению с нейротипичными людьми, при этом изменения социального познания оказывают небольшое, но значимое влияние на определяющие черты аутизма [51]. Результаты по тестам на социальные когнии в группе синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) показывают промежуточные значения между группой с РАС и группой нейротипичных людей [51]. Также показано улучшение социальных когний при РАС и СДВГ с возрастом [51].

Оценка социальных когний может быть полезной в дифференциальной диагностике фронтотемпоральной деменции и депрессии [52]. Данные о худшем выполнении тестов на социальные когнии пациентами с депрессией с предыдущими попытками самоубийства или несуицидальным самоповреждением по сравнению с не имевшими таких попыток позволяют рассматривать дефицита социального познания как потенциальный клинический маркер суицидального поведения [53].

При посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) наблюдаются проблемы с регуляцией эмоций, включающие неспособность обрабатывать эмоциональные сигналы, такие как распознавание выражений эмоций других людей [54]. В то же время проведенный метаанализ Janssen PGJ et al. (2022) показал различное повреждение социальных когнитивных доменов с нарушениями в ментализации и социальном восприятии, тогда как недостатков в распознавании эмоций и стиле атрибуции обнаружено не было [55].

Получены данные о нарушениях эмоционального процессинга и социальных когний при алкогольной зависимости [56]. Имеющийся дефицит социальных когнитивных функций при алкогольной зависимости может препятствовать усилиям по инициированию и поддержанию воздержания, препятствуя эффективности клинического лечения. Такая дисфункция может препятствовать мотивации к изменениям, успеху в межличностных взаимодействиях, а также эмоциональному пониманию и осознанию социальных дисфункций (метапознанию) [56].

Возможности терапевтических вмешательств

Изучение социальных когний при различных психических расстройствах и полученные веские доказательства значимости социальных когний для социального функционирования послужило основой для разработки специфических вмешательств, ориентированных на социальное познание. Как правило используются подходы, основанные на групповых вмешательствах (чаще других используется когнитивно-поведенческий подход), индивидуальном опыте или компьютеризированных подходах [57]. Результаты исследований по оценке эффективности этих вмешательств дают многообещающие, хотя порой и неоднозначные результаты [58–60].

При анализе вмешательств по коррекции социальных когний при первом психотическом эпизоде, проведенном Tang JMY et al. (2024) [61] показано, что, как правило, программы коррекции когнитивных нарушений проводятся в амбулаторных условиях. Большинство исследований свидетельствует об улучшении социального функционирования и социальных навыков пациентов после получения вмешательства.

Было показано, что коррекция социальных когниций при аутизме и назначение лекарственных препаратов группы психостимуляторов при СДВГ улучшают производительность в тестах оценки социальных когниций, в то время как эффекты ментализирующего обучения при аутизме менее убедительны [51].

Следует отметить, что в настоящее время доказательная база применения тренинга социальных когниций ограничена. Хотя исследования демонстрируют положительное влияние тренингов на социальное функционирование, необходимы дополнительные данные для подтверждения долгосрочных эффектов [62]. Стандартные методики измерения улучшений в социальных когнициях не всегда точно отражают реальные изменения в поведении пациентов. Имеются практические барьеры – нехватка специалистов, ограниченные ресурсы и сложность интеграции тренинга в повседневную клиническую практику. Современные тренинги с использованием компьютерных технологий и виртуальной реальности требуют технического оснащения и адаптации к индивидуальным потребностям пациентов. Важно учитывать индивидуальные различия пациентов, так как эффективность тренинга может меняться в зависимости от когнитивного уровня, мотивации и тяжести психического расстройства [63].

Важным компонентом в лечении психических и поведенческих расстройств является фармакотерапия. По данным систематического обзора Haime Z et al. (2021) диазепам снижает качество эмоционального процессинга. Влияние бензодиазепинов на другие домены социальных когниций, также, как и влияние антипсихотиков на социальные когниции остается неясным [64]. Исследования, сравнивающие пациентов с шизофренией и здоровых добровольцев, показали, что пациенты хуже справлялись с задачами на социальное познание, независимо от того, принимали ли они антипсихотические препараты на исходном уровне или нет.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование особенностей социальных когнитивных функций при психических расстройствах открывает перспективы для более глубокого понимания механизмов, лежащих в основе нарушений социальных когниций. Развитие и применение диагностических тестов, в частности теста распознавания эмоций предоставляют ценные возможности для диагностики и оценки степени нарушений, позволяя повысить точность клинических выводов и адаптировать терапевтические стратегии. Необходимы исследования, которые будут направлены на разработку эффективных вмешательств, способных улучшить социальные когниции у пациентов, способствуя их социальной адаптации и улучшению качества жизни. Перспективные направления включают комбинированные подходы, интегрирующие когнитивно-поведенческую терапию, цифровые технологии, что может привести к значительному прогрессу в коррекции данных нарушений.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Happé F, Cook JL, Bird G. The Structure of Social Cognition: In(ter)dependence of Sociocognitive Processes. *Annu Rev Psychol*. 2017 Jan 3;68:243–267. doi: 10.1146/annurev-psych-010416-044046
2. Schneider D, Klimecki O, Burgmer P, et al. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. USA: Springer International Publishing; 2019.
3. Green MF, Penn DL, Bental R, et al. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophr Bull*. 2008 Nov;34(6):1211–20. doi: 10.1093/schbul/sbm145
4. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. *Nat Rev Neurosci*. 2015;16(10):620–31. doi: 10.1038/nrn4005
5. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD, et al. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(3):573–88. doi: 10.1016/j.neubiorev.2010.07.001
6. Porcelli S, Van Der Wee N, van der Werff S, et al. Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neurosci Biobehav Rev*. 2019 Feb;97:10–33. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.012
7. Hurel E, Grall-Bronnec M, Bouillard O, et al. Systematic Review of Gaming and Neuropsychological Assessment of Social Cognition. *Neuropsychol Rev*. 2024 Sep;34(3):738–767. doi: 10.1007/s11065-023-09599-y
8. Andreeva GM. Psychology of social cognition. Moscow: Aspekt-Press, 2004. 244 p. (In Russian)
9. Holmogorova AB, Volikova SV, Pugovkina OD. Social cognition and its disorders in the process of ontogenesis: history and current state of the problem. *Psychology issues*. 2015;4:136–46. (In Russian)
10. Brackett MA, Salovey P. Measuring emotional intelligence with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Psicothema*. 2006;18 Suppl:34–41. PMID: 17295955.
11. Baturin NA, Matveeva LG. Social and emotional intelligence: myths and reality. *Psychology. Psychophysiology*. 2009;42:4–10. (In Russian)
12. Lysaker PH, Cheli S, Dimaggio G, et al. Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? *BMC Psychiatry*. 2021 Jul 2;21(1):329. doi: 10.1186/s12888-021-03338-4
13. Ridenour J, Knauss D, Hamm JA. Comparing metacognition and mentalization and their implications for psychotherapy for individuals with psychosis. *J Contemp Psychother*. 2019;49(2):79–85. doi: 10.1007/s10879-018-9392-0
14. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull*. 2006;32(Suppl 1):S44–S63. doi: 10.1093/schbul/sbl029
15. Gardner A, Cotton SM, Allott K, et al. Social inclusion and its interrelationships with social cognition and social functioning in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(3):477–487. doi: 10.1111/eip.12507
16. Buck BE, Pinkham AE, Harvey PD, et al. Revisiting the validity of measures of social cognitive bias in schizophrenia: Additional results from the Social Cognition Psychometric Evaluation (SCOPE) study. *Br J Clin Psychol*. 2016;55(4):441–454. doi: 10.1111/bjc.12113
17. Couture SM, Penn DL, Roberts DL. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull*. 2006 Oct; 32 Suppl 1(Suppl 1):S44–63. doi: 10.1093/schbul/sbl029
18. Jones MT, Declerck E, Laurrari C, et al. Confidence, performance, and accuracy of self-assessment of social cognition: A comparison of schizophrenia patients and healthy controls. *Schizophr Res Cogn*. 2019 Feb; 19:002–2. doi: 10.1016/j.scog.2019.01.002
19. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, et al. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. *Schizophr Bull*. 2014 Jul; 40(4):813–23. doi: 10.1093/schbul/sbt081
20. Ekman P, Friesen WV. *Unmasking the Face*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1975.
21. Liu TL, Wang PW, Yang YC, et al. Deficits in facial emotion recognition and implicit attitudes toward emotion among adolescents with high functioning autism spectrum disorder. *Compr Psychiatry*. 2019 Apr; 90:7–13. doi: 10.1016/j.comppsych.2018.12.010
22. Skugarevskaya MM. Impaired emotion recognition and facial memory as a risk marker for psychosis. *Mental health*. 2013;11:32–36. (In Russian)
23. Erwin RJ, Gur RC, Gur RE, et al. Facial emotion discrimination: I. Task construction and behavioral findings in normal subjects. *Psychiatry Res*. 1992 Jun; 42(3):231–40. doi: 10.1016/0165-1781(92)90115-j
24. Swagerman SC, de Geus EJC, Kan KJ, et al. The Computerized Neurocognitive Battery: Validation, aging effects, and heritability across cognitive domains. *Neuropsychology*. 2016 Jan; 30(1):53–64. doi: 10.1037/neu0000248
25. Bryson G, Bell M, Lysaker P. Affect recognition in schizophrenia: a function of global impairment or a specific cognitive deficit. *Psychiatry Res*. 1997;71:105–113. doi: 10.1016/s0165-1781(97)00050-4
26. Levaux MN, Potvin S, Sepehry AA, et al. Computerized assessment of cognition in schizophrenia: promises and pitfalls of CANTAB. *Eur Psychiatry*. 2007 Mar;22(2):104–15. doi: 10.1016/j.eurpsy.2006.11.004
27. Tristão RM, Scafutto Marengo LA, Costa JFDD, et al. The use of the cambridge neuropsychological test automated battery for people born with Down syndrome and those born premature: A comparative systematic review. *J Intellect Disabil*. 2023 Jun; 27(2):539–567. doi: 10.1177/17446295211050460
28. Rhee TG, Shim SR, Manning J, et al. Neuropsychological Assessments of Cognitive Impairment in Major Depressive Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis with Meta-Regression. *Psychother Psychosom*. 2024;93(1):8–23. doi: 10.1159/000535665
29. Benton AL, Van Allen MW. Prosopagnosia and facial discrimination. *J Neurol Sci*. 1972 Feb;15(2):167–72. doi: 10.1016/0022-510X(72)90004-4
30. Corcoran R, Mercer G, Frith CD. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating "theory of mind" in people with schizophrenia. *Schizophr Res*. 1995 Sep; 17(1):5–13. doi: 10.1016/0920-9964(95)00024-g
31. Papsuev OO, Movina LG, Minyajcheva MV, et al. Psychometric properties of the Russian version of the "HINTINGTASK" methodology. *Social and clinical psychiatry*. 2022;32(1):13–22.
32. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, et al. The 'Reading the Mind in the Eyes' Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42:241–251.

33. McDonald S, Flanagan S, Rollins J, et al. TASIT: A new clinical tool for assessing social perception after traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2003 May-Jun; 18(3):219–38. doi: 10.1097/00001199-200305000-00001
34. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cogn Neurosci.* 1998 Sep; 10(5):640–56. doi: 10.1162/089892998562942
35. Brüne M. Theory of mind and the role of IQ in chronic disorganized schizophrenia. *Schizophr Res.* 2003 Mar 1;60(1):57–64. doi: 10.1016/s0920-9964(02)00162-7
36. Happé FG. An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *J Autism Dev Disord.* 1994 Apr; 24(2):129–54. doi: 10.1007/BF02172093
37. Castelli F, Frith C, Happé F, et al. Autism, Asperger syndrome and brain mechanisms for the attribution of mental states to animated shapes. *Brain.* 2002 Aug; 125(Pt 8):1839–49. doi: 10.1093/brain/awf189
38. Langdon R, Coltheart M. Visual perspective-taking and schizotypy: evidence for a simulation-based account of mentalizing in normal adults. *Cognition.* 2001 Nov;82(1):1–26. doi: 10.1016/s0010-0277(01)00139-1
39. Dziobek I, Fleck S, Kalbe E, et al. Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *J Autism Dev Disord.* 2006 Jul;36(5):623–36. doi: 10.1007/s10803-006-0107-0
40. Janusik LA. Profile of Nonverbal Sensitivity (PONS). Rosenthal, Hall, DiMatteo, Rogers, & Archer. 2013.
41. Costanzo M. Interpreting the expressive behavior of others: The Interpersonal Perception Task. *Journal of Nonverbal Behavior.* 1989.
42. Sergi MJ, Fiske AP, Horan WP, et al. Development of a measure of relationship perception in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2009 Mar 31;166(1):54–62. doi: 10.1016/j.psychres.2008.03.010
43. Beaudre MG, King S, Bauer I, et al. Validation of French- and English-Canadian versions of the Social Cue Recognition Test. *Can J Psychiatry.* 2002 Feb; 47(1):81–5.
44. Combs DR, Penn DL, Wicher M, et al. The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia. *Cogn Neuropsychiatry.* 2007 Mar; 12(2):128–43. doi: 10.1080/13546800600787854
45. Kierman P, Bental RP. The internal, personal and situational attributions questionnaire. *Pers Individ Dif.* 1996; 20:261–264.
46. Payne BK, Cheng CM, Gavorun O, et al. An inkblot for attitudes: affect misattribution as implicit measurement. *J Pers Soc Psychol.* 2005 Sep;89(3):277–93. doi: 10.1037/0022-3514.89.3.277
47. Porcelli S, Van Der Wee N, van der Werff S, et al. Social brain, social dysfunction and social withdrawal. *Neurosci Biobehav Rev.* 2019 Feb;97:10–33. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.09.012
48. Davidson CA, Piskulic D, Addington J, et al. Age-related trajectories of social cognition in youth at clinical high risk for psychosis: An exploratory study. *Schizophr Res.* 2018 Nov;201:130–136. doi: 10.1016/j.schres.2018.05.001
49. Depp CA, Villa J, Schembari BC, et al. Social cognition and short-term prediction of suicidal ideation in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2018;270:13–19. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.005
50. De Prisco M, Oliva V, Fico G, et al. Differences in facial emotion recognition between bipolar disorder and other clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2023 Dec 20;127:110847. doi: 10.1016/j.pnpbp.2023.110847
51. Bölte S. Social cognition in autism and ADHD. *Neurosci Biobehav Rev.* 2025 Feb;169:106022. doi: 10.1016/j.neubiorev.2025.106022
52. Lichtenstein ML, Stewart PV, Kirchner HL, et al. Exploring Social Cognition Tests to Differentiate Frontotemporal Dementia from Depression: A Two-Step Pilot Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* 2023 Apr-Jun 01;37(2):145–148. doi: 10.1097/WAD.0000000000000526
53. Senna S, Schwab B, Melo HM, et al. Social cognition and suicide-related behaviors in depression: a cross-sectional, exploratory study. *Braz J Psychiatry.* 2022 Oct 24;44(6):639–643. doi: 10.47626/1516-4446-2021-2407
54. Passardi S, Peyk P, Rufer M, et al. Impaired Recognition of Positive Emotions in Individuals with Posttraumatic Stress Disorder, Cumulative Traumatic Exposure, and Dissociation. *Psychother Psychosom.* 2018;87(2):118–120. doi: 10.1159/000486342
55. Janssen PGJ, van Est LAC, Hilbink M, et al. Social cognitive performance in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *J Affect Disord.* 2022 Jan 15;297:35–44. doi: 10.1016/j.jad.2021.09.082
56. Le Berre AP. Emotional processing and social cognition in alcohol use disorder. *Neuropsychology.* 2019 Sep;33(6):808–821. doi: 10.1037/neu0000572
57. García-Vázquez P, Seijo-Zazo E, Vilella-Martín C, et al. Social cognition interventions for adolescents with autism spectrum disorder. A systematic review. *Actas Esp Psiquiatr.* 2023 Jul;51(4):167–175.
58. Roberts DL, Penn DL. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry Res.* 2009;166(2–3):141–147. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.007
59. Gordon A, Davis PJ, Patterson S, et al. A randomized waitlist control community study of social cognition and interaction training for people with schizophrenia. *Br J Clin Psychol.* 2018;57(1):116–130. doi: 10.1111/bjc.12161
60. Lim JE, Kwon YJ, Jung SY, et al. Benefits of social cognitive skills training within routine community mental health services: evidence from a non-randomized parallel controlled study. *Asian J Psychiatry.* 2020;54:102314. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102314
61. Tang JMY, Chiu KKY, Yang C, et al. Social cognition interventions for patients with first-episode psychosis: A scoping review. *Psychiatry Res.* 2024 Dec;342:116191. doi: 10.1016/j.psychres.2024.116191
62. Papsuev OO. An integrated approach to social-cognitive interventions in working with patients with schizophrenia. *Social and clinical psychiatry.* 2015; 1:36–44. (In Russian)
63. Kuznecov SY, Kozhevnikova MY, Movina LG, et al. Dynamics of social cognition indices and apathy scale in patients with schizophrenia spectrum disorders who underwent metacognitive training. *Russian Journal of Psychiatry.* 2020;6:66–61. (In Russian)
64. Haime Z, Watson AJ, Crellin N, et al. A systematic review of the effects of psychiatric medications on social cognition. *BMC Psychiatry.* 2021 Nov 29;21(1):597. doi: 10.1186/s12888-021-03545-z

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.21.82.003>

Гоз С.П. ✉, Скугаревский О.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

СОЦИАЛЬНОЕ ОТВЕРЖЕНИЕ, ПСИХИЧЕСКАЯ БОЛЬ И СПОСОБНОСТЬ К ЭМПАТИЧЕСКОМУ РЕАГИРОВАНИЮ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция исследования, сбор материала, статистическая обработка данных, написание текста – Гоз С.П.; концепция и дизайн исследования, редактирование, одобрение статьи для публикации – Скугаревский О.А. Статья опубликована в авторской редакции.

Финансирование: авторы заявляют об отсутствии внешнего финансирования при проведении исследования.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: sofiya.hoz@mail.ru

Резюме

Введение. Социальное отвержение представляет собой серьезную угрозу для здоровья человека, о чем свидетельствуют более высокие уровни соматической и психической заболеваемости среди людей, которые не имеют устойчивых социальных связей. Отвержение способствует развитию агрессии, саморазрушительному и рискованному поведению. Социальное отвержение вызывает психическую боль, которая приводит к снижению когнитивных способностей и исполнительных функций. Социальное отвержение ассоциировано со сниженной способностью к эмпатии, в то время как более высокая способность к эмпатии у врачей связана с меньшим числом врачебных ошибок, более благоприятным исходом лечения пациента и является фактором, предупреждающим выгорание у врачей.

Цель. На основании оценки сопряженных отношений уровня переживания социального отвержения и психической боли у студентов медицинского университета установить характер взаимодействия этих параметров с академической успеваемостью и способностью к эмпатии в контексте будущей профессиональной деятельности.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 300 студентов лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета с 1 по 6 курс, из них 75,4% женщин ($n=277$) и 24,3% мужчин ($n=73$). В качестве диагностических методик использовались: многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса (IRI), шкала одиночества Дж. Де Джонг-Гирвельд (DJGLS) и опросник психической боли (MPQ).

Результаты. Переживание социального отвержения является широко распространенным феноменом, затрагивая 68% студентов БГМУ, и ассоциировано с присутствием психической боли ($r_s=0,414$; $p<0,001$), наблюдаемой у 61% респондентов. Переживание социального отвержения, наряду с психической болью, сопровождается снижением академической успеваемости ($p=0,033$), увеличением частоты пересдач ($p<0,046$) и вызывает трудности с приспособлением к эмоционально напряженным ситуациям ($p<0,001$). Также, социально отверженные студенты чаще

прибегают к приему психоактивных веществ для облегчения своего состояния ($p < 0,001$).

Большая интенсивность переживания одиночества вследствие социального отвержения и психической боли связаны со снижением децентрации ($p = 0,054$), которая отражает когнитивный аспект эмпатии. Это сопровождается снижением эмпатической заботы ($p = 0,031$) и повышением эмпатического дистресса ($p = 0,004$), что предопределяет сниженное просоциальное поведение у социально отверженных студентов.

Заключение. Данное исследование свидетельствует о том, что социальное отвержение и психическая боль являются значимыми факторами, снижающими способность к эмпатическому реагированию у студентов-медиков.

Ключевые слова: социальное отвержение, одиночество, психическая боль, эмпатия, студенты-медики

Goz S. ✉, Skugarevsky O.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Social Rejection, Mental Pain and the Ability to Respond Empathically in Medical Students

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept of the study, collection of material, statistical data processing, writing the text – Goz S.; the concept and design of the study, editing, approval of the article for publication – Skugarevsky O.

The article is published in author's edition.

Funding: the authors state that there is no external funding for the study.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: sofiya.hoz@mail.ru

Abstract

Introduction. Social exclusion poses a significant risk to overall well-being, as it is linked to higher somatic and psychiatric morbidity among people who lack strong social networks. Exclusion contributes to aggression, self-destructive behavior and risk taking. Social exclusion causes mental pain, which leads to a decrease in cognitive and executive functions. It also reduces the ability to empathize with others. On the other hand, having a high level of empathy among healthcare professionals is associated with less medical error, better clinical outcomes for patients, and prevention of burnout.

Purpose. Based on the analysis of the interconnectedness between social exclusion and psychological distress among medical students, we aim to explore the relationship between these factors and academic success, as well as the ability to empathize with others in the context of future professional performance.

Materials and methods. The study involved 300 students of the Faculty of General Medicine of the Belarusian State Medical University from the 1st to the 6th year, 75.4% of them were female ($n = 277$) and 24.3% were male ($n = 73$). Participants were assessed using

the Interpersonal Reactivity Index (IRI), De Jong Gierveld Loneliness Scale (DJGLS) and Mental Pain Questionnaire (MPQ).

Results. Perceived social exclusion is a widespread phenomenon, affecting 68% of BSMU students. It is associated with the presence of mental pain ($r_s=0.414$; $p<0.001$), observed in 61% of respondents. Experiencing social exclusion rejection, as well as mental pain, can lead to a decline in academic performance ($p=0.033$), an increase in the number of exam retakes ($p<0.046$) and causes difficulties in adapting to emotionally challenging situations ($p<0.001$). Also, socially excluded students are more likely to resort to substance use to alleviate their mental condition ($p<0.001$).

Higher rates of loneliness, as a result of perceived social exclusion and experiencing mental pain, are linked to a decrease of perspective-taking ($p=0.054$), which reflects the cognitive aspect of empathy. A decrease of empathic concern ($p=0.031$) leads to less prosocial behavior. Additionally, an increase of personal distress ($p=0.004$) is associated with an egoistic, self-oriented response aimed at avoiding emotionally difficult situations. Overall, there is a decline in empathic responding among socially excluded students.

Conclusion. This study suggests that social exclusion and mental pain are significant factors that reduce the ability of medical students to respond empathically.

Keywords: social exclusion, loneliness, mental pain, empathy, medical students

■ ВВЕДЕНИЕ

Потребность в принадлежности – это фундаментальная человеческая мотивация [1]. Ощущение социальной принадлежности тесно связано с общим благополучием, лучшей способностью справляться со стрессом и, при наличии заболевания, более благоприятным прогнозом для жизни в его исходе [2, 3].

Переживание социального отвержения, как правило, является следствием исключения, отвержения или изоляции от желаемых отношений или групп. Этот конструкт включает в себя также и социально-психологические процессы, посредством которых отвержение реализуется [4]. Одиночество – субъективная оценка индивидом своей социальной вовлеченности или социальной изоляции [5]. Отсутствие прочных социальных связей представляет собой серьезную угрозу для соматического и психического здоровья человека, являясь таким же значительным фактором риска, как курение или избыточная масса тела [6]. Так, общий риск смертности из-за одиночества и социальной изоляции сопоставим с «легким курением» (порядка 15 сигарет в день) и превышает риски, связанные с ожирением и повышенным артериальным давлением [3]. В целом, одиночество, как переживание социального отвержения, ассоциировано с развитием артериальной гипертензии, ожирения, деменции и повышением сердечно-сосудистого риска. Существует связь между социальной изоляцией и возникновением депрессивной симптоматики и тревоги. Кроме того, одиночество – фактор риска алкоголизма и суицидального поведения [7–9].

Значимость социальных последствий феномена социального отвержения определяется тем, что оно способствует развитию агрессии, рискованному,

саморазрушительному и преступному поведению субъекта [10–12]. Помимо этого, социально отверженные люди демонстрируют сниженную вовлеченность в просоциальное поведение, включая сотрудничество, сопереживание и оказание помощи. Этот контекст, в свою очередь, является фундаментальным в сфере медицинской деятельности. Дефицитарность просоциального поведения, обусловленная социальным отвержением, может быть существенным препятствием для реализации будущего врача-специалиста, затрудняя его перспективную социальную интеграцию [13].

Установлена причинно-следственная связь, в рамках которой социальное отвержение способствует переживанию индивидом психической боли [14, 15]. Психическая боль – это широкий спектр негативных переживаний, характеризующихся восприятием негативных изменений в себе и своем функционировании, которые сопровождаются сильными негативными чувствами [16]. Боль, вызываемая социальным отвержением, сопряжена с нарушением когнитивного функционирования человека, а именно: логического мышления, формирования причинно-следственных связей, обработки и воспроизведения сложной информации, поскольку существует необходимость направлять ресурсы саморегуляции на подавление боли [17].

Это может вызывать большие затруднения в процессе учебной деятельности социально отверженных лиц, нежели у их социально принятых коллег, и приводить к снижению академической успеваемости, увеличению числа ошибок на рабочем месте. Важным является то, что студенты-медики, переживающие социальное отвержение, как правило, уже со студенческой скамьи, являются кадрами системы здравоохранения – средним и младшим медицинским персоналом – и реализация негативных последствий социального отвержения происходит в настоящем времени, а не только в будущем.

Несмотря на то, что снижение способности к эмпатии у студентов медицинских университетов является универсальным феноменом, наблюдаемым по всему миру, исследования причин данного явления остаются немногочисленными. К ним относят преимущественно внешние факторы: высокую нагрузку, большой объем материалов для изучения, нехватку времени, конкуренцию, несправедливость в выставлении оценок и даже приоритет биомедицинских знаний [18, 19]. Но ничего из этого не отвечает на вопрос: что является модифицирующим фактором, определяющим, проявится ли эффект данных обстоятельств?

Исследования показывают, что цинизм, десенсиитизация к чужой боли и эмоциональное дистанцирование прогрессивно развиваются в процессе обучения медиков как защитные механизмы против эмоционального истощения. Тем не менее, уровень цинизма имеет позитивную корреляцию с уровнем выгорания, что свидетельствует о неэффективности данного метода самозащиты [20, 21]. Выгорание приводит к более низкому уровню эмпатического реагирования, и вместе с тем более низкий уровень способности к эмпатии является фактором развития выгорания [22]. В то же время, сострадание к пациенту, наличие эмоциональной связи между врачом и пациентом, способны разорвать этот порочный круг и являются эффективными способами снижения выгорания у медицинских работников, с одной стороны, и повышения качества оказания медицинской помощи, с другой [20, 23].

Способность к эмпатии у врачей связана с меньшим числом врачебных ошибок, более благоприятным исходом лечения, а также с благополучием самих врачей [23–26]. Немаловажно и то, что сострадание врача является фактором удовлетворенности пациента оказанной помощью и повышает приверженность к лечению [27, 28].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании оценки сопряженных отношений уровня переживания социально-го отвержения и психической боли у студентов медицинского университета, установить характер взаимодействия этих параметров с академической успеваемостью и способностью к эмпатии в контексте будущей профессиональной деятельности.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Было проведено поперечное сплошное обсервационное исследование. Данные были получены методом анонимного онлайн-анкетирования. Критерии включения: наличие $3 \geq$ баллов по шкале одиночества Дж. Де Джонг-Гирвельд (DJGLS), $1 \geq$ балл по шкале психической боли (MPQ), согласие на участие в исследовании. Из выборки исключались лица: имеющие ≤ 2 и менее баллов по шкале одиночества Дж. Де Джонг-Гирвельд (DJGLS), < 1 балла по шкале психической боли (MPQ).

В исследовании приняли участие 300 студентов лечебного факультета Белорусского государственного медицинского университета с 1 по 6 курс, из них 75,4% женщин ($n=277$) и 24,3% мужчин ($n=73$). Средний возраст респондентов составил 20,18 лет ($\pm 2,565$). Распределение респондентов по курсам: 37,33% 1–2 курс ($n=112$), 30,0% 3–4 курс ($n=90$), 32,67% 5–6 курс ($n=98$).

В качестве диагностических методик использовались: многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса (IRI), шкала одиночества Дж. Де Джонг-Гирвельд (DJGLS) и опросник психической боли (MPQ) обладающие доказательной эффективностью для использования в рамках настоящего исследования [36–40].

Многофакторный опросник эмпатии М. Дэвиса (IRI) содержит 4 шкалы, каждая из которых оценивает отдельные аспекты эмпатии:

- Шкала децентрации (Perspective taking, PT). Оценивает тенденцию восприятия, понимания, учета, принятия в расчет точки зрения, опыта другого человека;
- Шкала фантазии (Fantasy, FS). Отражает тенденцию к воображаемому перенесению себя в чувства и действия вымышленных героев книг, фильмов, спектаклей и т. д.;
- Шкала эмпатической заботы (Empathic concern, EC). Оценивает чувства, направленные на другого, симпатии и сочувствия к несчастьям других, желания помочь;
- Шкала эмпатического дистресса (Personal distress, PD). Измеряет чувства собственной тревоги и дискомфорта, возникающие в напряженном межличностном взаимодействии, при наблюдении переживаний других людей.

Необходимо отметить, что более высокие показатели эмпатического дистресса имеют отрицательную корреляцию с эффективным социальным взаимодействием и сопровождаются эгоистичным, ориентированным на себя поведением, а также тенденциями к избеганию ситуации, вызывающей дистресс [29, 32, 33].

Шкала одиночества Дж. Де Джонг-Гирвельд характеризует одиночество как восприятие, переживание и оценку своей социальной изоляции. Она содержит 2 подшкалы: социального одиночества, отображающего ограниченность социальных контактов, и эмоционального одиночества, которое характеризует переживание нехватки близких отношений [30, 35]. Шкала широко используется для оценки переживания социальной изоляции и включает такие утверждения, как: «Я часто чувствую себя отвергнутым», «Я считаю свой круг друзей и знакомых слишком узким», «Мне не хватает людей вокруг меня» [35–39].

Опросник психической боли (MPQ) оценивает присутствие психической боли и ее ключевые характеристики: чувство «разбитости», беспомощности, безнадежности, пустоты, локализацию боли, ее длительность и связь с жизненными событиями, потерю смысла жизни, восприятие необратимости боли и наличие суицидальных идей (см. таблицу) [31, 34].

Был проведен анализ надежности русскоязычной версии опросника психической боли (MPQ). Коэффициент α -Кронбаха $\alpha=0,801$, что свидетельствует о достаточной надежности данного теста.

Опросник психической боли **Mental pain questionnaire**

Вопросы	Варианты ответа
Я чувствую боль	Да/нет
Мое сердце разбито	Да/нет
Я никогда больше не обрету то, что потерял(а)	Да/нет
Моя боль везде	Да/нет
Моя боль всегда со мной	Да/нет
Я не понимаю, почему я чувствую эту боль	Да/нет
Я опустошен(а)	Да/нет
Моя жизнь не имеет смысла	Да/нет
Моя боль никогда не уйдет	Да/нет
Единственный способ остановить мою боль – это смерть	Да/нет

Статистическая обработка результатов проводилась посредством IBM SPSS Statistics 25 с использованием методов описательной статистики, корреляционного анализа, однофакторного дисперсионного анализа, ковариационного анализа с учетом характера распределения данных.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ

Социальное отвержение и академическая успеваемость

Субъективное переживание одиночества, репрезентирующего социальное отвержение, оказалось распространенным феноменом среди студентов БГМУ. Было установлено, что среди 300 студентов «не одинокими» себя оценивают 32% ($n=96$) против 68% «одинокими» ($n=204$), из которых «умеренно одинокими» 49,7% ($n=149$),

«тяжело одиноких» 13% ($n=39$) и «очень тяжело одиноких» 5,3% ($n=16$). Также, переживание социального отвержения было сопряжено с уровнем психической боли ($r_s=0,414$; $p<0,001$), присутствовавшей в 183 случаях (61%).

У респондентов с более высоким уровнем переживания социального отвержения снижалась академическая успеваемость ($p=0,033$) и увеличивалась частота пересдач ($p=0,046$). Это подтверждает гипотезу о том, что затруднение когнитивного функционирования, связанное с болью от социального отвержения, может, хотя бы отчасти, предопределять трудности для процесса обучения. Помимо этого, социально отверженные студенты хуже справляются с учебой ($p<0,001$) и испытывают большую интенсивность переживаний в результате пересдач ($p=0,007$).

Психическая боль оказала влияние на то, насколько сложной респондент оценивал учебу в БГМУ ($p=0,021$). Студенты, испытывающие психическую боль, оценивают учебу как более сложную и хуже справляются с ней.

Социальное отвержение и факторы благополучия

Дополнительно оценивался прием психоактивных веществ (ПАВ) респондентами по ответу на вопрос: «Иногда люди, попадающие в затруднительную ситуацию, прибегают к приему психоактивных веществ (алкоголь, никотин, кофеин и пр.) для облегчения своего состояния. Укажите, в какой степени по шкале от 1 до 5 это похоже на Вас». Социально отверженные студенты прибегали к приему ПАВ для облегчения своего состояния чаще ($p<0,001$), чем социально принятые студенты (рис. 1). Аналогичные результаты последовали при оценке приема ПАВ и уровня психической боли ($p<0,001$).

Несмотря на то, что не было установлено достоверной связи между средним уровнем дохода и социальным отвержением, меньшая удовлетворенность материальным положением наблюдалась как при переживании социального отвержения, ($p<0,001$) так и при наличии психической боли ($p=0,001$).

Социальное отвержение и эмпатия

Были обнаружены половые различия при оценке уровня эмпатии. У мужчин показатели шкал были ниже по всем параметрам, нежели у женщин: РТ (децентрация) ($p=0,005$), FS (фантазия) ($p=0,002$), ЕС (эмпатическая забота) ($p=0,011$), PD (эмпатический дистресс) ($p<0,001$), что согласуется с результатами предшествующих исследований [41–43].

Социальное отвержение оказало влияние на шкалу РТ (децентрация) ($p=0,054$), значение которой снижалось при более высоком уровне одиночества (рис. 2). Влияние дохода, как ковариаты, на связь одиночества и децентрации значительно увеличивало достоверность связи ($p=0,007$). Предполагается, что низкий уровень дохода является дополнительным фактором, опосредующим психическую боль, способствуя снижению эмпатического реагирования.

Социальное отвержение также оказалось сопряжено со шкалой ЕС (эмпатическая забота) ($p=0,031$). При этом более высокие показатели субъективно переживаемого

одинокости в связи с отверженностью были сопряжены со снижением уровня эмпатической заботы, что может предопределять сниженное помогающее поведение у социально отверженных студентов.

Результаты оценки по шкале PD (эмпатический дистресс) были сопряжены с тем, насколько сложной респондент оценивает учебу в БГМУ ($p < 0,001$) и справляется ли он с ней ($p < 0,001$). При повышении значения PD также повышалась интенсивность переживаний из-за пересдачи ($p < 0,001$) или получения негативной оценки ($p < 0,001$). В целом, это указывает на трудности в процессе обучения и менее эффективное

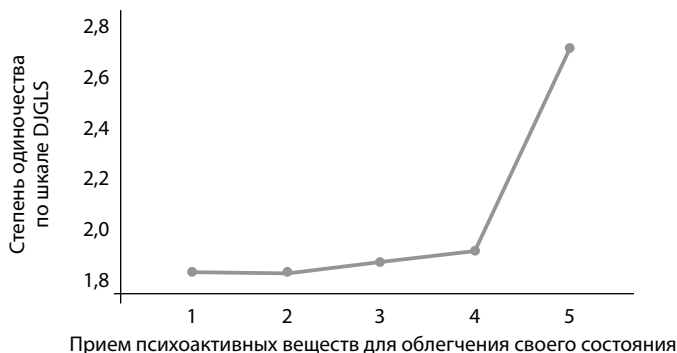


Рис. 1. Сопряженность приема психоактивных веществ для облегчения своего состояния с уровнем переживания одиночества

Fig. 1. The association between substance use for alleviation of one's condition with the level of loneliness

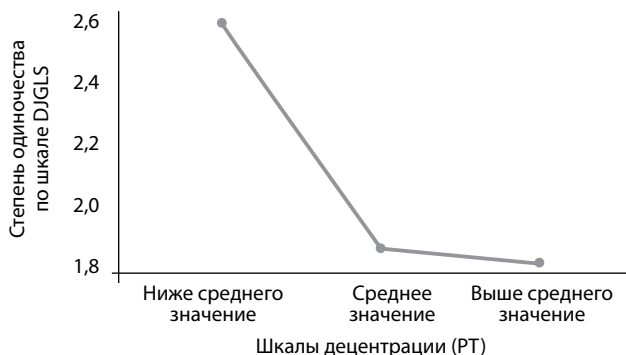


Рис. 2. Взаимосвязь между показателями шкалы децентрации (PT) и уровнем переживания одиночества

Fig. 2. The relationship between the results of the perspective-taking scale and the level of loneliness

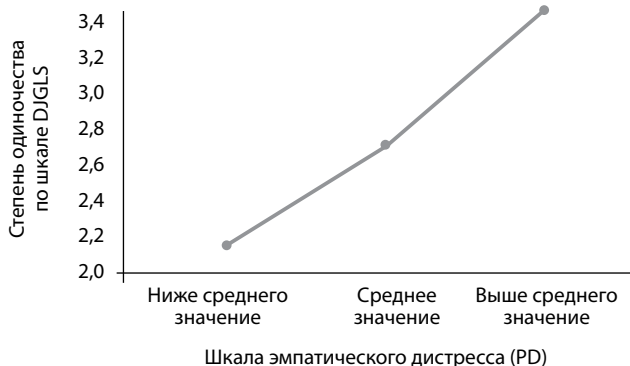


Рис. 3. Взаимосвязь между показателями шкалы эмпатического дистресса (PD) и уровнем переживания одиночества

Fig. 3. The relationship between the results of the personal distress scale and the level of loneliness

совладание с эмоционально напряженными ситуациями в рамках учебной деятельности. При этом, показатели PD росли ($p=0,004$) при повышении уровня одиночества, но, как было отмечено ранее, это способствует ориентированному на себя, эгоистичному поведению, направленному на избегание ситуации, вызывающей дистресс, нежели на помогающее поведение (рис. 3). Низкий уровень дохода также увеличивал достоверность связи между эмпатическим дистрессом и переживанием отвержения ($p<0,001$). Аналогичным образом, показатель PD был сопряжен с психической болью ($p=0,001$). Однако, уровень PD снижался при наличии подработки в учреждении здравоохранения ($p=0,038$), что благоприятно влияет на просоциальное поведение.

■ ОБСУЖДЕНИЕ

Социальное отвержение является широко распространенным феноменом, затрагивая 68% студентов БГМУ. Оно тесно сопряжено с присутствием психической боли (61%), что соответствует результатам предшествующих исследований [14, 15]. Известно, что боль, вызываемая социальным отвержением, сопряжена с нарушением когнитивного функционирования человека, а именно: логического мышления, формирования причинно-следственных связей, обработки и воспроизведения сложной информации, поскольку существует необходимость направлять ресурсы саморегуляции на подавление боли. Согласно гипотезе, у социально отверженных студентов наблюдается более низкая академическая успеваемость, нежели у их социально принятых коллег, что может вызывать затруднения в будущем профессиональном становлении врача.

Социально отверженные студенты чаще прибегают к приему ПАВ для облегчения своего состояния, что может приводить к развитию аддикций и еще большей дезадаптации. Одиночество является известным фактором, связанным с развитием зависимостей [7, 44, 45]. Присутствие аддикции у врачей ассоциировано с развитием выгорания, депрессией и суицидальными идеациями, что свидетельствует о важности установленной связи и вызывает необходимость более внимательного рассмотрения вопроса [46, 47].

Кроме того, удовлетворенность материальным состоянием является одним из факторов благополучия, и ее снижение отмечается как при переживании отвержения, так и психической боли.

Снижение способности к эмпатии у студентов медицинских университетов наблюдается по всему миру, однако, к причинам данного явления обычно относят такие факторы, как напряженная рабочая обстановка, большой объем материалов для изучения, нехватка времени, конкуренция, несправедливость в выставлении отметок, сложность обучения и приоритет биомедицинских знаний [18, 19]. Рассмотрение социального отвержения и психической боли как факторов, способствующих снижению эмпатии у студентов-медиков, еще не получало должного внимания в исследованиях, несмотря на широкую распространенность феноменов. Социальное отвержение снижает как когнитивные, так и аффективные элементы эмпатии, что приводит к снижению просоциального поведения и повышению дистресса при взаимодействии с эмоционально напряженными ситуациями. Это может быть существенным препятствием для профессиональной деятельности будущего врача-специалиста, поскольку способствуют развитию выгорания, менее благоприятным исходам лечения, снижению комплаентности и, что немаловажно, уменьшению удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью [23–28].

Данное исследование свидетельствует о том, что социальное отвержение и психическая боль являются значимыми факторами, снижающими способность к эмпатическому реагированию у студентов-медиков, а также позволяет определить направленность профилактических вмешательств для предотвращения последствий социального отвержения. В связи с этим возникает необходимость более детального изучения проблемы и проведение дальнейших исследований.

■ ВЫВОДЫ

1. Субъективное переживание одиночества, репрезентирующего социальное отвержение, оказалось распространенным феноменом среди студентов БГМУ. Было установлено, что среди 300 студентов 68% оценивают себя «одинокими».
2. Также переживание социального отвержения было сопряжено с уровнем психической боли ($r_s=0,414$; $p<0,001$), присутствовавшей в 61% случаев.
3. Переживание социального отвержения, наряду с психической болью, действительно сопровождается снижением академической успеваемости ($p=0,033$), увеличением частоты пересдач ($p<0,046$) и вызывает трудности с приспособлением к эмоционально напряженным ситуациям ($p<0,001$).

4. Социально отверженные студенты чаще прибегают к приему ПАВ для облегчения своего состояния ($p < 0,001$).
5. Более высокие показатели переживания одиночества как следствия социального отвержения и психической боли связаны со снижением децентрации ($p = 0,054$), которая отражает когнитивный аспект эмпатии, а также снижением эмпатической заботы ($p = 0,031$) и повышением эмпатического дистресса ($p = 0,004$), что предопределяет сниженное просоциальное поведение у социально отверженных студентов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull.* 1995 May;117(3):497–529.
2. Cohen S, Sherrod DR, Clark MS. Social skills and the stress-protective role of social support. *J Pers Soc Psychol.* 1986 May;50(5):963–73.
3. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010 Jul 27;7(7):e1000316.
4. Abrams D, Christian JN, Gordon D. *Multidisciplinary Handbook of Social Exclusion Research.* John Wiley & Sons, Ltd. 2009
5. De Jong Gierveld J, Van Tilburg T. A 6-Item Scale for Overall, Emotional, and Social Loneliness: Confirmatory Tests on Survey Data. *Research on Aging.* 2006;28(5):582–598.
6. House JS, Landis KR, Umberson D. Social relationships and health. *Science.* 1988 Jul 29;241(4865):540–5.
7. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, et al. Loneliness: clinical import and interventions. *Perspect Psychol Sci.* 2015 Mar;10(2):238–49.
8. Mann F, Wang J, Pearce E, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022 Nov;57(11):2161–2178.
9. Penninkilampi R, Casey AN, Singh MF, Brodaty H. The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis.* 2018;66(4):1619–1633.
10. Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Twenge JM. Social exclusion impairs self-regulation. *J Pers Soc Psychol.* 2005 Apr;88(4):589–604.
11. Brinker V, Dewald-Kaufmann J, Padberg F, Reinhard MA. Aggressive intentions after social exclusion and their association with loneliness. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2023 Aug;273(5):1023–1028. doi: 10.1007/s00406-022-01503-8
12. Leary MR, Kowalski RM, Smith L, et al. Teasing, rejection, and violence: Case studies of the school shootings. *Aggressive Behavior.* 2003;29(3):202–214.
13. Twenge JM, Baumeister RF, DeWall CN, et al. Social exclusion decreases prosocial behavior. *J Pers Soc Psychol.* 2007 Jan;92(1):56–66. (Bernstein)
14. MJ, Claypool HM. Social exclusion and pain sensitivity: why exclusion sometimes hurts and sometimes numbs. *Pers Soc Psychol Bull.* 2012 Feb;38(2):185–96.
15. Eisenberger NJ, Lieberman MD, Williams KD. Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science.* 2003 Oct 10;302(5643):290–2.
16. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, et al. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat Behav.* 2003 Fall;33(3):219–30.
17. Baumeister RF, Twenge JM, Nuss CK. Effects of social exclusion on cognitive processes: anticipated aloneness reduces intelligent thought. *J Pers Soc Psychol.* 2002 Oct;83(4):817–27.
18. Kim SA, Lee YM, Hamann S, et al. Differences in empathy toward patients between medical and nonmedical students: an fMRI study. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2021 Oct;26(4):1207–1227. doi: 10.1007/s10459-021-10045-y
19. Howick J, Dudko M, Feng SN, et al. Why might medical student empathy change throughout medical school? a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Educ.* 2023 Apr 24;23(1):270. doi: 10.1186/s12909-023-04165-9
20. Cairns P, Isham AE, Zachariae R. The association between empathy and burnout in medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med Educ.* 2024 Jun 7;24(1):640.
21. Cecil J, McHale C, Hart J, et al. Behaviour and burnout in medical students. *Med Educ Online.* 2014;19:25209.
22. Williams B, Lau R, Thornton E, et al. The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review. *Psychol Res Behav Manag.* 2017 Nov 27;10:329–337. doi: 10.2147/PRBM.S145810
23. Thirioux B, Birault F, Jaafari N. Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front Psychol.* 2016 May 26;7:763.
24. Hojat M, Louis DZ, Markham FW, et al. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Acad Med.* 2011 Mar;86(3):359–64. doi: 10.1097/ACM.0b013e3182086fe1

25. Wang Q, Wang L, Shi M, et al. Empathy, burnout, life satisfaction, correlations and associated socio-demographic factors among Chinese undergraduate medical students: an exploratory cross-sectional study. *BMC Med Educ*. 2019 Sep 6;19(1):341.
26. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423–33.
27. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. *Eval Health Prof*. 2004 Sep;27(3):237–51. doi: 10.1177/0163278704267037
28. Zachariae R, Pedersen CG, Jensen AB, et al. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *Br J Cancer*. 2003 Mar 10;88(5):658–65.
29. Karyagina TD, Budagovskaya NA, Dubrovskaya SV. Adaptation of the Interpersonal Reactivity Index (M. Davis). *Consultative Psychology and Psychotherapy*, 2013;1. (In Russian)
30. Kryukova TL, Ekimchik OA, Opekina TP. *Psychology of coping with difficulties in close (interpersonal) relationships*. Kostroma: KSU, 2019. (In Russian)
31. Fava GA. *Well-being therapy: treatment manual and clinical applications*. Basel: Karger; 2016.
32. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983;44(1):113–126.
33. Eisenberg N, Fabes RA, Miller PA, et al. Relation of sympathy and personal distress to prosocial behavior: a multimethod study. *J Pers Soc Psychol*. 1989 Jul;57(1):55–66. doi: 10.1037//0022-3514.57.1.55
34. Fava GA, Tomba E, Brakemeier EL, et al. Mental Pain as a Transdiagnostic Patient-Reported Outcome Measure. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2019;88:341–349.
35. De Jong-Gierveld J, Kamphuis F. The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 1985;9:289–99.
36. Elmer EM, van Tilburg T, Fokkema T. Minority Stress and Loneliness in a Global Sample of Sexual Minority Adults: The Roles of Social Anxiety, Social Inhibition, and Community Involvement. *Arch Sex Behav*. 2022 May;51(4):2269–2298. doi: 10.1007/s10508-021-02132-3
37. Hajek A., König HH. The association between use of online social networks sites and perceived social isolation among individuals in the second half of life: results based on a nationally representative sample in Germany. *BMC Public Health*. 2019;19:40.
38. Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants: Approach for primary care. *Can Fam Physician*. 2020 Mar;66(3):176–182.
39. Urbaniak A, Walsh K, Batista LG, et al. Life-course transitions and exclusion from social relations in the lives of older men and women. *J Aging Stud*. 2023 Dec;67:101188.
40. Goldman N, Khanna D, El Asmar ML, et al. Addressing loneliness and social isolation in 52 countries: a scoping review of National policies. *BMC Public Health*. 2024 May 1;24(1):1207. doi: 10.1186/s12889-024-18370-8
41. Kataoka HU, Koide N, Ochi K, et al. Measurement of empathy among Japanese medical students: psychometrics and score differences by gender and level of medical education. *Acad Med*. 2009;84:1192–1197.
42. Wen D, Ma X, Li H, et al. Empathy in Chinese medical students: psychometric characteristics and differences by gender and year of medical education. *BMC Med Educ*. 2013;13:130. doi: 10.1186/1472-6920-13-130
43. Santos MA, Grosseman S, Morelli TC, et al. Empathy differences by gender and specialty preference in medical students: a study in Brazil. *Int J Med Educ*. 2016 May 21;7:149–53. doi: 10.5116/ijme.572f.115f
44. Schafer KM, Wilson-Lemoine E, Campione M, et al. Loneliness partially mediates the relation between substance use and suicidality in Veterans. *Mil Psychol*. 2025 Jan 2;37(1):85–94.
45. Bonar EE, Walton MA, Carter PM, et al. Longitudinal within- and between-person associations of substance use, social influences, and loneliness among adolescents and emerging adults who use drugs. *Addict Res Theory*. 2022;30(4):262–267.
46. Oreskovich MR, Shanafelt T, Dyrbye LN, et al. The prevalence of substance use disorders in American physicians. *Am J Addict*. 2015 Jan;24(1):30–8.
47. Ryan E, Hore K, Power J, et al. The relationship between physician burnout and depression, anxiety, suicidality and substance abuse: A mixed methods systematic review. *Front. Public Health*. 2023;11:1133484. doi: 10.3389/fpubh.2023.1133484

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.24.88.004>
УДК 616.98- 008.441.13-08

Валюженич Ю.В. ✉, Григорьева И.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ ПУТЕМ ИНДИВИДУАЛИЗАЦИИ ПОДБОРА. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, внесение окончательной правки – Валюженич Ю.В.; обсуждение результатов, редактирование текста – Григорьева И.В. Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: doctorvaluzhenich@gmail.com

Резюме

Цель. Обзор и анализ программ реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, осуществляемых в Республике Беларусь, странах СНГ и мире.

Материалы и методы. В статье представлен обзор программ реабилитации, осуществляющихся в настоящее время, которые имеют ряд различий по интенсивности воздействия, объему полученных реабилитационных мероприятий и длительности их проведения, затраченной стоимости. Эффективной моделью реабилитации в настоящее время является модель, основанная на мультидисциплинарном подходе. В отечественной наркологии главным показателем эффективности реабилитации являются следующие показатели: стойкость, отсутствие рецидивов, длительность ремиссии, которые в совокупности формируют ремиссии высокого качества. Научные исследования подтверждают, что формирование ремиссии высокого качества достижимо в тех случаях, когда полный отказ от алкоголя у пациента сопровождается в процессе реабилитации восстановлением социального функционирования. Зарубежные исследователи считают выздоровление у зависимых от алкоголя постоянным бесконечным процессом, который осуществим при наличии долгосрочной поддержки таких лиц. Особую роль в последнее время приобретают стационарозамещающие технологии в форме амбулаторной реабилитации, которая является малозатратной в экономическом плане. Большинство ученых поддерживают мнение, что реабилитация зависимых от алкоголя лиц – длительный многоуровневый процесс. Комплексный реабилитационный и ресоциализационный процесс, осуществляемый на разных организационных уровнях, формирует многоуровневую систему взаимодействия: зависимых от ПАВ лиц со специалистами системы здравоохранения, членами семьи, законных и экономических структур. Изменения в сторону улучшения на одном из уровней этой системы могут привести к улучшению функционирования всей системы в целом.

Результаты. В настоящее время необходима разработка методологии подбора программ реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя на амбулаторных и стационарных этапах и оценка их эффективности с учетом адаптивности и субъективной удовлетворенности пациентов реабилитацией.

Ключевые слова: реабилитация, синдром зависимости от алкоголя, наркология, ремиссия, эффективность

Valiuzhenich Y. ✉, Grigorieva I.

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

Efficiency of Rehabilitation Programs for Patients with Alcohol Dependence Syndrome by Individualization of Selection. Literature Review

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, collection and processing of materials, analysis of the obtained results, analysis of the obtained data, final editing – Valiuzhenich Y.; discussion of the results, editing of the text – Grigorieva I.
The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: doctorvaluzhenich@gmail.com

Abstract

Purpose. Review and analysis of rehabilitation programs for patients with alcohol dependence syndrome, implemented in the Republic of Belarus, the CIS countries and the world.

Materials and methods. The article presents an overview of rehabilitation programs currently being implemented, which have a number of differences in the intensity of impact, the volume of rehabilitation measures received and the duration of their implementation, and the cost spent. An effective rehabilitation model is currently a model based on a multidisciplinary approach. In domestic narcology, the main indicators of rehabilitation effectiveness are the following: stability, absence of relapses, duration of remission, which together form high-quality remissions. Scientific research confirms that the formation of high-quality remission is achievable in cases where the patient's complete abstinence from alcohol is accompanied by the restoration of social functioning during the rehabilitation process. Foreign researchers consider recovery of alcohol addicts to be a constant endless process, which is feasible with long-term support of such individuals. Recently, hospital-substituting technologies in the form of outpatient rehabilitation, which is economically low-cost, have acquired a special role. Most scientists support the opinion that rehabilitation of alcohol-dependent individuals is a long-term multi-level process. The complex rehabilitation and resocialization process, carried out at different organizational levels, forms a multi-level system of interaction: individuals dependent on psychoactive substances with health care system specialists, family members, legal and economic

structures. Improvements at one level of this system can lead to improved functioning of the entire system as a whole.

Results. At present, it is necessary to develop a methodology for selecting rehabilitation programs for patients with alcohol dependence syndrome at the outpatient and inpatient stages and to evaluate their effectiveness taking into account the adaptability and subjective satisfaction of patients with rehabilitation.

Keywords: rehabilitation, alcohol dependence syndrome, narcology, remission, effectiveness

■ ВВЕДЕНИЕ

Зависимость от алкоголя представляет одну из серьезнейших проблем для мирового сообщества в 21 веке. По оценке Global Burden of Disease (GBD), которые включают наиболее тяжелые случаи, 1,4% населения страдает от злоупотребления алкоголем. Рост числа людей по всему миру, имеющих проблемы в связи с употреблением алкоголя, можно рассматривать как своеобразную незаметную «эпидемию». Данная патология чаще всего развивается у молодежи и людей трудоспособного возраста, что влечет значительный социально-экономический ущерб и приводит к преждевременной смерти [7].

Согласно представленному докладу о состоянии здравоохранения в Европе 2024 в Европейском регионе отмечается самый высокий в мире уровень потребления алкоголя, составляющий в среднем 8,8 л чистого спирта на взрослого человека в год [25].

Показатель охвата лечением пациентов с расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, находится на критически низком уровне и составляет от 1,2 до 13,8% относительно нарушений здоровья, связанных с употреблением алкоголя [25].

Флагманская инициатива «Коалиция по охране психического здоровья» [24] в рамках Европейской программы работы на 2020–2025 гг. «Совместные действия для улучшения здоровья» [20] стимулировала активные действия по ликвидации пробелов в сфере охраны психического здоровья. В большинстве государств-членов были разработаны комплексные стратегии охраны психического здоровья; тем не менее сохраняются сложности, связанные с оценкой этих стратегий [20, 24].

Данные исследований [13, 19] показывают, что реабилитация зависимых от алкоголя лиц обладает большим потенциалом в плане предотвращения дорогостоящей госпитализации и сокращения времени пребывания в стационаре, снижения числа случаев повторной госпитализации и уменьшения риска развития осложнений вследствие различных проблем со здоровьем. Улучшая физические, умственные и социальные функции индивида и его способность участвовать в повседневной жизнедеятельности, такой подход помогает снижать расходы на дальнейшую помощь и способствует участию зависимых от алкоголя лиц в социальном процессе и экономической деятельности.

Реабилитация является важной составляющей всеобщего охвата услугами здравоохранения и представляет собой одну из ключевых стратегий в области устойчивого развития – «обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» [20].

Эффективная система наркологической помощи пациентам с синдромом зависимости от алкоголя на сегодняшний день является одной из наиболее приоритетных задач во всем мировом сообществе [27].

Синдром зависимости от алкоголя представляет собой многофакторное хроническое заболевание. Комплексный подход в лечении и реабилитации данной патологии подразумевает необходимость коррекции медицинских, психологических, социальных и духовных аспектов [22].

Этапность реабилитационных процессов в Республике Беларусь и странах СНГ

Согласно большому числу исследований [1, 4, 13, 15, 19, 28] структурированное лечение синдрома зависимости от алкоголя заключается в следующих этапах: медикаментозное лечение синдрома зависимости от алкоголя, реабилитация и постреабилитационное сопровождение пациентов.

В Республике Беларусь реабилитация осуществляется в соответствии с Постановлением Совета министров Республики Беларусь от 21 марта 2024 г. № 199 «О медицинской и социальной реабилитации лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией». Медицинская и социальная реабилитация состоит из трех этапов: предреабилитационный; реабилитационный; постреабилитационный [21].

Первым этапом лечения, проводимым в условиях медицинского учреждения, является выведение токсических веществ из организма и **медикаментозная поддержка зависимых от алкоголя лиц**. Она направлена на купирование состояния отмены и воздержание от употребления алкоголя и длится от 7 до 14 дней.

Реабилитация представляет собой комплекс мер, способствующих восстановлению физического, психического, социального и духовного функционирования пациента с синдромом зависимости от алкоголя, и направлена на профилактику рецидива [1, 15, 28]. Она осуществляется в двух основных формах: с проживанием в реабилитационном центре (стационарная) и дневная реабилитационная программа (амбулаторная). Стационарные программы реабилитации по длительности пребывания подразделяются на краткосрочные (до 30 дней) и долгосрочные (от 6 месяцев до 1 года).

В США, Италии, Польше, Великобритании наиболее используемой и эффективной моделью является реабилитация по принципу терапевтического сообщества. Длительностью 3-6 месяцев. Во время прохождения данной стационарной реабилитации пациенты вновь обучаются трезвому образу жизни и осваивают утраченные социальные навыки и умения. Взаимодействия между медицинским персоналом и пациентами строятся на основе партнерства без доминирования и гиперопеки. Пациенты полностью включены во все виды бытовой занятости. Самообслуживание и самообеспечение является неотъемлемой составляющей, данного вида реабилитации. Новая

модель поведения закрепляется развитием новых ценностных ориентиров и кардинального изменения стиля жизни [8, 9, 18].

Дневные программы реабилитации направлены на осознание и изменение пациентами деструктивных форм поведения и профилактики рецидива. Данные цели достигаются с помощью информационно-просветительских занятий, групповых и индивидуальных психотерапевтических сессий на основе когнитивно-поведенческой психотерапии, семейных консультаций, взаимодействия с социальными службами по жилищным вопросам и дальнейшему трудоустройству. Амбулаторная реабилитация чаще всего становится следующим этапом после стационарного этапа реабилитации. Однако в ряде случаев амбулаторная реабилитация выступает альтернативой для тех, кто не может по ряду причин круглосуточно находиться в реабилитационном центре [8, 18].

После завершения основной программы реабилитации наступает постреабилитационный период с необходимой поддержкой зависимых лиц. Его продолжительность варьирует от месяца до нескольких лет. Целью постреабилитационного периода является сохранение и закрепление приобретенных умений и навыков пациентами посредством телефонного общения со специалистами, периодического посещения наркологического учреждения, участия в группах самопомощи терапевтических сообществ [9, 18].

В Германии, Италии, Швеции, Нидерландах помощь пациентам с синдромом зависимости от алкоголя наряду с государственными медицинскими учреждениями оказывают еще негосударственные учреждения, лечебницы при фондах и социальные службы [8, 9, 18].

В статье приведен нормативный обзор литературы по вопросу эффективности программ реабилитации, проводимых лицам с зависимостью от алкоголя.

Главной целью лечения пациентов с синдромом зависимости от алкоголя является достижение трезвости. Самая актуальная задача современной наркологии - достижение стабильной ремиссии высокого качества у зависимых от алкоголя лиц.

Прохождение реабилитации в условиях профильного наркологического центра способствует формированию качественной ремиссии у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя и восстановлению психического и физического здоровья, личного и социального статуса.

Виды реабилитации в Республике Беларусь и Российской Федерации

В Российской Федерации и Республике Беларусь в настоящее время реализуются два основных вида реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя: стационарная и амбулаторная.

Стационарная реабилитация предполагает круглосуточное нахождение пациента в специализированном наркологическом центре под наблюдением квалифицированных специалистов: психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников. Данный вид помощи включает различные реабилитационные мероприятия: медикаментозное лечение, психокоррекционные и психотерапевтические

сеансы (направлены на выявление и устранение психологических причин зависимости, обучение навыкам здорового образа жизни), социальная реабилитация (направленная на адаптацию к жизни без зависимости и восстановлению утраченных социальных навыков), работу в группах самопомощи (изучение 12-шаговой программы). Длительность стационарной реабилитации может варьировать в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и стадии зависимости: составляет от месяца до нескольких месяцев.

Данный подход помогает избежать ситуаций и контактов с лицами, провоцирующими рецидив. Вместе с тем, временная утрата привычного социального круга часто приводит к длительной адаптации к новым условиям.

Стоимость стационарной реабилитации значительно выше, чем амбулаторной, в Российской Федерации она начинается от 75 000 российских рублей в месяц, но может достигать и более высоких цифр. В Республике Беларусь составляет 1300 белорусских рублей

Амбулаторная реабилитация осуществляется на базе государственных и негосударственных медицинских учреждений. Преимуществом данного вида наркологической помощи является: получение лечения без изменения привычной социальной среды, сохранение профессиональной деятельности, интеграция и закрепление полученных навыков в повседневную жизнь. Близкие люди могут активно участвовать в процессе реабилитации и оказывать поддержку.

Стоимость данной реабилитации значительно ниже в связи с исключением расходов на содержание пациентов и экономически более выгодна, в среднем в Российской Федерации она колеблется от 20 000 российских рублей в месяц. А в Республике Беларусь составляет 465,66 белорусских рублей.

Стратегически важно развивать стационарозамещающие и малозатратные технологии в наркологии для большего охвата реабилитаций пациентов и наибольшей экономической эффективности.

Постреабилитационное сопровождение пациентов заключается в регулярном посещении пациентами наркологических центров по месту жительства с целью осмотра и медикаментозной и психологической коррекции при необходимости.

Преимуществом оказания этих видов помощи обеспечивает формирование стойкой ремиссии [5].

В настоящее время нет четко разработанной методологии подбора программ реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя. В качестве основного критерия оценки готовности пациента к стационарной реабилитации является определение уровня реабилитационного потенциала. Эта шкала включает в себя данные о преморбиде, наследственности, тяжести синдрома зависимости, соматическом и социальном статусе, особенностях развития личности. Определение уровня реабилитационного потенциала главным образом способствует формированию однородных реабилитационных групп пациентов [4].

Однако в соответствии с критериями МКБ-10 [26] синдром зависимости от алкоголя проявляется сочетанием ряда симптомов, затрагивающих все сферы жизни

пациента. При подборе программы реабилитации важно учитывать еще состояние когнитивных функций, психический статус, личностные особенности, психосоциальные характеристики, социальное и семейное функционирование.

Для синдрома зависимости от алкоголя характерна анозогнозия, что проявляется в отсутствии критики пациентов к имеющимся у них психическим и поведенческим расстройствам, связанным с употреблением алкоголя [15]. Своевременное обращение за специализированной наркологической помощью способствует формированию устойчивой ремиссии [3, 26]. Важным показателем эффективности проведенной реабилитации является становление ремиссии. Ряд авторов [5, 13, 15, 16, 19] выделяют следующие группы факторов, способствующих формированию и поддержанию ремиссии: личностные, биологические, социальные, лечебные и организационные. К личностным факторам относятся низкий уровень аффективных расстройств; высокий уровень резильентности, самооффективности и адаптивности. К биологическим: низкий индекс тяжести зависимости и интенсивность влечения к алкоголю, дебют зависимости в более позднем возрасте, малое количество госпитализаций в связи с рецидивами, низкая прогрессивность течения, высокий уровень готовности к изменению поведения и стремления к лечению (высокая мотивация на трезвость повышает длительность ремиссии). Вместе с тем важно учитывать мотивы потребления алкоголя. К социальным факторам относятся нормативные родительско-детские и партнерские отношения, выход из референтных социальных групп, наличие постоянной работы, отсутствие правонарушений, высокий коммуникативный потенциал. К лечебным относятся: небольшое количество предыдущих попыток лечения в анамнезе, вовлеченность пациентов в психотерапевтические программы реабилитации, посещение групп самопомощи [13]. Организационные факторы заключаются в проведении дифференцированного подхода, обеспечивающего непрерывность и этапность лечения [6, 16].

Профилактика рецидивов синдрома зависимости от алкоголя является неотъемлемой частью ремиссии. Важна не только продолжительность ремиссии, но и ее качество [19].

Данный подход согласуется с положением биопсихосоциальной модели зависимости, где значение придается биологическим, психологическим и социальным факторам. Соотношение их на разных этапах ремиссии варьирует: чем длительнее ремиссия, тем меньшее влияние биологических факторов и сильнее влияние психологических. Эффективная ремиссия осуществляется путем дифференцированного и комплексного подхода [26]. При изучении исследований пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся на разных стадиях ремиссии, установлено, что по мере увеличения срока ремиссии, происходит улучшение эмоционального фона, снижение чувства одиночества и купируются аффективные нарушения [6, 14].

Благоприятный прогноз значительно возрастает при наличии твердой мотивации на поддержание трезвого образа жизни, сохранении структуры личности, адаптационных возможностей и критических способностей, при прохождении всех этапов лечения [1].

Одним из важнейших аспектов приверженности к лечению является удовлетворенность получаемой медицинской помощи, которая напрямую влияет на качество жизни пациента с синдромом зависимости от алкоголя. Правильное окружение формирует здоровую, поддерживающую среду [12].

Длительность и качество ремиссии прямо пропорциональны качеству жизни пациента: чем длительнее ремиссия, тем выше качество жизни пациента, и, наоборот, чем лучше качество жизни, тем более стойкая ремиссия [18].

В своих трудах В.Д. Москаленко [17] описывал, что зависимость от алкоголя является семейным заболеванием, и выделил понятие «созависимость». Данное явление наблюдается у здоровых (от синдрома зависимости от психоактивных веществ) членов семьи пациента, и проявляется в эмоциональных и психологических нарушениях. Следовательно, вся семья вовлекается в зависимость и нуждается в помощи. В связи с этим в процесс реабилитации необходимо включать «созависимых» членов семьи пациента, чтобы достичь устойчивой ремиссии [17].

Очевидно, что неотъемлемой частью современной наркологии являются стандартизированные оценочные шкалы – главный инструмент в объективизации клинико-психопатологических данных. Вместе с тем, без них невозможно осуществлять научную и практическую медицинскую деятельность.

Эффективная реабилитация должна осуществляться в рамках системного подхода, учитывая определенные индивидуальные особенности каждого пациента. Важно прогнозировать эффективность на начальном этапе с подбором целенаправленной и индивидуализированной программы реабилитации. Оценка показателей в начале реабилитации, в процессе и после окончания программы играет ключевую роль в оптимизации лечения и улучшении прогноза и качества жизни пациентов. Для объективного и всестороннего анализа необходим тщательный выбор психометрических инструментов, позволяющих оценить различные аспекты личности пациента в динамике [11]. Цель использования психометрических шкал заключается не только в оценке тяжести зависимости, а также в разработке прогностических показателей и построения плана лечения. В процессе использования количественные показатели позволяют более точно отследить, эффект реабилитации и откорректировать индивидуальный план реабилитации [10].

Без использования последовательного количественного измерения и сравнения результатов оценки состояния, предшествующего реабилитации, сложно отследить значительные улучшения состояния и функционирования в процессе прохождения реабилитации. Такое сравнение актуально для определения восстановления утраченных навыков и показателей качества жизни. Комплексное и систематизированное использование оценочных шкал может способствовать выявлению остаточных симптомов или нарушений и раннему обнаружению рецидивов заболевания [2].

Комплексная оценка факторов, повысит эффективность реабилитации, позволит более продуктивно формировать стратегию реабилитационного процесса, прогнозировать ремиссию во время и после проведения реабилитационных мероприятий, более успешно проводить профилактику рецидивов алкогольной зависимости.

■ ВЫВОДЫ

1. Для оптимизации реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя необходимо ввести учет промежуточных результатов и прогностических показателей оценки результатов проводимой реабилитации.
2. Необходим комплексный подход в выборе психометрических шкал для оценки эффективности реабилитации лиц, зависимых от алкоголя, с учетом особенностей различных программ и характеристик целевой группы. Их клиническая адаптация с последующим использованием в научных центрах и учреждениях здравоохранения Республики Беларусь важна для точного определения эффективности проводимой реабилитации пациентов с синдромом зависимости от алкоголя.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Agibalova T.V., Altshuler V.B., Bryun E.A. Federal clinical guidelines for the diagnosis and treatment of withdrawal syndrome. 2021;61. (in Russian)
2. Agibalova T.V., Shustov D.I., Tuchina O.D., et al. Strategy to reduce alcohol consumption as a new opportunity in the therapy of alcohol dependence. *Social and Clinical Psychiatry*. 2015;25(3):66. (in Russian)
3. Akimova M.A., Bogdanov S.I., Ablieva Y.A. Experience in using the DRCS scale to assess cognitive factors of alcohol behavior in patients with alcohol dependence syndrome. *Continuing Medical Education and Science*. 2017;12(3):7–8. (in Russian)
4. Bryun E.A. Formation of motivation to seek narcological help and medical rehabilitation among differentiated population groups. *Methodical Recommendations*. Moscow; 2015. pp. 56–59. (in Russian)
5. Bryun E.A., Savchenko L.M., Sobornikova E.A. Experience of rehabilitation work in the system of assistance to persons abusing psychoactive substances. *Russian Medical Journal*. 2013;4:46–48. (in Russian)
6. Garbutt J.C. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence. *JAMA*. 1999;281(14):131. doi: 10.1001/jama.281.14.1318
7. Heinz A.J., Beck A., Meyer-Lindenberg A., et al. Cognitive and Neurobiological Mechanisms of Alcohol-Related Aggression. *Nature Reviews Neuroscience*. 2011;12(7):400–413.
8. Kaklyugin N.V. Non-religious methods of correction of addictive behavior of drug users in therapeutic communities "MONAR" (Poland) and "Znamenska" (Kaliningrad region). *Narcology*. 2008;11:70–9. (in Russian)
9. Katkov A.L., Rossinsky Yu.A. New approaches to treatment and rehabilitation of drug addicts. *Issues of narcology in Kazakhstan*. 2002;2(2):84–8.
10. Kirzhanova V.V., Klimenko T.V., Vyshinsky K.V. Dynamics of remission indicators in narcological patients from 2014 to 2023. *Questions of Narcology*. 2024;36(2):92–93. (in Russian)
11. Koshkarev V.A. Features of emotional intelligence in chemically dependent individuals. *Scientific Forum: Pedagogy and Psychology. Proceedings of the XXXVII International Scientific and Practical Conference*. Moscow; 2020;3:37–41. (in Russian)
12. Limankin O.V., Kishka T.N., Khanko A.V., et al. Study of patient satisfaction with the quality of care in a psychiatric hospital. *Social and Clinical Psychiatry*. 2021;31(2):48–49. (in Russian)
13. Maidan A.V. Clinical and pathological factors of the effectiveness of outpatient rehabilitation in patients with alcoholism. Author's abstract. Moscow; 2021. pp. 21–23. (in Russian)
14. Mironova N.V., Shchelkov O.Yu. Emotional state of patients with alcohol dependence at different periods of remission. *Social Psychology*. 2014;2(4–5):122–123. (in Russian)
15. Mironova N.V., Shchelkov O.Yu. Clinical and psychosocial characteristics of patients with alcohol dependence at different periods of disease remission. *Bulletin of South Ural State University. Series: Psychology*. 2014;7(2):59. (in Russian)
16. Mitihin V.G., Solokhina T.A., Kuzminova M.V., et al. Effectiveness of psychosocial rehabilitation: an innovative method of assessment. *Psychopathology, Clinical and Biological Psychiatry*. 2022;20(2):57–58. (in Russian)
17. Moskalenko V.D. Addiction: A Family Disease.; 2015. p. 368. (in Russian)
18. Nikiforov I.I. Quality of life of patients with alcohol dependence in different states (anxiety-depressive disorders during withdrawal syndrome, in the post-withdrawal period and in remission). Author's abstract. Moscow; 2007. pp. 19–20. (in Russian)
19. Nobatova V.N. Factors influencing the duration of remission in narcological patients who have undergone rehabilitation programs. Author's abstract. Moscow; 2022. pp. 19–20. (in Russian)
20. Pan-European Mental Health Coalition [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/the-pan-european-mental-health-coalition> (accessed 12 December 2024)

21. Resolution of the Council of Ministers of the Republic of Belarus of March 21, 2024.
22. № 199 "On medical and social rehabilitation of persons suffering from chronic alcoholism, drug addiction and substance abuse". Available at: <https://pravo.by/document/?guid=12551&p0=C22400199> (accessed 25 February 2025). (in Russian)
23. Rybakova T.G., Eryshev O.F. Clinical and psychological characteristics of alcohol dependence combined with endogenous depression. Manual for Physicians. Saint Petersburg; 2008;22. (in Russian)
24. Shumova A.I. Dynamics of psychological characteristics in patients with opioid addiction during rehabilitation. Saint Petersburg; 2017. pp. 137–139. (in Russian)
25. European Immunization Agenda 2030 [website]. WHO Regional Office for Europe: 2024. Available at: <https://www.who.int/europe/ru/initiatives/the-european-immunizationagenda-2030> (accessed 12 December 2024)
26. Valchuk D.S. Inpatient psychotherapy and rehabilitation program for patients with alcohol dependence. Dissertation. Moscow; 2019. pp. 100–101. (in Russian)
27. 25World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. 2011. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/data/misc/classification_diseases2011.pdf (accessed 12 September 2020)
28. World Health Organization. European Health Report 2024. Keeping health at the forefront. Available at: <https://www.who.int/europe/ru/publications/i/item/9789289061728> (accessed 25 February 2025)
29. Zuykova A.A. Use of methods for assessing psychophysiological indicators of drug addicts at the initial stage of psychological rehabilitation. *Bulletin of Restorative Medicine*. 2018;6:100–101. (in Russian)

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.55.49.005>
УДК 616.895.8:[615.03:616–098]

Голубева Т.С.¹ ✉, Каминская Ю.М.¹, Голоенко И.М.¹, Сергеев Г.В.², Объедков В.Г.³,
Копытов А.В.³, Гайдукевич И.В.²

¹ Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

² Институт биоорганической химии Национальной академии наук Беларуси, Минск, Беларусь

³ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

ГЕН ФЕРМЕНТА ЦИТОХРОМА P450 CYP2C9: ЗНАЧЕНИЕ ФАРМАКОГЕНЕТИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТА В ЛЕЧЕНИИ ШИЗОФРЕНИИ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Голубева Т.С. – существенный вклад в замысел и дизайн исследования, анализ и интерпретация данных, подготовка черновика статьи; Каминская Ю.М. – существенный вклад в замысел и дизайн исследования, существенная переработка важного научного и интеллектуального содержания статьи, окончательное утверждение версии статьи для публикации; Голоенко И.М. – вклад в замысел и дизайн исследования; существенная переработка важного научного и интеллектуального содержания статьи; Объедков В.Г. – вклад в замысел и дизайн исследования, сбор данных; Сергеев Г.В. – вклад в замысел и дизайн исследования; Копытов А.В. – вклад в замысел и дизайн исследования, сбор данных; Гайдукевич И.В. – вклад в замысел и дизайн исследования.
Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: tatyana.gol2011@yandex.b

Резюме

Введение. Лечение шизофрении, одного из самых тяжелых психических расстройств, включает фармакотерапию с различными методами психологической и социальной помощи. В успешности индивидуальной фармакотерапии шизофрении определяющую роль может играть фармакогенетический статус пациента. Включение определения фармакогенетического статуса в алгоритмы оказания медицинской помощи пациентам с шизофренией является новым подходом для оптимизации долговременного и дорогостоящего процесса лечения шизофрении.

Цель. Изучить связь терапевтического эффекта у пациентов с шизофренией с фармакогенетическим статусом по фармакогену CYP2C9.

Материалы и методы. В исследование был включен 161 человек с шизофренией. В основную группу фармакорезистентных пациентов вошло 104 человека в возрасте от 18 до 60 лет ($38,0 \pm 1,0$ лет): 62 женщины, 42 мужчины; в группу сравнения вошли 57 человек с отсутствием фармакорезистентности в возрасте от 18 до 60 лет ($41,0 \pm 1,1$ лет): 27 женщин, 30 мужчин. К фармакорезистентным относили случаи отсутствия улучшения психопатологических симптомов, несмотря на пероральный прием адекватных доз лекарственных средств на протяжении от 6 до 8 недель, если при этом было использовано два и более антипсихотика, причем хотя бы один из них был атипичным. У всех пациентов определяли генетический полиморфизм по локусам фармакогена

CYP2C9*2 и CYP2C9*3 с использованием стандартных методов выделения нуклеиновых кислот и дальнейшего генотипирования.

Результаты. В результате определения фармакогенетического статуса медленного метаболизма, детерминированного аллелями полиморфных локусов rs1799853 (*2) Т и rs1057910 (*3) С в группах пациентов с шизофренией, ответивших на фармакотерапию и фармакорезистентных к лечению, не было обнаружено значимой связи между наличием данных локусов и фармакорезистентностью. Дальнейший анализ распределения частот генотипов между группами пациентов с побочными эффектами, связанными с приемом антипсихотиков, и без них обнаружил достоверную связь ФС (генотипы СТ, ТТ для *2 и АС для *3) медленного метаболизма с наличием нежелательных лекарственных реакций ($\chi^2=7,117$, $P=0,008$; $\chi^2=6,152$, $P=0,013$). Анализ в группах пациентов женского и мужского пола показал значимость связи фактора ФС (генотипы АС для *3) медленного метаболизма с нежелательными лекарственными реакциями, главным образом, для лиц женского пола ($\chi^2=13,000$, $P=0,0003$). Изучение распределения частот генотипов в группах с различным дозированием антипсихотиков позволило оценить значимую роль носительства генотипа СС полиморфного локуса rs1799853 (*2), как фактора риска фармакорезистентности для пациентов, принимающих антипсихотики в низких дозах.

Выводы. Фармакогенетический статус пациента по гену CYP2C9 может выступать значимым генетически детерминированным фактором для определения индивидуального алгоритма лечения шизофрении с применением антипсихотиков. Тестирование полиморфных локусов rs1799853 (*2) и rs1057910 (*3) при определении фармакогенетического статуса пациента может применяться для оптимизации лечения шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, антипсихотики, фармакогенетическое тестирование

Golubeva T.¹✉, Kaminskaya Y.¹, Halayenka I.¹, Sergeev G.², Obedkov V.³, Kapitau A.³, Haidukevich I.²

¹ Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

² Institute of Bioorganic Chemistry NAS of Belarus, Minsk, Belarus

³ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Cytochrome P450 Cyp2C9 Enzyme Gene: the Significance of a Patient's Pharmacogenetic Status in the Treatment of Schizophrenia

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Golubeva T. – significant contribution to the idea and design of the study, analysis and interpretation of data, preparation of a draft article; Kaminskaya Y. – significant contribution to the idea and design of the study, significant processing of important scientific and intellectual content of the article, final approval of the version of the article for publication; Halayenka I. – contribution to the idea and design of the study, significant processing of the important scientific and intellectual content of the article; Obedkov V. – contribution to the idea and design of the study, data collection; Kapitau A. – contribution to the idea and design of the study data collection and processing; Sergeev G. – contribution to the idea and design of the study; Haidukevich I. – contribution to the idea and design of the study.

The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: tatyana.gol2011@yandex.by

Abstract

Introduction. Therapy of schizophrenia, one of the most severe mental disorders, combines pharmacotherapy with various methods of psychological and social assistance. The pharmacogenetic status of the patient may play a decisive role in the success of individual pharmacotherapy for schizophrenia. The inclusion of PS in schizophrenia pharmacotherapy algorithms is a new approach to optimize the long-term and expensive process of schizophrenia therapy.

Purpose. To study the relationship of the therapeutic effect in patients with schizophrenia with pharmacogenetic status according to the pharmacogen CYP2C9.

Materials and methods. The study included 161 people with schizophrenia. The main group of pharmacoresistant patients included 104 people aged 18 to 60 years (38.0 ± 1.0 years): 62 women, 42 men; the comparison group included 57 people with no pharmacoresistance aged 18 to 60 years (41.0 ± 1.1 years): 27 women, 30 men. Pharmacoresistant cases included cases of no improvement in psychopathological symptoms, despite oral administration of adequate doses of medications for 6 to 8 weeks, if two or more antipsychotics were used. Genetic polymorphism was determined in all patients by the loci of the CYP2C9*2 and CYP2C9*3 pharmacogen using standard methods of nucleic acid isolation and further genotyping.

Results. The determination of the pharmacogenetic status of slow metabolism determined by alleles of polymorphic loci rs1799853 (*2) T and rs1057910 (*3) C in groups of patients with schizophrenia who responded to pharmacotherapy and those who were pharmacoresistant did not reveal a significant relationship. Further analysis of the distribution of genotype frequencies between groups of patients with and without

side effects revealed a significant association of FS (CT, TT genotypes for *2 and AC for *3) slow metabolism with the presence of complications of therapy and pharmacoresistance ($\chi^2=7.117$, $P=0.008$; $\chi^2=6.152$, $P=0.013$). The analysis in the groups of female and male patients showed the importance of factor FS (AS genotypes for *3) of slow metabolism mainly for the female sex ($\chi^2=13.000$, $P=0.0003$). Studying the frequency distribution of genotypes in groups with different dosages of antipsychotics made it possible to assess the significant role of carrying the CC genotype of the polymorphic locus rs1799853 (*2) as a risk factor for pharmacoresistance in patients with low dosages of antipsychotics.

Conclusions. The pharmacogenetic status of the patient according to the CYP2C9 gene may be a significant genetically determined factor for determining the algorithm of individual antipsychotic therapy for schizophrenia. Testing of polymorphic loci rs1799853 (*2) and rs1057910 (*3) of the pharmacogen to determine the pharmacogenetic status of the patient is necessary to optimize the treatment of schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, antipsychotics, pharmacogenetic testing

■ ВВЕДЕНИЕ

Шизофрения считается наиболее тяжелым психическим расстройством. Лечение шизофрении представляет собой сочетание фармакотерапии и методов психологической и социальной помощи. Среди алгоритмов лечения шизофрении основным является алгоритм выбора антипсихотика в различных клинических ситуациях [1, с. 35]. Концепция фармакогенетического статуса пациента и ее применение специалистами фармакологами в аспекте выбора антипсихотика при лечении шизофрении, как нового метода, пока формируются и требуют дополнительных алгоритмов. В связи с этим важно понимание значения исследования фармакогенетического статуса пациента при назначении продолжительной медикаментозной терапии. Фармакогенетический статус определяется генетически детерминированным функциональным состоянием биомолекул, задействованных в процессах фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных средств. Выбор лекарственного препарата и его дозирование производится из расчета наличия у пациента среднестатистической функциональной нормы. Генетически детерминированная слабая, сильная функция биомолекулы или ее отсутствие может существенно влиять на результат длительной фармакотерапии.

Ген CYP2C9 детерминирует фермент CYP2C9 – изофермент семейства цитохрома P450, участвующий в метаболизме ряда лекарственных препаратов в печени и считается важным полиморфным фармакогеном, для которого наиболее изучены полиморфные варианты rs1799853 и rs1057910 (*2 и *3) со сниженной функцией фермента [2, с. 5]. Для субъектов-носителей таких вариантов ранее было описано снижение метаболизма многих препаратов [3, с. 3; 4, с. 5]. По результатам обширного анализа данных, опубликованных по фармакогенетическим исследованиям, в 2020 году эксперты Международного общества психиатрической генетики включили фармакоген CYP2C9 в группу генов, рекомендуемых для фармакогенетического тестирования для обоснования выбора ряда лекарств и их дозировки [5, с. 10]. Ген CYP2C9 официально

рекомендовано тестировать пока только перед назначением фенитоина. Для включения в этот перечень антипсихотиков необходимы доказательные исследования, которых еще недостаточно.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение связи полиморфных локусов rs1799853(*)2 и rs1057910 (*)3 гена CYP2C9 с фармакорезистентностью и развитием нежелательных лекарственных реакций при лечении шизофрении.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование были включены 161 человек с шизофренией (код по МКБ-10 –F20) в возрасте от 18 до 60 лет ($39,2 \pm 1,0$ года). Данное исследование является проспективным сравнительным клиническим исследованием методом направленного отбора пациентов. Пациенты с шизофренией были отобраны для включения в исследование при прохождении стационарного лечения в РНПЦ психического здоровья. Критериями включения в исследования: диагноз шизофрения (код по МКБ-10: F20); возраст 18–60 лет, наличие информированного согласия на участие в исследовании, отсутствие сопутствующих соматических заболеваний в фазе обострения, отсутствие острых инфекционных заболеваний. В основную группу фармакорезистентных пациентов вошло 104 человека в возрасте от 18 до 60 лет ($38,0 \pm 1,0$ лет): 62 женщины, 42 мужчины; в группу сравнения вошли 57 человек с отсутствием фармакорезистентности в возрасте от 18 до 60 лет ($41,0 \pm 1,1$ лет): 27 женщин, 30 мужчин. Группы были однородны по возрасту, характеристикам основного заболевания, социальному статусу. Все пациенты получали лечение психотропными лекарственными средствами в соответствии с клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами. К фармакорезистентным относили случаи отсутствия улучшения психопатологических симптомов, несмотря на пероральный прием адекватных доз лекарственных средств на протяжении от 6 до 8 недель, если при этом было использовано два и более антипсихотика, причем один из них был атипичным [6, с. 4].

У всех пациентов, включенных в исследование, определяли генетический полиморфизм фармакогена CYP2C9. Для генотипирования полиморфных локусов rs1799853 (*)2, rs1057910 (*)3 гена CYP2C9 изофермента цитохрома P-450 использовали стандартные методики выделения нуклеиновых кислот с применением полимеразной цепной реакции.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Лечение пациентов с шизофренией осуществлялось с использованием алгоритма выбора антипсихотика в различных клинических ситуациях [1, с. 35]. В большинстве случаев назначалось комбинированное лечение антипсихотическими лекарственными средствами, либо лечение с использованием клозапина. Менее часто пациентам назначалась монотерапия другими антипсихотиками (табл. 1).

Для изучения роли фармакогенетического статуса пациента в лечении резистентной шизофрении проводился анализ встречаемости частот генотипов и аллелей полиморфных локусов rs1799853 и rs1057910 у пациентов с наличием и отсутствием терапевтического эффекта (табл. 2). Фармакогенетический статус пациентов-носителей генотипов СТ и ТТ по локусу rs1799853 ассоциирован с медленным метаболизмом многих лекарственных средств. Аллель Т данного локуса встречается у европейского населения с частотой 12,7% и детерминирует сниженную активность изофермента цитохрома P450 CYP2C9. Для полиморфного локуса rs1057910 у носителей аллеля С, встречающегося среди европейского населения в 6,6%, т.е. генотипов СС и АС функция изофермента цитохрома P450 CYP2C9 также будет снижена.

Таблица 1

Частота назначения лекарственных средств пациентам с шизофренией

Table 1

Frequency of prescribing medicines to patients of the main group

Лекарственное средство	Частота назначения
Клозапин	44 (27,3%)
Рisperидон	14 (8,7%)
Клопиксол	13 (8,1%)
Оланзапин	10 (6,2%)
Кветиапин	7 (4,3%)
Флуфеназин	5 (3,1%)
Карипразин	3 (1,9%)
Галоперидол	3 (1,9%)
Флупентиксол	2 (1,2%)
Несколько антипсихотиков	60 (37,3%)
Всего	N=161 (100,0%)

Фармакогенетический статус может непосредственно быть связан с ответом на лечение либо вносить свой вклад в совокупное влияние нескольких генетических и клинических факторов. Ранее было обнаружено, что у носителей генетических вариантов rs1799853 и rs1057910 снижается скорость метаболизма ряда лекарственных препаратов. Генетическая изменчивость в локусе гена CYP2C9 влияет на метаболизм или биоактивацию многих клинически важных препаратов, включая нестероидные противовоспалительные препараты, фенитоин, противодиабетические средства и блокаторы рецепторов ангиотензина. Активность CYP2C9 имеет особое значение для эффективности и безопасности варфарина и сипонимода [2, с. 666]. Носители полиморфных аллелей CYP2C9*2 и CYP2C9*3 имеют повышенный риск развития нежелательных лекарственных реакций со стороны центральной нервной системы и серьезных кожных реакций при приеме стандартных доз фенитоина. CYP2C9*3 был идентифицирован как наиболее значимый генетический вариант,

связанный с повышенными концентрациями фенитоина и побочными эффектами [7, с. 2]. В недавнем исследовании были проанализированы частоты восьми функционально значимых аллелей CYP2C9 (*2, *3, *5, *6, *8, *11, *13 и *14) в выборке из 70 стран и 40 уникальных этнических групп для создания глобальной карты распространенности различных полиморфных локусов данного гена среди населения. Результаты показали, что CYP2C9*2 был наиболее распространен в Европе и на Ближнем Востоке, тогда как CYP2C9*3 был основной причиной снижения активности CYP2C9 по всей Южной Азии [8, с. 4].

В нашем исследовании не удалось обнаружить прямой достоверной связи наличия полиморфных локусов гена с фармакорезистентностью к лечению антипсихотиками.

Таблица 2

Распределение частот встречаемости генотипов полиморфных локусов гена CYP2C9 в зависимости от ответа на лечение

Table 2

Frequency distribution of genotypes of polymorphic loci of the CYP2C9 gene depending on the response to treatment

Группы пациентов	Локус *2 rs1799853				Локус *3 rs1057910		
	Генотип%			N	Генотип%		N
	CC	CT	TT		AA	CA	
Фармакорезистентные	82,7	16,3	1	104	83,7	16,3	104
Контроль	77,2	19,3	3,5	57	80,7	19,3	57
χ^2 Пирсона, уровень значимости P	$\chi^2=1,605$, P=0,448			161	$\chi^2=0,223$, P=0,636		161

Однако сравнение распределения частот генотипов в группах пациентов в зависимости от наличия побочных эффектов на лечение антипсихотиками показало значимые различия (табл. 3). Из табл. 3 видно, что в группах пациентов с генотипами риска СТ и ТТ (rs1799853), а также генотипом АС (rs1057910) значимо чаще встречаются пациенты фармакорезистентные к лечению антипсихотиками и имеющие побочные эффекты ($\chi^2=7,117$ и $\chi^2=6,152$).

Кроме того, у 15 пациентов, которые оказались носителями обоих аллелей риска по двум локусам, отсутствие эффекта на лечение антипсихотиками и наличие побочных эффектов было также достоверно ($\chi^2=5,227$) (табл. 4), что подтверждает связь фармакогенетического статуса пациентов по гену Cyp2C9 на с побочными эффектами, связанными с приемом антипсихотиков, при наличии фармакорезистентности.

Таблица 3

Распределение частот встречаемости генотипов полиморфных локусов гена CYP2C9 в группах пациентов с шизофренией в зависимости от наличия побочных эффектов на лечение антипсихотиками

Table 3

Distribution of the frequency of occurrence of genotypes of polymorphic loci of the CYP2C9 gene in groups of patients with schizophrenia depending on the presence of side effects to antipsychotic treatment

Группа пациентов		Cyp2C9*2 rs1799853		Cyp2C9*3 rs1057910	
Фармакорези- стентность	Побочные эффекты	Генотип%		Генотип%	
		CC	CT+TT	AA	AC
Есть	есть	76,7%	94,4%	79,3%	82,4%
	нет	23,3%	5,6%	20,7%	17,6%
	N	86	18	87	17
Нет	есть	61,4%	53,8%	65,2%	36,4%
	нет	38,6%	46,2%	34,8%	63,6%
	N	44	13	46	11
χ^2 Пирсона, уровень значимости P		$\chi^2=3,382$ P=0,066	$\chi^2=7,117$ P=0,008	$\chi^2=3,141$ P=0,076	$\chi^2=6,152$ P=0,013
Отношение шансов, доверительный интервал 95%		ОШ=2,078 ДИ=0,946– 4,562	ОШ=14,571 ДИ=1,472– 144,280	ОШ=2,044 ДИ=0,92–4,542	ОШ=8,167 ДИ=1,419– 47,016

Таблица 4

Распределение частоты встречаемости совмещенных генотипов по полиморфным локусам гена CYP2C9

Table 4

Distribution of the frequency of occurrence of combined genotypes by polymorphic loci of the CYP2C9 gene

Группа пациентов		Генотипы (%)	
		Cyp2C9*2 + Cyp2C9*3	
Фармакорезистентность	Побочные эффекты	*2 (CT / TT) + *3 AC	*2 CC + *3 AA
Есть	есть	80%	80,2%
	нет	20%	19,8%
	N	15	86
Нет	есть	33,3%	65,2%
	нет	66,7%	34,8%
	N	9	46
χ^2 Пирсона, уровень значимости P		$\chi^2=5,227$ P=0,022	$\chi^2=3,604$ P=0,058
Отношение шансов, доверительный интервал 95%		ОШ=8,000 ДИ=1,225-52,246	ОШ=2,165 ДИ=0,967-4,847

При сравнении распределения частот генотипов в группах пациентов в зависимости от пола были обнаружены различия между группами в зависимости от наличия побочных эффектов, связанных с приемом антипсихотиков. В табл. 5 представлены данные о частоте встречаемости аллеля С полиморфного локуса rs1057910 (3*), детерминирующего пониженную активность фермента Cyp2C9, среди пациентов женского и мужского пола. Аллель фармакогенетического статуса с низким метаболизмом являлся значимым фактором, ассоциированным с наличием побочных эффектов, связанными с приемом антипсихотиков, для лиц женского пола, фармакорезистентных к лечению ($\chi^2=13,000$). Все пациенты-носители аллеля С по локусу rs1057910 (3*) женского пола, включенные в исследование, были фармакорезистентны и имели побочные эффекты на лечение антипсихотиками. Для мужчин анализ распределение частот аллелей по полиморфным локусам не выявил достоверных связей между исследуемыми параметрами (табл. 5).

Таблица 5
Частота встречаемости генотипов локуса rs1057910 (3*) гена Cyp2C9 среди мужчин и женщин в зависимости от наличия побочных эффектов

Table 5
The frequency of rs1057910 (3*) Cyp2C9 locus genotypes occurrence among men and women, depending on the presence of side effects

Группа пациентов		Мужской пол		Женский пол	
Фармакорезистентность	Побочные эффекты	Генотип%		Генотип%	
		АА	АС	АА	АС
Есть	есть	77,8%	50,0%	82,0%	100%
	нет	22,2%	50,0%	18,0%	0%
	N	36	6	50	11
Нет	есть	65,0%	44,4%	64,0%	0%
	нет	35,0%	55,6%	36,0%	100%
	N	20	9	25	2
χ^2 Пирсона, уровень значимости Р		$\chi^2=1,070$ P=0,301	$\chi^2=0,045$ P=0,833	$\chi^2=2,155$ P=0,142	$\chi^2=13,000$ P=0,0003

Анализ распределения частот генотипов в группах пациентов, принимавших различные дозы антипсихотиков позволил установить связь генотипа СС по локусу Cyp2C9*2 с терапевтическим ответом у пациентов, принимавших низкие дозы антипсихотиков (ниже средней терапевтической дозы) ($\chi^2=3,656$). Из табл. 6 видно, что в группе из 65 фармакорезистентных пациентов значимо реже встречались носители аллеля Т по локусу Cyp2C9*2, которым назначались низкие дозы антипсихотиков. Можно объяснить этот факт тем, что пациентам-носителям аллеля Т со сниженной активностью фермента Cyp2C9 было достаточно низких доз антипсихотиков, в то время, как генотип СС, детерминирующий более высокий уровень активности фермента, может выступать для ряда пациентов фактором риска недостаточности назначенной дозы для достижения терапевтического эффекта.

Таблица 6
Сравнительный анализ результатов генотипирования по полиморфному локусу гена Cyp2C9*2 в группах с различным дозированием антипсихотиков
Table 6
Comparative analysis of genotyping results for the polymorphic locus of the Cyp2C9*2 gene in groups with different dosages of antipsychotics

Доза АП	Число па- циентов	Генотипы	Группы пациентов				χ ² Пирсона, уровень значимости P
			Фармакорези- стентные		Контроль		
			N	%	N	%	
Низкая	65	CC	35	87,5	17	68,0	χ ² =3,656 P=0,056
		CT	5	12,5	8	32,0	
Средняя	64	CC	32	84,2	22	84,6	χ ² =1,660 P=0,436
		CT	6	15,8	3	11,5	
		TT	0	0	1	3,8	
Высокая	13	CC	9	90,0	2	66,7	χ ² =3,782 P=0,371
		CT	1	10,0	0	0	
		TT	0	0	1	33,3	
N	142		88		54		

■ **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Исследование фармакогенетического статуса пациентов с шизофренией, получающих лечение антипсихотиками, и мониторинг эффективности и безопасности лечения пациентов позволили установить значимую связь полиморфных локусов rs1799853, rs1057910 гена CYP2C9, детерминирующих сниженную активность изофермента цитохрома P450 CYP2C9, с повышенным риском развития нежелательных лекарственных реакций у фармакорезистентных пациентов. Данные локусы могут выступать в качестве генетических маркеров генетического тестирования для выбора антипсихотиков и их дозирования.

■ **ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES**

1. Mosolov S., Tsukarzi E., Alfimov P. Algorithms for biological treatment of schizophrenia. *Current Therapy of Mental Disorders*. 2014;1:27–36. (In Russ.)
2. Sangkuhl K., Claudio-Campos K., Cavallari L.H. PharmVar GeneFocus: CYP2C9. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2021;110(3):662–676. DOI: 10.1002/cpt.2333
3. Mirošević Skvrce N., Božina N., Zibar L. CYP2C9 and ABCG2 Polymorphisms as Risk Factors for Developing Adverse Drug Reactions in Renal Transplant Patients Taking Fluvastatin: A Case – Control Study. *Pharmacogenomics*. 2013;14(12):1419–1431. DOI: 10.2217/pgs.13.135
4. Theken K.N., Lee C.R., Gong L. Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium Guideline (CPIG) for CYP2C9 and Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs. *Clin. Pharmacol. Ther.* 2020;108(2):191–200. DOI: 10.1002/cpt.1830
5. Bousman C.A., Bengesser S.A., Aitchison K.J. Review and Consensus on Pharmacogenomic Testing in Psychiatry. *Pharmacopsychiatry*. 2021;54(1):5–17. DOI: 10.1055/a-1288-1061
6. On providing medical care to patients with mental and behavioral disorders: collection of clinical protocols. 3rd ed. Minsk. Professional Editions, 2023. (In Russ.)
7. Chang W.C., Hung S.I., Carleton B.C. An update on CYP2C9 polymorphisms and phenytoin metabolism: implications for adverse effects. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2020;16(8):1723–1734. DOI: 10.1080/17425255.2020.1780209
8. Zhou Y., Nevesadová L., Eliasson E. Global distribution of functionally important CYP2C9 alleles and their inferred metabolic consequences. *Hum Genomics*. 2023;17(1):40246-023-00461. DOI: 10.1186/s40246-023-00461-z

[HTTPS://DOI.ORG/10.34883/PI.2025.30.19.006](https://doi.org/10.34883/PI.2025.30.19.006)
УДК [61:316]:618.177-089.888.11

Салмина А.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ДОМИНИРУЮЩАЯ СТРАТЕГИЯ СОВЛАДАНИЯ С СИТУАЦИЕЙ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ РЕПРОДУКТИВНЫМ ОПЫТОМ

Конфликт интересов: не заявлен.

Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: salmina904@gmail.com

Резюме

Введение. Бесплодие является социально-значимой проблемой и имеет психологические последствия для личности женщины и благополучия семьи. В статье приведены результаты использования на практике авторской методики «Шкала совладания с бесплодием», установлена ведущая стратегия совладающего поведения женщин при переживании бесплодия.

Цель. Установить доминирующую стратегию совладания с ситуацией бесплодия у женщин с разным репродуктивным опытом.

Материалы и методы. Выборка составила 136 женщин, страдающих бесплодием. Диагностическое обследование испытуемых выполнялись на условиях информированного добровольного согласия, анонимного и безвозмездного участия в исследовании. Определение ведущей стратегии совладания с бесплодием осуществлялось при помощи методики «Шкала совладания с бесплодием» (ШБС). Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи процедуры логлинейного анализа.

Результаты. Установлено, что ведущей стратегией совладания с бесплодием у женщин является ассимилятивная 74,3% (ДИ 95% [66,5; 81,3]). При этом средний уровень выраженности ассимилятивной стратегии совладания определен у 68,3% (ДИ 95% [58,8; 77,1]) пациенток. Достоверных различий по доминирующей стратегии совладания между женщинами с положительным репродуктивным опытом (есть дети) и женщинами с отрицательным репродуктивным опытом (нет детей) не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы. Ассимилятивная стратегия совладания с бесплодием представляет собой путь активных поисковых и предметно-практических действий. Средний уровень ассимилятивной стратегии интерпретируется как возможная мишень для психологической поддержки женщин с бесплодием.

Ключевые слова: стресс, совладание с бесплодием, психологическая помощь, экстракорпоральное оплодотворение

Salmina A.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

The Dominant Strategy for Coping with Infertility in Women with Different Reproductive Experiences

Conflict of interest: nothing to declare.
The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: salminaa904@gmail.com

Abstract

Introduction. Infertility is a socially significant problem and has psychological consequences for a woman's personality and family well-being. The article presents the results of using in practice the author's methodology "Infertility Coping Scale", the leading strategy of women's coping behavior when experiencing infertility is established.

Purpose. To identify the dominant coping strategy for infertility in women with different reproductive experiences.

Materials and methods. The sample consisted of 136 women suffering from infertility. Diagnostic examination of the subjects was carried out under the conditions of informed voluntary consent, anonymous and gratuitous participation in the study. The leading strategy of coping with infertility was determined using the Infertility Coping Scale (hereinafter referred to as ICS). Statistical processing of the data was carried out using the loglinear analysis procedure.

Results. It was found that the leading coping strategy with infertility among the women studied was assimilative 74.3 per cent (CI 95% [66.5; 81.3]). At the same time, the average level of expression of assimilative coping strategy was determined in 68.3% (CI 95% [58.8; 77.1]) of the patients. There were no significant differences in the dominant coping strategy between women with positive reproductive experience (have children) and women with negative reproductive experience (no children).

Conclusions. Assimilative strategy of coping with infertility represents a path of active search and object-practical actions. The average level of assimilative strategy is interpreted as a possible target for psychological support of women with infertility.

Keywords: stress, coping with infertility, psychological counselling, in vitro fertilisation

■ ВВЕДЕНИЕ

Бесплодие является крайней формой неспособности к деторождению. Зачастую данную патологию рассматривают с позиции биологии и медицины, пренебрегая психологическим аспектом. Диагноз «бесплодие» для супружеской пары звучит как приговор и является чрезвычайно трудным опытом, особенно для женщин. Результаты проведенного лонгитюдного исследования по анализу эмоционального дистресса

бесплодных пар доказывают, что инфертильные женщины подвергаются большему стрессу, чем мужчины с идентичной патологией. У бесплодных женщин снижается самооценка, появляется чувство неудовлетворенности жизнью, с большей частотой возникают проблемы в интимной сфере. Повышается риск развития депрессии, связанный с появлением чувства вины, стремлением к изоляции от общества [1]. Значительно больше образов материнства, чем отцовства, навязывают нам средства массовой информации и сама культура в целом. Возведение социумом материнства в ранг самой большой ценности приводит к осознанию своей неполноценности и к эмоциональным проблемам у бесплодных женщин. Важно отметить, что для мужчин отцовство является продолжением своей генетической линии, фамилии, а для женщин материнство – это часть структуры женской идентичности. Перечисленные выше факторы способствуют различному переживанию бесплодия женщинами и мужчинами [2].

Общепризнанным в настоящее время является изучение стресса в рамках системной модели адаптации человека. В данном контексте адаптация рассматривается как целостная, многоуровневая (состоит из биологического, психологического, социально-психологического уровней) и самоуправляемая система, направленная на поддержание стабильного взаимодействия личности с окружающей средой [3]. Нарушением стабильности этого взаимодействия и обуславливается состояние стресса. Традиционно стресс приравнивают к общему синдрому адаптации, т.е. неспецифической реакции организма на любой раздражитель. Как и любая неспецифическая реакция, стресс проходит несколько стадий: тревоги, резистентности и истощения. В начале первой стадии наблюдается снижение сопротивляемости организма («фаза шока»), затем активируются защитные механизмы. На стадии резистентности организм способен оказать эффективное сопротивление либо адаптироваться к новым условиям. Фаза истощения характеризуется нарушением адаптации и согласованности жизненных функций вследствие несостоятельности защитных механизмов. По своей сути стадия истощения является результатом дисбаланса силы стрессора и ресурсов конкретного человека [4].

Для многих инфертильных пар использование новых технологий в области репродуктивной помощи является последним шансом на рождение ребенка. Однако, результаты исследований подтверждают, что женщины, проходящие лечение по поводу бесплодия, имеют высокий уровень тревожности и депрессии. При этом длительность лечения и безуспешность повторяющихся попыток экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) ведут к увеличению депрессивных симптомов [5]. Актуальность психологической помощи бесплодным парам на этапе прохождения ЭКО подчеркивают многие российские авторы. Литературный обзор отечественного психолога М.В. Вашкевич-Василевской сфокусирован на психоэмоциональном состоянии женщин, страдающих бесплодием при подготовке к ЭКО. Автор акцентирует внимание на том, что снижение тревожности и депрессивной симптоматики способствует не только облегчению эмоционального состояния инфертильных женщин, но и потенциально увеличивает шансы на рождение ребенка [6]. В своем исследовании И.М. Земзюлина освещает проблему нарушения репродуктивного здоровья женщины с

точки зрения влияния множества факторов «социального, психического неблагополучия, практически всегда физического нездоровья и психологического напряжения в семье». Автор изучает критерии адаптации и дезадаптации лиц, выступающих в качестве личностных детерминант, которые могут влиять на исход процедуры ЭКО. На основе объективных методов анализа исследователь делает вывод о необходимости разработки программы психологического сопровождения женщин при использовании ЭКО [7]. Н.Н. Петрова с соавторами при обследовании женщин с бесплодием выявили, что высокий уровень тревожности и психической дезадаптации являются факторами риска неэффективности ЭКО. В результате исследования ученые пришли к выводу, что коррекция психического состояния инфертильных женщин будет способствовать результативности преодоления бесплодия методом ЭКО [8]. Подобные результаты получены и в работах М.Г. Рябовой, Е.А. Наку, М.К. Исмаиловой где авторы приходят к единому мнению о необходимости ранней профилактики психических расстройств женщин с бесплодием в центрах ЭКО, полипрофессиональному подходу к ведению таких пациенток [9-11]. Для повышения эффективности лечения бесплодия у женщин позднего репродуктивного возраста с помощью ЭКО О.В. Тюмина с соавторами в качестве медицинских мероприятий на уровне центров вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) предлагает проведение обязательного психологического консультирования супружеских пар и психокоррекцию [12]. Социологическое исследование, проведенное в 2021 году в Санкт-Петербурге для анализа организационно-управленческих мер, направленных на совершенствование процессов предоставления медицинской помощи методом ЭКО выявило, что значительная часть опрошенных врачей акушеров-гинекологов (61,8 из 100 опрошенных врачей) считают целесообразным психологическое сопровождение бесплодных пар на протяжении всех периодов оказания медицинской помощи [13].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Установить доминирующую стратегию совладания с ситуацией бесплодия у женщин с разным репродуктивным опытом.

Задачи:

1. Определить доминирующую стратегию совладания с бесплодием у женщин.
2. Установить взаимосвязь доминирующей стратегии совладания с положительным (есть дети) или отрицательным (нет детей) репродуктивным опытом.
3. Сопоставить ведущие стратегии совладания с бесплодием между группами с положительным (есть дети) или отрицательным (нет детей) репродуктивным опытом.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборка составила 136 женщин, страдающих бесплодием. Больше половины анкетированных 69,9% (ДИ 95% [61,8; 77,3]) было в возрасте до 35 лет (ранний репродуктивный период), 30,1% (ДИ 95% [22,7; 38,2]) старше 35 лет (поздний репродуктивный период). Высшее образование имели 67,6% (ДИ 95% [59,5; 75,3]), среднее

специальное – 27,2% (ДИ 95% [20,0; 35,0]), с общим средним образованием было 5,15% (ДИ 95% [2,06; 9,52]) респондентов. Основная часть анкетируемых 88,2% (ДИ 95% [82,2; 93,1]) проживала в областном центре, 9,56% (ДИ 95% [5,18; 15,1]) жители районных центров и 2,21% (ДИ 95% [0,41; 5,37]) из сельской местности. У 63,2% (ДИ 95% [54,9; 71,2]) опрашиваемых женщин были дети, 36,8% (ДИ 95% [28,8; 45,1]) анкетируемых детей не имели. Опыт использования ВРТ был у 24,3% (ДИ 95% [17,4; 31,9]) респондентов. Диагностическое обследование испытуемых выполнялось на условиях информированного добровольного согласия, анонимного и безвозмездного участия в исследовании в УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр», женской консультации №2 ГУЗ «Гродненская центральная городская поликлиника», медицинском центре «ЛОДЭ».

Определение ведущей стратегии совладания с бесплодием осуществлялось при помощи методики ШБС. Шкала представляет собой многомерный стандартизированный личностный опросник, который описывает возможные способы реагирования человека на трудности в зачатии, вынашивании и рождении ребенка [14]. Степень своего согласия либо несогласия с каждым утверждением респондент выражает с помощью одного из предложенных вариантов ответа от 1 – совершенно неверно до 5 – совершенно верно. В результате диагностики можно установить ведущую стратегию совладания с бесплодием: субшкала «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» включает 3 пункта, все прямые: «Я буду продолжать обследование/лечение до тех пор, пока мне не удастся родить ребенка», «Больше всего на свете я хочу иметь собственного ребенка», «Я не могу представить свое будущее без ребенка». Субшкала «Кризис смысла жизни» включает 3 пункта, все прямые: «Я не могу планировать будущее, пока не буду знать наверняка, смогу ли я иметь ребенка», «Мне кажется, что моя жизнь остановилась», «Я буду чувствовать нереализованность до тех пор, пока не смогу родить собственного ребенка». Субшкала «Аккомодативная стратегия преодоления бесплодия» включает 3 пункта, все прямые: «Трудности с рождением ребенка не мешают мне жить полноценной жизнью», «Я думаю, что мог(ла) бы прожить свою жизнь без ребенка», «Я думаю, что жизнь может быть счастливой как с детьми, так и без них».

Статистическая обработка проводилась в среде программы «Statistica 10» (серийный номер AXAR207F394425FA-Q) и MathcadPrime. Для полученных частот (в виде долей единицы) применялась поправка Йетса. Для каждой частоты рассчитывалось значение ϕ – вспомогательной переменной Фишера в радианной мере. Для каждого полученного значения ϕ переменной Фишера посредством двустороннего t -критерия рассчитывался 95% доверительный интервал (ДИ). Границы полученного ДИ для ϕ переменной Фишера пересчитывались в границы ДИ исходной переменной – частоты. Статистическая значимость различия частот оценивалась при помощи вспомогательной ϕ переменной Фишера в радианной мере и статистики двустороннего t -критерия (ϕt -тест). Результат оценивался как статистически значимый на уровне ошибки первого рода $p \leq 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Согласно результатам исследования, ведущей стратегией совладания с бесплодием среди исследуемых женщин определена ассимилятивная 74,3% (ДИ 95% [66,5; 81,3]) (табл. 1).

Таблица 1

Доминирующая стратегия совладания с бесплодием среди инфертильных женщин (N=136)

Table 1

Dominant strategy among infertile women (N=136)

Стратегия совладания	Описательная статистика			Результаты попарных сравнений (фт-тест)				
	Кол-во, чел	% от выборки	95%-й ДИ,	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Ассимилятивная (1)	101	74,3	[66,5; 81,3]		+	+	+	+
Ассимилятивная; Аккомодативная (2)	4	2,94	[0,76; 6,47]	+			+	
Кризис смысла жизни (3)	3	2,21	[0,41; 5,37]	+			+	
Аккомодативная (4)	27	19,9	[13,6; 27,0]	+	+	+		+
Ассимилятивная (5) Кризис смысла жизни	1	0,74	[0,00; 2,89]	+			+	
Всего	136	100						

Примечание: всем вариантам ответа присвоены порядковые номера. В соответствии с ними пронумерованы столбцы в графе «Результаты попарных сравнений». Знаком «+» обозначены достоверные различия между частотой ответов, которые имеют номера, соответствующие номерам пересекающихся строки и столбца ($p \leq 0,05$).

«Ассимилятивная стратегия совладания сводится к активным усилиям и повторяющимся попыткам зачатия ребенка и сохранения беременности, несмотря на ограниченную, ослабленную физиологическую способность к деторождению. Она сопряжена с настойчивым опробованием и упорным перебором различных способов и средств достижения искомого результата вопреки сложностям. Зачастую эти усилия совершаются под нарастающий «аккомпанемент» отрицательных оценочных эмоций (гнева, вины, стыда, сожалений, разочарования, зависти и т.д.), которые в порядке негативной обратной связи сигнализируют о безуспешности очередных попыток и безвыходности ситуации. Эта обратная связь носит корректирующий характер и призвана, в первую очередь, модифицировать планы и программы репродуктивного поведения, т.е. переключить его на новые пути, способы, средства реализации репродуктивной цели и стоящих за нею жизненных ценностей. Не отказываясь от ценности ребенка и репродуктивной цели, взрослый продолжает бороться с ситуацией, прибегая для этого к просвещению, консультациям у специалистов, методам конвенционального и нетрадиционного лечения, ВРТ и прочим поисковым и практическим действиям, которые, по его мнению, должны помочь с деторождением» [15].

«Вместе с тем, негативная обратная связь вызывает коррекции не только планов и программ репродуктивного поведения (его операционально-технической, инструментально-исполнительской стороны), но и побуждающих его ценностей, мотивов и целей (его мотивационно-смысловой стороны). Она систематически снижает, подрывает мотивацию деторождения за счет обесценивания и обесмысливания ребенка, и поэтому в рамках ассимилятивной стратегии, несмотря на неуспешность репродуктивного поведения и субъективную болезненность ситуации, взрослый всеми силами старается сохранить приверженность ценности ребенка, внутренне сопротивляется усиливающейся демотивации и смыслоутрате (потере ребенком мотивационного значения и личностного смысла). В этой связи осуществлению данной стратегии совладания неизбежно сопутствует мобилизация внутренних механизмов волевой регуляции – осознанной и произвольной формы мотивационно-смысловой саморегуляции, которая обеспечивает поддержание силы побуждения и сохранение за ребенком личностного смысла» [16]. «Благодаря этому женщина какое-то время остается относительно неизменной в личностном плане и продолжает решать исходное противоречие за счет непрекращающихся проб изменения фактического положения вещей. В общем, ассимилятивная стратегия совладания с бесплодием представляет собой путь активных поисковых и предметно-практических внешних действий и напряженной внутренней борьбы, направленных на рождение ребенка и сохранение его личностной ценности и смысла» [15, 16].

Определение уровня выраженности доминирующей стратегии проводилось согласно нормам, представленным в табл. 2.

Более половины женщин 68,3% (ДИ 95% [58,8; 77,1]) имели средний уровень выраженности ассимилятивной стратегии совладания (таблица 3).

Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 3,00 до минус 2,22 соответствуют низкому уровню выраженности стратегии совладания с бесплодием и характеризуют пациента как практически не использующую установленную данной шкалой стратегию. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для когнитивно-поведенческой терапии и обязательная часть лечебных психотерапевтических мероприятий. Оценки субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» в пределах от минус 0,82 до 0,62 соответствуют среднему уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Выявление данного уровня интерпретируется как возможная мишень для психопрофилактической терапии бесплодной пары для оказания психологической поддержки. Оценка субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия» 2,28 соответствуют высокому уровню использования выраженности стратегии совладания с бесплодием. Для практики доминирование ассимилятивного копинга будет означать необходимость работы с мотивацией пациента реализовывать репродуктивные намерения, в том числе за счет ВРТ.

Достоверных различий по доминирующей стратегии совладания между женщинами с положительным репродуктивным опытом (есть дети) и женщинами с отрицательным репродуктивным опытом (нет детей) не выявлено ($p > 0,05$).

Таблица 2

Нормы для показателей субшкалы «Ассимилятивная стратегия преодоления бесплодия»

Table 2

Norms for the indicators of the subscale "Assimilative strategy for overcoming infertility"

Первичные показатели («сырые» баллы)	Перцентильные показатели	Стандартные показатели (z-оценки)	Уровни выраженности стратегии совладания
3	0,1	-3,00	Низкий
4	0,1	-3,00	
5	0,1	-3,00	
6	0,3	-2,81	
7	0,6	-2,53	
8	1,3	-2,22	
9	3,0	-1,88	Пониженный
10	6,3	-1,53	
11	12,1	-1,17	
12	20,7	-0,82	Средний
13	32,2	-0,46	
14	45,5	-0,11	
15	59,6	0,24	
16	73,1	0,62	
17	85,1	1,04	Повышенный
18	95,4	2,28	Высокий

Таблица 3

Уровень выраженности ассимилятивной стратегии у женщин, страдающих бесплодием (N=101)

Table 3

Level of expression of the assimilative strategy in women suffering from infertility (N=101)

Уровень выраженности ассимилятивной стратегии	Описательная статистика			Результаты попарных сравнений (фт-тест)			
	Кол-во, чел	% от выборки	95%-й ДИ, для	(1)	(2)	(3)	(4)
Пониженный (1)	3	2,97	[0,55; 7,21]		+	+	+
Средний (2)	69	68,3	[58,8; 77,1]	+		+	+
Повышенный (3)	15	14,9	[8,56; 22,5]	+	+		
Высокий (4)	14	13,9	[7,79; 21,3]	+	+		
Всего	101	100					

Примечание: всем вариантам ответа присвоены порядковые номера. В соответствии с ними пронумерованы столбцы в графе «Результаты попарных сравнений». Знаком «+» обозначены достоверные различия между частотой ответов, которые имеют номера, соответствующие номерам пересекающихся строки и столбца ($p \leq 0,05$).

■ ВЫВОДЫ

1. Ведущей стратегией совладания среди женщин с бесплодием определена является ассимилятивная 74,3% (ДИ 95% [66,5; 81,3]), содержание которой связано с сохранением личностной ценности и смысла ребенка и поиском путей рождение ребенка.
 2. Более половины женщин с бесплодием 68,3% (ДИ 95% [58,8; 77,1]) имеют средний уровень выраженности ассимилятивной стратегии совладания, что может служить вектором для психологической помощи.
 3. Отсутствуют достоверные различия между доминирующей стратегией совладания у женщин с положительным репродуктивным опытом (есть дети) и у женщин с отрицательным репродуктивным опытом (нет детей) ($p > 0,05$).
-

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Anderson K.M., Sharpe M., Rattray A., Irvine D.S. Distress and concerns in couples referred to a specialist infertility clinic. *Journal of Psychosomatic Research*. 2003;54(4):353–355.
2. Petok W.D. Male infertility: Family building magazine [Internet]. Available from: <http://www.resolve.org>.
3. Wasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. *Coping with stress: theory and psychodiagnostics*. St. Petersburg: Speech; 2010. 191 p. (in Russian)
4. Berezin F.B. *Psychological and psychophysiological adaptation of a person*. Leningrad: Science; 1988. 267 p. (in Russian)
5. Ni Y., Shen H., Yao H., et al. Differences in Fertility-Related Quality of Life and Emotional Status Among Women Undergoing Different IVF Treatment Cycles. *Psychol Res Behav Manag*. 2023;16:1873–1882. doi: 10.2147/PRBM.S411740.
6. Vashkevich-Vasilevskaya M.V. The effectiveness of psychotherapeutic intervention for anxiety and depression in infertility treatment: review. In: *Modern perinatal medical technologies in solving problems of demographic security*. 2020;13:47–52. (in Russian)
7. Zemzyulina I.N. Clinical and psychological aspects of the success of the extracorporeal fertilization procedure process. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2019;7(2):364–378. doi: 10.23888/humJ20192364-378. (in Russian)
8. Petrova N., Niauri D., Gzgzyan A., et al. Psychosomatic aspects of the infertility treatment with the in vitro fertilization method. *Vestnik of Saint Petersburg University. Medicine*. 2016;11(4):26–38. (in Russian)
9. Ryabova M.G. Psychological characteristics of women in treatment of sterility by extra-corporeal fertilization. *Russian Universities Reports. Mathematics*. 2014;19(1):121–123. (in Russian)
10. Naku E.A., Kovas Yu., Bokhan T.G., et al. Factors of negative psycho-emotional states among women undergoing IVFF treatment. *Siberian Psychological Journal*. 2017;63:119–135. doi: 10.17223/17267080/63/9. (in Russian)
11. Ismailova M., Kurbanova J. Interrelation Between Psychoemotional State of Women and the Results of In Vitro Fertilization. *Reproductive health. Eastern Europe*. 2023;13(6):599–605. doi: 10.34883/PI.2023.13.6.006. (in Russian)
12. Tyumina O.V., Moiseyeva I.V., Chertukhina O.B. Medical organizational arrangements towards health gain for infertile women of late reproductive age. *Bulletin of the Medical Institute REAVIZ: Rehabilitation, Doctor, and Health*. 2016;2:132–141. (in Russian)
13. Orel V.I., Krivolesova T.A. Assessment of the quality of care and organizational problems of infertility treatment by ART. *Medicine and health care organization (St. Petersburg)*. 2022;7(4):32–39. doi: 10.56871/MHCO.2022.55.47.004. (in Russian)
14. Salmina A.V., Karpinsky K.V., Boyko S.L., Kukharchik Yu.V. Method of medical prophylaxis of mental and behavioral disorders related to infertility in women. Instructions for use BY № 005-0224. 2024 June 24. Grodno, 2024. 12 p. (in Russian)
15. Karpinsky K.V. *The Personal Meaning of a Child: What Children Mean to Adults* : monogr. Grodno: GrGU. 2023:515 p.
16. Karpinsky K.V. Personal meaning of a child and the experience of a meaning crisis in a situation of infertility In: Bulletin of Federal State University of Education. Series: *Psychological Sciences*, 2024;2:40–55. doi: 10.18384/2949-5105-2024-2-40-55.

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.79.23.007>
УДК 616.896-071-08

Бизюкевич С.В. ✉, Станько Э.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

ГИПЕРДИАГНОСТИКА АУТИЗМА: КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ADI-R И ADOS-2 КАК СТАНДАРТОВ ДИАГНОСТИКИ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн научной статьи, сбор статистических данных, анализ и статистическая обработка полученных данных, анализ литературных источников, написание текста – Бизюкевич С.В.; критический пересмотр, анализ статистических данных, редактирование, написание текста – Станько Э.П.
Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025
Принята: 26.05.2025
Контакты: cteniamajskie@ya.ru

Резюме

Увеличение распространенности расстройств аутистического спектра (РАС) на глобальном уровне привлекает значительное внимание исследователей, ученых и специалистов различных областей к разработке инновационных методов диагностики, лечения и реабилитации детей, страдающих данной патологией. Однако расширение диагностических подходов и акцент на применение методов раннего скрининга, а также диагностических инструментов, соответствующих «Золотому стандарту», порождает обеспокоенность по поводу возможной гипердиагностики.

Цель нашего исследования заключалась в оценке эффективности верификации диагноза с использованием клинико-психопатологического метода исследования в сочетании с «Интервью для диагностики аутизма» (ADI-R) и «Планом диагностического обследования при аутизме» (ADOS-2). Исследование было проведено с участием 255 детей в возрасте от 5 до 10 лет, у которых наблюдались социо-коммуникативные нарушения и нарушения в психоречевом развитии, что позволяло предполагать наличие РАС.

Результаты исследования показали, что, несмотря на использование методов, соответствующих «Золотому стандарту» диагностики аутизма, проблема гипердиагностики требует разработки специфических подходов и путей решения. ADI-R и ADOS-2 остаются ценными инструментами в диагностическом процессе, которые считать абсолютными нельзя. Рост случаев диагностики РАС требует более осторожного и обдуманного подхода, чтобы предотвратить гипердиагностику и гарантировать надлежащую помощь тем, кто в ней действительно нуждается.

Важно продолжать исследование и совершенствование диагностических методов, а также внедрять многогранные подходы, учитывающие индивидуальные особенности каждого ребенка и контекст его развития. Это позволит обеспечить более точную диагностику и соответствующую интервенцию для детей с расстройствами аутистического спектра.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, диагностика, гипердиагностика, ADOS -2, ADI-R

Bizyukevich S. ✉, Stanko E.
Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Overdiagnosis of Autism: A Critical Analysis of the ADI-R and ADOS- 2 as Diagnostic Standards

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the scientific article, collection of statistical data, analysis and statistical processing of the obtained data, analysis of literary sources, writing the text – Bizyukevich S.; critical revision, analysis of statistical data, editing, writing the text – Stanko E.

The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: cteniamajskie@ya.ru

Abstract

The increasing prevalence of autism spectrum disorders (ASD) on a global level has attracted considerable attention from researchers, academics and professionals from different fields to develop innovative methods for the diagnosis, treatment and rehabilitation of children with this pathology. However, the expansion of diagnostic approaches and the emphasis on the use of early screening methods as well as Gold Standard diagnostic tools has raised concerns about possible overdiagnosis.

The aim of our study was to evaluate the effectiveness of diagnosis verification using a clinical-psychopathological examination method in combination with the Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) and the Autism Diagnostic Interview Schedule (ADOS-2). The study was conducted with 255 children between the ages of 5 and 10 years who had socio-communicative impairments and disorders in psycho-verbal development that suggested the presence of ASD.

The results of the study showed that, despite the use of methods consistent with the 'Gold Standard' of autism diagnosis, the problem of overdiagnosis requires the development of specific approaches and ways to address it. The ADI-R and ADOS-2 remain valuable tools in the diagnostic process that cannot be considered absolute. The increasing incidence of ASD diagnosis requires a more cautious and considered approach to prevent overdiagnosis and to ensure that those who are overdiagnosed receive appropriate care.

Keywords: autism spectrum disorders, diagnosis, overdiagnosis, ADOS-2, ADI-R

■ ВВЕДЕНИЕ

Общие расстройства психологического (психического) развития, более известные как расстройства аутистического спектра (РАС), привлекают все большее внимание исследователей, ученых и практикующих врачей в области детской психиатрии. Это обусловлено высокой распространенностью РАС и их значительными последствиями для развития детей.

Распространенность РАС, согласно многочисленным научным публикациям, демонстрирует значительную вариабельность и составляет не менее 1,5% в развитых странах. Данные эпидемиологических исследований указывают на то, что уровень распространенности РАС может колебаться в зависимости от различных факторов, включая методологию диагностики, культурные и социальные контексты, а также доступность медицинских услуг. В мире РАС диагностируются у одного из 160 детей [1]. В Европе наибольшая распространенность РАС зарегистрирована в Швеции, где наблюдается 115 случаев на 10 тысяч детского населения, в то время как наименьшие показатели зафиксированы в Хорватии – 2–3 случая на 10 тыс. детского населения. В 11 штатах США распространенность РАС среди детей в возрасте 8 лет составляет 1 случай на 59 человек [2].

Согласно данным, представленным С.В. Шпорт (2024), в период с 2019 по 2023 год наблюдается значительное увеличение показателя первичной заболеваемости аутизмом, составившее 145,1% на 100 тысяч подросткового населения. В то же время частота диагностики аутизма возросла на 77,4%. Для сравнения, увеличение случаев диагностики шизофрении составило 9,8%, а умственной отсталости – 5,3% [3], что подчеркивает актуальность данной проблемы в современной психиатрической практике, необходимость дальнейшего изучения факторов, способствующих росту заболеваемости РАС и повышению частоты их диагностики в данной возрастной группе.

В соответствии с данными, представленными Государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр психического здоровья», общая заболеваемость РАС в Республике Беларусь увеличилась с 115,1 до 309,5 случаев на 100 тысяч детского населения. За последние пять лет количество впервые выявленных случаев РАС (код F84.0–F84.30, F84.5) возросло в 3,4 раза, что соответствует 13,0 случаям на 100 тысяч детского населения в 2020 году и 44,2 случаям в 2024 году.

В последнее время в научном сообществе активно обсуждаются причины увеличения распространенности РАС среди детей. С одной стороны, существует мнение, что рост числа детей с РАС можно объяснить изменениями в диагностических методах, такими как внедрение инструментов ADOS-2 и ADI-R, а также расширением диагностических критериев, включая введение понятия «спектр аутизма» в Международной классификации болезней (МКБ-11). Кроме того, улучшение доступности медицинских услуг и повышение осведомленности среди родителей, педагогов, психологов, педиатров и неврологов также могут способствовать увеличению числа диагностируемых случаев. Fombonne (2018) продемонстрировал, что изменения, внесенные в рубрику РАС в DSM-5, привели к увеличению показателей диагностики РАС на 20-30% без реального роста заболеваемости, что указывает на необходимость дальнейшего изучения факторов, влияющих на распространенность РАС, с целью более глубокого понимания данной проблемы [4].

Согласно исследованиям последних лет, число зарегистрированных случаев детей с РАС не всегда точно отражает истинную распространенность этих расстройств, поскольку многие случаи остаются недиагностированными. Увеличение количества детей с РАС нередко связывается с гипердиагностикой. В.Э. Пашковский

и И.В. Макаров (2023) указывают, что гипердиагностика аутизма может быть обусловлена недостаточной конкретизацией диагностических критериев, а также игнорированием важного критерия, отраженного в DSM-5, а именно: «нарушения социального взаимодействия при РАС не должны быть объяснены ограниченными интеллектуальными возможностями».

Авторы также подчеркивают, что неверная интерпретация критериев РАС зачастую приводит к постановке диагноза лишь на основании количественных характеристик, таких как наличие двух или трех симптомов (например, эхолалии, стереотипии и др.), без учета качественных нарушений в социо-коммуникативной сфере. Кроме того, исследователи выделяют чрезмерную зависимость от стандартизированных инструментов, как существенную причину гипердиагностики РАС. Они акцентируют внимание на механическом применении как скрининговых (например, CARS, M-CHAT, CASD), так и диагностических инструментов (ADOS-2, ADI-R) без должного клинического анализа и опоры на клинико-психопатологический метод исследования, который является основополагающим в психиатрии. В ряде научных исследований было показано, что ранний скрининг РАС, основанный на использовании скрининговых инструментов, применяемых родителями, психологами и педиатрами, характеризуется низкой чувствительностью и определенным процентом ложноположительных результатов [5–8].

Несмотря на то, что множество зарубежных [9–14] и русскоязычных научных исследований [15–19] подтверждают высокую клиническую ценность применения методов ADOS-2 и ADI-R в диагностике РАС, в последние годы в США начали появляться работы, ставящие под сомнение практику обязательного использования этих методик как «Золотого стандарта» [20]. Ученые акцентируют внимание на том, что применение данных диагностических методов должно рассматриваться как дополнительное исследование, проводимое после основного исследования – клиническо-психопатологического интервью [21].

Социально-экономические факторы и организационные проблемы также оказывают значительное влияние на гипердиагностику РАС. К числу этих факторов относятся нехватка квалифицированных специалистов, а также расширение круга специалистов, вовлеченных в диагностику, включая врачей-неврологов и педиатров, а также специалистов, не имеющих права выставлять медицинский диагноз (психологи-педагоги, логопеды, дефектологи). Дополнительно, нарастающее давление со стороны родителей и образовательных учреждений на получение диагноза «РАС» часто связано с необходимостью преодоления трудностей в организации дошкольного и школьного образования, включая оформление группы инвалидности и получение тьютора.

Российские ученые В.Э. Пашковский и В.И. Макаров (2023) в своей книге «Расстройства аутистического спектра» указывают на негативные последствия вмешательства специалистов без медицинского образования в процесс диагностики РАС. Это вмешательство может привести к искажению реальных статистических данных и наносить моральный ущерб родителям, когда «авторитетное лицо» – психолог, дефектолог, нейропсихолог, нутрициолог и другие – ставит диагноз «аутизм» у их ребенка.

В результате этого возникает недоверие к врачу-психиатру со стороны родителей, что затягивает время обращения к специалисту и, как следствие, приводит к потере времени для начала коррекционных мероприятий в нейросензитивные периоды развития ребенка. Это, в свою очередь, может негативно сказаться на эффективности медико-коррекционных мероприятий в дальнейшем.

Как отмечается в ряде публикаций, нередко психические расстройства маскируются под «благопристойный» диагноз «РАС» как со стороны специалистов, так и родителей с целью расширения доступа к коррекционной и специализированной помощи (тьюторство, специализированные группы в детских садах и школах) для детей, не имеющих официального диагноза аутизма [22]. Это приводит к значительным экономическим затратам, поскольку в последние годы, в результате «модной» трактовки РАС, данный диагноз выставляется чуть ли не каждому второму ребенку с нарушениями в психическом развитии [23, 24].

Важную роль в гипердиагностике РАС играют диагностические ошибки и коморбидность РАС с другими психическими расстройствами. При отсутствии достаточных специализированных знаний о диагностических методах и клиническом полиморфизме РАС, врачи-психиатры часто неправильно интерпретируют симптомы синдрома дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), умственной отсталости и нарушений речи как проявления аутизма. Особенно выражены трудности дифференциальной диагностики РАС у детей младшего возраста, у которых отсутствует речь.

Таким образом, гипердиагностика РАС представляет собой многофакторную проблему, включающую нерешенные вопросы понимания методологических изменений критериев в связи с переходом на новые классификации, некритичное использование стандартизированных методов диагностики в ущерб клинико-психопатологическому исследованию, а также социально-экономические проблемы и трудности междисциплинарного взаимодействия. Кроме того, существует дефицит квалификации специалистов в понимании РАС с точки зрения нейропсихологического развития, а не как комплекса симптомов психического расстройства.

В связи с вышеизложенным представляется целесообразным оценить эффективность использования клинико-психопатологического метода исследования в комбинации со стандартизированными методами, такими как «Интервью для диагностики аутизма, ADI-R» и «План диагностического обследования при аутизме, ADOS-2», с целью верификации диагноза РАС.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка эффективности верификации диагноза РАС посредством применения клинико-психопатологического метода исследования в сочетании с использованием стандартизированных инструментов, таких как «Интервью для диагностики аутизма, ADI-R» и «План диагностического обследования при аутизме, ADOS-2».

Исследование направлено на выявление степени достоверности и точности диагностики РАС при комбинированном применении указанных методик, что позволит улучшить процесс диагностики и снизить вероятность гипердиагностики. Ожидается,

что результаты данного исследования внесут вклад в развитие методологических подходов к диагностике РАС и повысят качество предоставляемой коррекционной помощи детям с данным расстройством.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование было проведено с участием 255 детей в возрасте от 5 до 10 лет, проходивших стационарное обследование в детском отделении УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» в период с ноября 2017 года по июль 2020 года. В выборке 81,1% составили мальчики (207 человек), девочки – 18,8% (48 человек). Средний возраст участников мужского пола составил $5,2 \pm 1,84$ года, участниц женского пола – $5,6 \pm 1,86$ лет.

В группу исследования вошли пациенты, у которых были зафиксированы социо-коммуникативные нарушения и нарушения в психоречевом развитии, что позволяло предполагать наличие РАС. Проведение исследования соответствовало этическим принципам, установленным Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации.

Критериями включения в исследование стали: наличие информированного согласия от родителей или законных представителей ребенка на проведение обследования с использованием «Интервью для диагностики аутизма, пересмотренное, ADI-R» [25] и «План диагностического обследования при аутизме, второе издание, ADOS-2» [26]. В исследование были включены дети обоего пола, имевшие жалобы, которые указывали на нарушения развития, с умственным возрастом не менее 2 лет. Также учитывались следующие условия: отсутствие языкового барьера, все дети и их родители должны были быть русскоговорящими, отсутствие сенсорных и моторных нарушений, элективного мутизма (F94.0) у исследуемого ребенка, а также хронологический возраст не менее 12 месяцев. Данные критерии позволили обеспечить целостность выборки и достоверность получаемых результатов.

Интервью для диагностики аутизма (ADI-R) представляет собой структурированный опрос, предназначенный для сбора информации, необходимой для установления диагноза аутизма и оценки связанных психических нарушений, известных как расстройства аутистического спектра. Проведение ADI-R требует участия клинического интервьюера и информатора (родителя или воспитателя). Оцениваемый ребенок должен соответствовать уровню умственного развития не менее 2 лет 0 месяцев, и может принадлежать к любой социальной и возрастной группе. Время, затрачиваемое на интервью, составляет приблизительно 1,5 часа [25].

План диагностического обследования при аутизме (ADOS-2) выполняется в специально подготовленном помещении, в соответствии с инструкциями, изложенными в руководстве. ADOS-2 включает пять модулей, каждый из которых предлагает стандартные задания, количество которых варьируется от 10 до 15. Эти задания содержат социальные стимулы, способствующие общению и социальному взаимодействию. Выбор модуля определяется в зависимости от возраста ребенка и уровня его экспрессивной речи [26]. При использовании модулей 1 и 2 необходимо присутствие родителей или законных представителей обследуемого ребенка. Им заранее

разъясняются цель обследования, правила поведения и взаимодействия с ребенком, чтобы минимизировать внешнее вмешательство. Время обследования составляет от 40 до 60 минут [8].

Перевод на русский язык и адаптация инструментов «Интервью для диагностики аутизма, пересмотренное, ADI-R» и «Плана диагностического обследования при аутизме, ADOS-2» были проведены сотрудниками научной лаборатории Федерального ресурсного центра по организации комплексного сопровождения детей с расстройствами аутистического спектра Московского государственного психолого-педагогического университета [25, 26].

Оценка интеллекта (IQ) проводилась с использованием теста WPPSI (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence), адаптированного для исследования детей и подростков с 5 лет.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов описательной статистики. Полученные данные анализировались с применением лицензионной версии программы Statistica 10.0 (номер лицензии: AXAR207F394425FA-Q). Описание количественных показателей с нормальным распределением представлено в виде $M \pm \sigma$, где M – среднее значение, а σ – стандартное отклонение.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования, проведенного в детском психиатрическом отделении, родители или законные представители детей чаще всего сообщали о наличии следующих особенностей в психическом развитии: отсутствие или недостаточная реакция на слуховые раздражители при нормальном слухе; гиперсензитивность к обычным звукам, проявляющаяся в закрывании ушей и бегстве от источников звука; зрительный контакт, который либо не устанавливается, либо является кратковременным и формальным (характеризуется как «взгляд сквозь»); речевое развитие, не соответствующее возрастным нормам, включая произнесение лишь отдельных слов без обращения; отсутствие реакции на обращенную речь при нормальном слухе; невозможность выполнения даже простых инструкций и отсутствие понимания инструкций; отношения с матерью или близким лицом, характеризующиеся типами «симбиоза» или «недостатка внимания», включая отсутствие реакции на отсутствие близких людей или незнакомцев; оценка людей как неодушевленных предметов; проявление агрессии по отношению к сверстникам или аутоагрессии; отсутствие указательного жеста и неспособность делиться впечатлениями и эмоциями с другими; интерес к неигровым предметам или использование игрушек не по назначению; избирательность в еде; низкий уровень горлового плача или крика, необычные вокализации, эхолалии, стереотипные движения и раскачивания; гиперактивность, агрессия или аутоагрессия; отсутствие формирования туалетных навыков и навыков самообслуживания [27].

На основании исследовательских диагностических критериев, указанных в действующей классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), у 212 исследуемых детей был установлен диагноз из рубрики F.84.0-F.84.9. Распределение

клинических форм РАС среди обследованных детей представлено следующим образом: «Детский аутизм (F.84.0)» был диагностирован в 116 случаях (54,7%); «Атипичный аутизм (F.84.1)» отмечался у 48 детей (22,6%); «Дезинтегративное расстройство детского возраста (F.84.3)» было выявлено в 40 случаях (18,8%); в 8 случаях (3,7%) был установлен диагноз «Синдром Аспергера (F.84.5)». У остальных 43 детей (16,8%) были выставлены диагнозы, соответствующие диагностическим рубрикам F.83, F.90.1, F.06.7 в сочетании с F.80.8.

Данные о распределении детей в соответствии с выставленным диагнозом по МКБ-10 представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение детей в зависимости от пола в соответствии с выставленным диагнозом по МКБ-10

Table 1

Distribution of children by gender in accordance with the diagnosis made according to ICD-10

Диагноз по МКБ-10	Количество детей, абс. (%)	
	Мальчики, n=207 (81,1%)	Девочки, n=48 (18,8%)
F.84.0	95 (37,2)	21 (8,2)
F.84.1	36 (14,1)	12 (4,7)
F.84.3	33 (12,9)	7 (2,7)
F.84.5	8 (3,1)	–
Всего по F.84	172 (67,4)	40 (15,6)
F.83	10 (3,9)	4 (1,5)
F.90.1	13 (5,1)	–
F.06.7	12 (4,7)	4 (1,5)

Анализируя данные, представленные в табл. 1, можно выделить гендерную диспропорцию в распространенности расстройств развития, в частности РАС. Это наблюдение согласуется с мировой статистикой, согласно которой такие расстройства чаще встречаются у мальчиков. Ряд исследователей связывает предрасположенность мужчин к аутизму с хромосомными аномалиями, которые в 62,5% случаев могут быть выявлены исключительно у представителей мужского пола [28].

В соответствии с клиническим протоколом «Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами» от 31 декабря 2010 г. № 1387 все дети были обследованы учителем-логопедом. Результаты обследования показали, что большинство детей, а именно 221 ребенок (86,6%), не владели фразовой речью, демонстрируя речь в виде отдельных слов или вовсе не имея вербальной коммуникации, которая проявлялась в виде вокализаций. В 34 случаях (13,3%) развитие экспрессивной речи у детей ограничивалось использованием простых фраз для сообщения о физиологических и бытовых нуждах [8].

Следует подчеркнуть, что у всех исследуемых детей с РАС наблюдались специфические особенности речи, включая косноязычие, речевые штампы, эхолалию, бедность словарного запаса, неправильное употребление местоимений и глагольных форм, а также скандированное или растянутое произношение слов. У некоторых детей также отмечалась необычная просодика речи, проявлявшаяся в назальном или горловом оттенках при произнесении слов и фраз. Кроме того, у детей с РАС фиксировались меньше активный и пассивный словарь, а также дефекты звукопроизношения. Качественные нарушения речи проявлялись в трудностях коммуникативного использования речи с учетом социальной ситуации и контекста [8].

Отсутствие речи и особенности речевого развития у детей представляют собой значительную проблему в диагностике аутизма. Речевые нарушения зачастую становятся первостепенной и единственной жалобой родителей при обращении к специалистам. Обследование детей, не обладающих речью, создает значительные трудности в дифференциальной диагностике РАС и других расстройств развития. Это ставит перед специалистами задачу преодоления гипердиагностики аутизма, особенно в случаях, когда дети не владеют фразовой речью.

В диагностически сложных случаях применение стандартных методов, таких как ADOS-2 в сочетании с ADI-R, оправдано тем, что даже при отсутствии речи у ребенка эти инструменты могут быть использованы без ограничений, связанных с речевым развитием. Модули ADOS-2 предназначены для обследования детей как с отсутствием речи, так и с наличием беглой речи. ADI-R, в свою очередь, позволяет собрать подробную информацию о развитии ребенка и его особенностях поведения, основываясь на диагностических критериях РАС, а не только на мнении врача-специалиста. Структура интервью включает вопросы, которые позволяют установить диагностическую группу по предельным значениям в области качественных нарушений социального взаимодействия, ограниченных, повторяющихся и стереотипных паттернов поведения, а также качественных нарушений общения. Оценка включает как вербальный компонент, так и, в случае отсутствия речи, невербальный. Кроме того, ряд вопросов в интервью нацелен на интерпретацию симптомов, отмеченных родителями в первые 36 месяцев жизни ребенка, что соответствует области D – «Нарушения развития в возрасте до 36 месяцев» [29, 30, 31].

Современные исследования показывают, что у 60–75% детей с РАС наблюдаются интеллектуальные нарушения различной степени выраженности, что снижает эффективность лечебно-коррекционных мероприятий и ухудшает качество жизни таких пациентов [32, 33]. Сочетание аутистических расстройств с нарушениями интеллектуального развития требует от специалистов профессиональных компетенций, связанных с обеими группами психических расстройств [33]. Эти факторы усложняют клинические проявления и затрудняют использование традиционных методов диагностики [33].

Диагностические инструменты «Золотого стандарта» могут оказать неоценимую помощь в дифференциальной диагностике РАС и умственной отсталости, выделяя при этом проблемы в социо-коммуникативной сфере, а не интеллектуальные нарушения,

которые являются коморбидными по отношению к РАС. Тем не менее, следует отметить, что ADOS-2 не может использоваться у детей с хронологическим возрастом менее 12 месяцев [26]. А при наличии тяжелых степеней нарушения интеллекта, несмотря на высокую чувствительность метода (89%) и положительную прогностическую значимость (87%), валидность обследования с использованием ADOS-2 может быть сомнительной [19]. Это связано с тем, что стереотипные движения при умственной отсталости и слабая коммуникация, обусловленные когнитивными нарушениями, могут быть ошибочно интерпретированы как симптомы РАС. В таких случаях клинико-психопатологический метод исследования должен занимать первостепенное место в дифференциальной диагностике РАС [21, 34] и нарушений интеллекта, опираясь на основные симптомы тотальной ретардации психических процессов у детей. Эти симптомы имеют другую клиническую манифестацию при задержках интеллекта, в отличие от асинхронии развития, характерной для РАС.

Группа специалистов, занимающихся валидизацией и адаптацией ADOS-2 для русскоговорящего населения, подчеркивает недопустимость изолированного использования данного инструмента для постановки диагноза РАС или определения прав исследуемого ребенка на получение медицинских, образовательных или социальных услуг [26]. Авторы отмечают, что процесс диагностики РАС зачастую требует более длительного наблюдения за ребенком, чем само обследование с использованием ADOS-2. Дети с РАС не всегда могут полностью продемонстрировать характерные для данного расстройства формы поведения, что делает комбинацию методов ADI-R и ADOS-2 важной для повышения валидности полученных результатов.

Диагностика умственной отсталости у исследуемых детей и дифференциальная диагностика степеней тяжести умственной отсталости проводились в соответствии с клиническими проявлениями и действующими диагностическими критериями МКБ-10. В нашем исследовании было установлено, что у 11,7% (30 человек из n=255) обследуемых детей наблюдались пограничные значения IQ. В этих случаях нарушения интеллекта классифицировались как «Легкое когнитивное расстройство, вследствие дисфункции головного мозга» (F 06.7) у 16 (6,2%) детей и «Смешанное специфическое расстройство развития» (F 83) у 14 (5,4%) детей. У 21 ребенка (8,2%) с диагнозами «Гиперкинетическое расстройство поведения» и «Синдром Аспергера» IQ находился в пределах нормы.

Среди детей с РАС у 116 (45,5% от n=255) была установлена «Легкая умственная отсталость» (F 70.0 – F 70.1), а у 88 (34,5%) – «Умеренная умственная отсталость» (F 71.0 – F 71.1).

Для повышения верификации диагноза РАС в нашем исследовании использовалось интервью для диагностики аутизма (ADI-R), в рамках которого был выбран «Диагностический алгоритм» с учетом возраста ребенка (4 года и старше). Информация собиралась от родителей или законных представителей ребенка, хорошо знакомых с особенностями его развития и поведения с момента рождения до настоящего времени.

В результате проведенного интервью было отмечено, что информаторы (родители или законные представители) по различным причинам могли преувеличивать или недооценивать проблемы в развитии своего ребенка, что сказывалось на достоверности представленной информации и, соответственно, на результатах исследования. В таких ситуациях комбинация интервью (ADI-R) и непосредственного наблюдения за поведением ребенка с подозрением на наличие расстройства в спектре аутизма (ADOS-2) позволяет не только собрать информацию о поведении и развитии ребенка в ранний период, но и наблюдать за его взаимодействием и поведением в процессе игровых диагностических ситуаций. Это обеспечивает комплексную оценку характера психопатологических нарушений, затрагивающих развитие ребенка, а также их динамику изменений с учетом его взросления [25, 26].

Полученные результаты интервью с использованием метода ADI-R продемонстрировали значительное превышение предельных значений диагностического алгоритма по всем четырем диагностическим областям у детей с диагнозами «Детский аутизм» (107 человек, 41,9% от $n=255$), «Атипичный аутизм» (48 человек, 18,8%) и «Дезинтегративное расстройство детского возраста» (33 ребенка, 12,9%).

Среднее значение в области А «Качественные нарушения социального взаимодействия» составило $19,5 \pm 1,2$ баллов при предельном значении 10. В диагностической области В «Качественные нарушения общения» средние значения составили $15,6 \pm 1,4$ баллов для детей с диагнозом «Детский аутизм» и $12,5 \pm 1,1$ баллов для детей с атипичным аутизмом, при предельном значении 8. В области С «Ограниченные, повторяющиеся и стереотипные паттерны поведения» среднее значение составило $10 \pm 1,3$ баллов, превышая предельное значение - 3 балла. В области D «Нарушения развития в возрасте до 36 месяцев» все дети с РАС также показали превышение предельного значения.

Дети с диагнозами «Атипичный аутизм», «Дезинтегративное расстройство детского возраста» и «Синдром Аспергера» также продемонстрировали превышение значений диагностического алгоритма по всем областям интервью, однако балльные оценки у этих детей были значительно ниже по сравнению с детьми, имеющими диагноз «Детский аутизм».

В 1,9% (5 человек) случаев от общего числа обследуемых детей ($n=255$) не было обнаружено превышения значений диагностического алгоритма по отдельным областям, либо выявлялись смешанные результаты, когда оценки соответствовали лишь части диагностических критериев. У 3 детей (1,1%) с диагнозом «Смешанное специфическое расстройство развития» и у 2 детей (0,8%) с диагнозом «Легкое когнитивное расстройство, вследствие дисфункции головного мозга» оценка по качественным нарушениям социального взаимодействия была значительно выше предельных значений, однако баллы по остальным диагностическим областям не превышали предельных оценок. Это может свидетельствовать о частичном совпадении симптомов нарушений развития и РАС, подчеркивая сложность и неоднозначность диагностики, основанной только на одном стандартизированном инструменте.

Согласно российским клиническим рекомендациям по РАС (2020), несмотря на высокую специфичность ADI-R в отношении симптомов, связанных с РАС, его результаты не могут заменить необходимость клинической оценки. Совместное использование ADOS-2 и ADI-R значительно повышает точность диагностики РАС.

По результатам исследования, проведенного с использованием ADOS-2, общий балл у обследуемых детей варьировал от 6 до 28, при этом среднее значение составило $18,5 \pm 4,7$ баллов. На основании полученного общего балла дети были разделены на диагностические категории, что позволяет более точно оценивать уровень и характер расстройства.

Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям представлено в табл. 2.

Таблица 2

Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям

Table 2

Distribution of examined children by diagnostic categories

Диагностическая категория	Количество детей (n=255) абс. (%)
Аутизм	116 (45,5)
Спектр аутизма	96 (37,6)
Вне спектра аутизма	43 (16,8)

Анализируя данные, представленные в таблице 2, можно отметить, что более половины обследованных детей были отнесены к диагностической категории «Аутизм», что свидетельствует о значительной доле классических случаев аутизма в выборке. Вторая по численности группа – «Спектр аутизма» – подчеркивает распространенность менее выраженных или атипичных форм РАС. Небольшая часть детей (16,8%) была отнесена к диагностической группе «Вне спектра аутизма», что указывает на то, что, несмотря на наличие симптомов, их выраженность не достигает уровня диагностических критериев и может свидетельствовать о наличии других нарушений развития у этих детей.

Важно отметить, что результаты диагностической группы по ADOS-2 (инструментальная оценка) не всегда совпадают с клиническим диагнозом. Это может приводить к ложноположительным и ложноотрицательным результатам, что обусловлено рядом факторов. Как указано в руководстве по методу, валидность полученных результатов по ADOS-2 может быть нарушена из-за неверного выбора модуля обследования, который не учитывает уровень развития речи и возраст ребенка, а также из-за нарушения последовательности предъявления стимулов. Критически важным является наличие специализированных знаний в области клинических проявлений РАС и других нарушений развития, а также качество и опыт специалиста, проводящего обследование с использованием ADOS-2. Клинические навыки и интерпретация специалиста играют значительную роль в оценке достоверности результатов.

Особенностью применения данного стандартизированного метода является определение степени выраженности клинических проявлений РАС, которая определяется с помощью сравнительного балла ADOS-2. Этот балл рассчитывается на основании суммы баллов по категориям социального аффекта (СА) и ограниченных стереотипных форм поведения (ОСП) с учетом возраста и уровня владения экспрессивной речью. В отличие от диагностической группы, сравнительный балл представляет собой количественную оценку, позволяющую понять степень выраженности симптомов, связанных со спектром аутизма, у обследуемого ребенка. Сравнительный балл, как и диагностическая группа, должен интерпретироваться в контексте всей клинической информации, так как он отражает лишь степень выраженности симптомов, а не общий уровень нарушений (когнитивных, речевых и др.) [19].

Показатели сравнительного балла у обследуемых детей, согласно ADOS-2, варьировали от 4 до 10 баллов, при этом среднее значение составило $6,5 \pm 2,0$, что соответствует следующим уровням выраженности: низкая, умеренная и высокая.

Анализируя распределение степени выраженности симптомов РАС согласно ADOS-2, можно отметить, что у 90 детей (35,2%), находящихся в категории «Аутизм», была отмечена высокая степень выраженности аутистических признаков, у 26 детей (10,1%) – умеренная степень. В диагностической категории «Спектр аутизма» у 91 ребенка (35,5%) была выявлена умеренная степень тяжести РАС, а у 5 детей (2%) – низкая.

Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям ADOS-2 в зависимости от степени тяжести РАС и выставленного диагноза по МКБ-10 представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение обследуемых детей по диагностическим категориям ADOS-2 в зависимости от степени тяжести РАС и выставленного диагноза по МКБ-10

Table 3

Distribution of examined children by ADOS-2 diagnostic categories depending on the severity of ASD and the diagnosis made according to ICD-10

Диагностическая категория по ADOS-2	Степень тяжести РАС по ADOS-2	Диагноз по МКБ-10 (n=255), абс. (%)						
		F.84.0	F.84.1	F.84.3	F.84.5	F.83	F.90.1	F.06.7
«Аутизм»	высокая	90 (35,2)						
	умеренная	26 (10,1)						
«Спектр аутизма»	умеренная		46 (18,0)	39 (15,2)	6 (2,3)			
	низкая		2 (0,8)	1 (0,4)	2 (0,8)			
«Вне спектра аутизма»	низкая					8 (3,1)	8 (3,1)	13 (5,0)
	минимальная					6 (2,3)	5 (1,9)	3 (3,1)

Как видно из табл. 3, дети с диагнозом «Детский аутизм» в большинстве случаев были отнесены к диагностической категории «Аутизм» по ADOS-2. Дети с диагнозами «Атипичный аутизм», «Другое дезинтеративное расстройство детского возраста» и

«Синдром Аспергера» согласно обследованию по ADOS-2 были классифицированы в категорию «Спектр аутизма». Дети с диагнозами из рубрик F.83, F.90.1 и F.06.7 по результатам ADOS-2 попали в категорию «Вне спектра аутизма».

Дети с диагнозом «Детский аутизм» в основном показывали высокую и умеренную степень тяжести РАС. В то время как у детей с диагнозами «Атипичный аутизм», «Другое дезинтеративное расстройство детского возраста» и «Синдром Аспергера» были определены умеренные и низкие степени тяжести РАС.

Следует отметить, что, несмотря на наличие признаков РАС у детей с диагнозами из рубрик F.83, F.90.1 и F.06.7, они были отнесены к категории «Вне спектра аутизма» с низкой степенью выраженности симптомов. Это исключает наличие РАС у исследуемых детей и может указывать на вторичную природу проявления признаков РАС, особенно в случаях, когда психические расстройства проявляются дефицитом внимания, гиперактивностью и избирательностью интересов.

Для корректной диагностики и интерпретации результатов обследования по ADOS-2 крайне важно использовать феноменологический (описательный) подход. Это включает в себя подробную характеристику как применяемого модуля, так и выявленных нарушений и особенностей поведения ребенка на момент обследования. Как указано в руководстве по ADOS-2, данный метод может служить не только инструментом диагностики, но и средством оценки динамики развития ребенка после медико-коррекционных мероприятий.

В нашем исследовании было отмечено, что при высокой степени тяжести РАС клинические признаки характеризовались качественными нарушениями в социальном взаимодействии. Дети использовали руку родителя для общения или передачи социального намерения, не демонстрировали навыков указывания и не поддерживали глазной контакт. Ограниченный диапазон эмоций и слабая мимическая экспрессия также были характерны для данной группы. Отсутствие реакции на имя и редкие социальные инициативы указывали на значительные нарушения в взаимодействии. Дети с высокой степенью тяжести РАС не проявляли удовольствия от взаимодействия с исследователем и демонстрировали стереотипное и манипулятивное поведение в игре [8].

Дети с умеренной степенью тяжести РАС использовали указывание на предметы, координируя его с глазным контактом или вокализациями, однако демонстрировали слабо модулированный глазной контакт и ограниченный диапазон эмоций. Игровая деятельность была примитивной и стереотипной, с трудностями в реализации воображаемой игры [8].

У детей с низкой степенью тяжести РАС наблюдались нарушения только в социальном взаимодействии и коммуникации, а также наличие ограниченных интересов, но отсутствие стереотипных паттернов поведения. Это подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и интерпретации результатов, чтобы учитывать индивидуальные особенности каждого ребенка и уровень выраженности симптомов РАС [8].

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного исследования можно сделать однозначный вывод о том, что инструменты ADI-R и ADOS-2, в сочетании с клинико-психопатологическим методом, представляют собой эффективные средства для диагностики расстройств аутистического спектра у детей, начиная с 12 месяцев. Их совместное использование позволяет более точно оценивать степень выраженности симптомов, что существенно облегчает диагностический процесс, даже в случаях отсутствия фразовой речи.

Рекомендуется комбинировать ADOS-2 и ADI-R для повышения точности результатов обследования и дифференциации намеренного преувеличения симптомов РАС родителями [34]. Это важно для обеспечения адекватной интерпретации полученных данных и формулирования правильного клинического диагноза.

Установление клинического диагноза РАС должно основываться на комплексном обследовании и соответствии диагностическим критериям, таким как МКБ-10. Понимание различий между диагностической группой по ADOS-2 и клиническим диагнозом критически важно не только для диагностики РАС, но и для правильного планирования коррекционных мероприятий и реабилитационных программ, формулированию рекомендаций по организации обучения, что в целом оказывает существенное влияние на когнитивное, речевое, поведенческое и адаптивное функционирование ребенка [19, 35].

Существуют трудности, такие как субъективность интерпретации результатов ADOS-2 и ADI-R, которые могут привести к гипердиагностике. Эффект «подтверждающей предвзятости» если врач ожидает увидеть аутизм, он может переоценивать симптомы, что требует высокой квалификации специалистов для минимизации ошибок в интерпретации.

Для снижения случаев гипердиагностики рекомендуется внедрять многоэтапный и комплексный подход к диагностике, который включает клиническое наблюдение и тестирование на нарушения не только в социальной, коммуникативной и интеллектуальной сферах жизнедеятельности детей с РАС, но и в моторной, бытовой и учебной. Это поможет исключить другие возможные нарушения, такие как СДВГ и интеллектуальные расстройства.

Повышение квалификации специалистов в области диагностики РАС также играет ключевую роль в предотвращении ошибок интерпретации и обеспечении адекватного подхода к каждому ребенку.

Таким образом, комплексный и многоуровневый подход к диагностике расстройств аутистического спектра, а также грамотная интерпретация результатов, являются основополагающими для успешного планирования коррекционных мероприятий и реабилитации, что в конечном итоге способствует улучшению когнитивного, речевого, поведенческого и адаптивного функционирования детей с аутистическими расстройствами.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity: meeting report. World Health Organization 2013. P.40. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506618>
2. Baio J., Wiggins L. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill. Sum.* 2018;67 (6):1–23. DOI: 10.15585/mmwr.s6706a1
3. Shport S.V., Mukashkina O.A. [Psychiatric care for the population of the Russian Federation: resource provision and dynamics of indicators]. *Siberian Bulletin of Psychiatry and Narcology*. 2024;4(125):82–96. DOI: 10.26617/1810-3111-2024-4 (125)-82-96. (In Russ.)
4. Fombonne E. The rising prevalence of autism. *J. Autism Dev. Disord.* 2018;48(6):1911–1930. DOI: 10.1007/s10803-017-3447-z
5. Tsang L.P.M., Choon H.H. Autism spectrum disorder: early identification and management in primary care. *J. Singapore Med.* 2019;60(7):324–328. DOI: 10.11622/smedj.2019070
6. Chambers N.J., Wetherby A.M. Early detection of autism spectrum disorder in young isi Zulu-speaking children in South Africa. *Autism*. 2017;21(5):518–526. DOI: 10.1177/1362363116651196
7. Suren P., Saasen-Havdahl A. Sensitivity and specificity of early screening for autism. *BJPsych Open*. 2019;5(3):e41. DOI: 10.1192/bjo.2019.34
8. Bizyukevich S.V. Autism spectrum disorders (clinical, diagnostic and molecular genetic aspects). Grodno: Grodno State Medical University; 2024. (In Russ.)
9. Lee K.S., Chung S.J. Exploring Diagnostic Validity of the Autism Diagnostic Observation Schedule-2 in South Korean Toddlers and Preschoolers. *Autism Res*. 2019;12(9):1356–1366. DOI: 10.1002/aur.2125
10. Fusar-Poli L., Brondino N. Diagnosing ASD in Adults Without ID: Accuracy of the ADOS-2 and the ADI-R. *J. Autism Dev. Disord.* 2017;47(11):3370–3379. DOI: 10.1007/s10803-017-3258-2
11. Algar V., Wright B. Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Deaf Children Using Two Standardised Assessment Instruments: The ADIR-Deaf Adaptation and the ADOS-2 Deaf Adaptation. *J. Clin. Med.* 2021;10(19):4374. DOI: 10.3390/jcm10194374
12. Lebersfeld J.B., Swanson M. Systematic Review and Meta-Analysis of the Clinical Utility of the ADOS-2 and the ADI-R in Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Children. *J. Autism Dev. Disord.* 2021;51(11):4101–4114. DOI: 10.1007/s10803-020-04839-z
13. Huang Chi-F., Lin Yu-S. Validation of the Chinese Version of the Autism Diagnostic Interview-Revised in Autism Spectrum Disorder. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2022;18:327–339. DOI: 10.2147/NDT.S345568
14. Oh M., Song Da-Yea. Validating the Autism Diagnostic Interview-Revised in the Korean Population. *Psychiatry Investig.* 2021;18(3):196–204. DOI: 10.30773/pi.2020.0337
15. Severin A.P. Diagnosis of autism spectrum disorders in childhood. *Chronos*. 2021;6(8/58):35–38. DOI: 10.52013/2658-7556-58-8-7. (In Russ.)
16. Danilina K.K., Korovina N.Yu. Using the ADOS to Diagnose Autism Spectrum Disorders in Adolescents and Adults. *Child and adolescent rehabilitation*. 2019;3(39):54–56. (In Russ.)
17. Muharyamova L.M., Saveleva Zh.V. Autism Diagnosis: Interaction between Doctors and Parents in the Interests of Children. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2020;11 (3):644–653. DOI: 10.34883/PI.2020.11.3.020 (In Russ.)
18. Stroeve I.A. Application of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) in a rehabilitation center for children and adolescents with disabilities. *Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conf.* Moskva: MGPPU; 2017. (In Russ.)
19. Bizyukevich S. V. Diagnostic Capabilities of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2). *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2021;12(3):432–442. DOI: 10.34883/PI.2021.12.3.006. (In Russ.)
20. Bizyukevich S.V. The Problem of Overdiagnosis of Autism Spectrum Disorders. *Collection of materials of the final scientific and practical conference*. Grodno: Grodno State Medical University; 2024. (In Russ.)
21. Kamp-Becker I., Tauscher J. The Combination of ADOS and ADI-R Necessary to Classify ASD? Rethinking the «Gold Standard» in Diagnosing ASD. *Front Psychiatry*. 2021;12:727308. DOI: 10.3389/fpsy.2021.727308
22. Makarov I.V., Avtenyuk A.S. Diagnosis of childhood autism: errors and difficulties. *Social and clinical psychiatry*. 2018;28(3):74–81. (In Russ.)
23. Fesenko Yu.A., Fesenko E.Yu. Modern problem of diagnostics of early childhood autism (ECA) and autism spectrum disorders (ASD). *Bulletin of the Leningrad State University named after A.S. Pushkin*. 2021;2:374–382. DOI: 10.35231/18186653_2021_2_374 (In Russ.)
24. Pashkovskij V.E., Makarov I.V. Autism Spectrum Disorders. Moskva: MEDpress-inform; 2023. (In Russ.)
25. Rutter M., Couteau A.L. ADI-R. Autism Diagnostic Interview: manual, revised. Western psychological services: Giunti O.S.; 2014. (In Russ.)
26. Lord K. Autism diagnostic observation schedule (ADOS-2). Western psychological services: Giunti O.S.; 2016. (In Russ.)
27. Bizyukevich S. V., Karpuk V. A. Algorithm for diagnosing autism spectrum disorders in young children: instructions for use. Grodno: Grodno State Medical University; 2021. (In Russ.)
28. Bizyukevich S.V., Karpuk V.A. Genetic aspects of the etiopathogenesis of autism spectrum disorders. Literature review. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2019;10(1):148–156. (In Russ.)
29. Sorokin A.B., Zotova M.A. Screening methods for identifying the target group "autism spectrum" by teachers and psychologists. *Psychological science and education*. 2016;21(3):7–15. (In Russ.)
30. Sorokin A.B. Standardized methods for autism diagnostics: experience with ADOS-2 and ADI-R. *Autism and developmental disabilities*. 2021;19(1):12–24. (In Russ.)
31. Sorokin A.B., Davydova E.YU. To assess the behavioral and communication characteristics of toddlers with suspected autism spectrum disorder using the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2). *Autism and developmental disabilities*. 2017;15(2):38–44. (In Russ.)
32. Bizyukevich S.V., Star'ko E.P. Intellectual developmental disabilities in children with autism spectrum disorders associated with polymorphism of folate cycle genes. *Mental health issues in children and adolescents*. 2023;4:11–17. (In Russ.)
33. Sorokin A.B. Intellectual Disabilities in Autism Spectrum Disorders. *Modern foreign psychology*. 2018;7(1):3844. DOI:10.17759/jmfp.2018070104. (In Russ.)
34. Marzouki H. Effects of Aquatic Training in Children with Autism Spectrum Disorder. *Biology*. 2022;11(5):657. DOI: 10.3390/biology11050657
35. Kalmykova N.YU. Autism and Autism Spectrum Disorders: Diagnostic Directions. *Special Psychology: Research and Practice*. 2019;2:38–47. (In Russ.)

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.92.43.008>
УДК 340.6: [343.225.42:343.139.6] (476.6)

Евтухович Е.Д.¹ ✉, Винникова И.Н.², Подобед-Цегалко А.Е.¹

¹ Минский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», Минск, Беларусь

² Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского, Москва, Россия

ОТДЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ «ВОЗРАСТНОЙ НЕВМЕНЯЕМОСТИ» ПРИМЕНИТЕЛЬНО К БЕЛОРУССКОМУ И РОССИЙСКОМУ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВУ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Евтухович Е.Д.; концепция и дизайн исследования, редактирование, сбор материала, обработка – Винникова И.Н.; концепция и дизайн исследования, сбор материала, обработка, написание текста – Подобед-Цегалко А.Е. Статья опубликована в авторской редакции.

Финансирование: исследование выполнено по инициативе авторов без привлечения финансирования.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: cteniamajskie@ya.ru

Резюме

В статье представлен сравнительный анализ критериев «возрастной невменяемости» в белорусском и российском уголовном законодательстве. Проведено исследование содержания психической незрелости несовершеннолетних применительно к оценке их способности осуществлять осознанно-волевую регуляцию своего поведения в юридически значимый период времени. Обосновывается мнение о невозможности всесторонне и полно оценить проявления психической незрелости несовершеннолетних и ее влияние на осознанно-волевую регуляцию поведения при совершении общественно опасных деяний в ситуации отсутствия в законодательстве волевого компонента юридического критерия «возрастной невменяемости». Дискутируются вопросы совершенствования подходов к установлению критериев «возрастной невменяемости», включая их наполнение, необходимость изменения белорусского законодательства в части введения волевого критерия «возрастной невменяемости», а также совершенствование судебно-экспертной практики диагностики критериев «возрастной невменяемости» применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних.

Ключевые слова: вменяемость, возрастная невменяемость, юридический критерий невменяемости, интеллектуальный и волевой компоненты, отставание в психическом развитии, преступность несовершеннолетних, половые преступления

Yauheni D. Yeutukhovich¹ ✉, Irina N. Vinnikova², Andrey E. Padabed-Tsahalka¹

¹ Minsk Regional Clinical Centre "Psychiatry – Narcology", Minsk, Belarus

² V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Certain Aspects of "Age-related Criminal Insanity" in Relation to Belarusian and Russian Legislation

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study, editing, collection of materials, processing, writing the text – Yeutukhovich Y.; concept and design of the study, editing, collection of materials, processing – Vinnikova I.; concept and design of the study, collection of materials, processing, writing the text – Padabed-Tsahalka A.

The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: cteniamajskie@ya.ru

Abstract

The article presents a comparative analysis of the consequences of "age-related insanity" in Belarusian and Russian criminal legislation. A study of the content of mental immaturity of minors is conducted, as applied to the assessment of their abilities to study conscious-volitional regulation of their behavior in a legally significant period of time. The article substantiates the opinion that it is impossible to comprehensively and fully assess the manifestations of mental immaturity of minors and its influence on the conscious-volitional regulation of behavior when committing socially dangerous acts in a situation where there is no volitional component of the legal criterion of "age-related insanity" in the legislation. The issues of improving approaches to establishing the criteria of "age insanity" are discussed, including their content, the need to change Belarusian legislation in terms of introducing a volitional criterion of "age insanity", as well as improving forensic practice of diagnosing the criteria of "age insanity" in relation to illegal sexual acts of minors.

Keywords: criminal sanity, age-specific criminal insanity, legal criterion of criminal insanity, intellectual and volitional components, mental retardation, juvenile delinquency, sexual crimes

■ ВВЕДЕНИЕ

Основой уголовной ответственности человека является наличие у него способности к самостоятельному, свободному выбору действий с учетом действующих в обществе норм и правил. Формируется такая способность в процессе возрастного развития и социализации. Вменяемость, как предпосылка вины, определяет возможность наступления уголовной ответственности. Невменяемость же, обуславливая невиновное совершение уголовно наказуемого деяния, исключает возможность уголовной ответственности. Особое место среди понятий «вменяемость» и «невменяемость» занимает понятие «возрастная невменяемость». Наличие в законодательствах Республики Беларусь и Российской Федерации данного уголовно-правового институ-

та позволяет при реализации уголовного преследования ориентироваться на индивидуальные особенности личности несовершеннолетнего, совершившего уголовно наказуемое деяние.

■ ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Поиск возможных путей изменения белорусского законодательства и судебно-экспертной практики применительно к совершенствованию подходов к установлению критериев «возрастной невменяемости», включая их наполнение и использование применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В работе использовались актуальные нормативные правовые и иные правовые акты Республики Беларусь и Российской Федерации, определяющие содержание уголовно-правового института «возрастной невменяемости», смысловое наполнение критериев «возрастной невменяемости» и их диагностику, условия, определяющие применение «возрастной невменяемости» в уголовном процессе. Посредством методов, используемые на теоретическом уровне исследований, с учетом актуальных подходов в белорусской и российской судебно-экспертной практике, в том числе по деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних, проведено исследование критериев «возрастной невменяемости» на предмет их релевантности определенным особенностям интеллектуальной и волевой сфер психической деятельности несовершеннолетних.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Несформированность у несовершеннолетнего лица способности учитывать в своих действиях принятые в обществе нормы и правила определяет невозможность привлечения его к уголовной ответственности, для обозначения чего в специальной литературе используется термин «возрастная невменяемость».

В соответствии с белорусским и российским уголовным законодательством одним из условий уголовной ответственности является возраст лица, совершившего деяния, предусмотренные соответственно Особенными частями Уголовного кодекса Республики Беларусь (УК РБ) и Уголовного кодекса Российской Федерации (УК РФ).

Части первая и вторая статей 27 УК РБ и 20 УК РФ соединяют возрастную вменяемость с достижением определенного возраста и устанавливают, что для большинства составов преступлений уголовной ответственности подлежит лицо, достигшее ко времени совершения преступления шестнадцатилетнего возраста, а по ряду запрещенных уголовными кодексами деяний – лицо в возрасте от четырнадцати до шестнадцати лет.

Установленные возрастные интервалы законодатель ассоциирует с таким уровнем социального, психического и нравственного развития несовершеннолетнего, который позволяет привлечь его к уголовной ответственности, поскольку достижение

данного уровня развития определяет его (несовершеннолетнего) индивидуальное формирование и становление как личности, позволяет социально ориентироваться, осуществлять выбор поведения, при этом учитывая как последствия своего поведения, так и, предвидя данные последствия, отказываться от совершения тех или иных действий. Посредством этого происходит управление своим поведением, в том числе и с точки зрения оценки своего поведения с позиции социальных, правовых, нравственных правил и норм. Исходя из этого следует, что лицо в определенном возрасте должно быть способно осознавать основные нормы права и нравственности, принятые в данном обществе (стране), понимать их социальное значение, а также последствия своих действий как для себя, так и для других лиц, прогнозировать результаты своего поведения.

Составы преступлений в законодательствах Республики Беларусь и Российской Федерации, по которым субъект преступления подлежит уголовной ответственности по достижению четырнадцати лет, во многом совпадают: это убийство, похищение человека, изнасилование, насильственные действия сексуального характера, кража, грабеж, разбой, вымогательство, захват заложника, умышленное причинение тяжкого телесного повреждения (умышленное причинение тяжкого вреда здоровью в российском законодательстве), умышленное причинение менее тяжкого телесного повреждения (умышленное причинение средней тяжести вреда здоровью), угон транспортного средства или маломерного судна (неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения), умышленные уничтожение либо повреждение чужого имущества (умышленные уничтожение или повреждение имущества при отягчающих обстоятельствах), хищение наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов (хищение либо вымогательство наркотических средств или психотропных веществ), хищение огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ (хищение либо вымогательство оружия, боеприпасов, взрывчатых веществ и взрывных устройств), хулиганство (хулиганство при отягчающих обстоятельствах), заведомо ложное сообщение об опасности (заведомо ложное сообщение об акте терроризма), осквернение сооружений и порча имущества (вандализм), умышленное приведение в негодность транспортного средства или путей сообщения (приведение в негодность транспортных средств или путей сообщения).

Есть и определенные различия. Так, например, в Республике Беларусь с четырнадцатилетнего возраста предусмотрена уголовная ответственность за такие преступления, как причинение смерти по неосторожности, хищение имущества путем модификации компьютерной информации, незаконный оборот наркотических средств, психотропных веществ, их прекурсоров или аналогов, а в Российской Федерации – преступные деяния, фактически представляющие собой различные виды террористической деятельностью (террористический акт, прохождение обучения в целях осуществления террористической деятельности, участие в террористическом сообществе, участие в деятельности террористической организации, акт международного терроризма), участие в незаконном вооруженном формировании, участие в

массовых беспорядках, незаконные изготовление или приобретение, передача, сбыт, хранение, перевозка или ношение взрывчатых веществ или взрывных устройств, посягательство на жизнь государственного или общественного деятеля, несообщение о преступлении.

Частью 3 статей 27 УК РБ и 20 УК РФ предусмотрены условия, при которых несовершеннолетнее лицо, которое достигло возраста, с которого наступает уголовная ответственность, не подлежит уголовной ответственности. Так, согласно действующему белорусскому законодательству, не подлежит уголовной ответственности несовершеннолетнее лицо, которое вследствие отставания в психическом развитии, не связанного с психическим расстройством (заболеванием), во время совершения общественно опасного деяния не было способно сознавать фактический характер или общественную опасность своего деяния. Согласно российскому законодательству – когда несовершеннолетний вследствие отставания в психическом развитии, не связанном с психическим расстройством, во время совершения общественно опасного деяния не мог в полной мере осознавать фактический характер и общественную опасность своих действий (бездействия) либо руководить ими [1].

Следует отметить, что установление критериев «возрастной невменяемости» осуществляется при проведении комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы, при этом принятие решения о привлечении к уголовной ответственности либо освобождения от нее несовершеннолетнего осуществляется судом.

Законодательно установленный возраст наступления уголовной ответственности за соответствующее преступление предполагает способность лица понимать характер и социальную значимость своих действий, соотносить свои желания и побуждения с требованиями общественного запрета и нормами поведения, установленными в обществе, а также способность правильно воспринимать уголовное наказание. Однако жизненные условия и обстоятельства, в которых происходит развитие подростков и их формирование весьма разнообразны, как разнообразны и личностные особенности каждого конкретного индивидуума. Поэтому при привлечении несовершеннолетнего лица к уголовной ответственности следует учитывать многообразие указанных обстоятельств и особенностей для решения вопроса, возможно ли такое привлечение за совершение конкретного деяния с учетом условий и обстоятельств его совершения.

Следует обратить внимание на то, что структура юридического критерия «возрастной невменяемости» в белорусском законодательстве, в отличие от российского, содержит лишь интеллектуальный компонент – не способность понимать фактический характер и общественную опасность своих действий, волевой же компонент – способность осуществлять волевую регуляцию своего поведения, отсутствует.

Интеллектуальный компонент является проявлением когнитивного процесса и заключается в определении способности лица к осознанию опасности своего деяния, его фактического характера. При этом данный компонент помимо интеллектуального недоразвития включает в себя нарушения личностного развития, которые могут приводить к недостаточному уровню правового, социального, нравственного сознания.

Волевой компонент выражается в способности лица к руководству своими действиями в юридически-значимый период времени.

Данные компоненты – интеллектуальный и волевой – относительно обособлены, самостоятельны, каждый из них подлежит отдельной и последовательной положительной либо отрицательной оценке. При этом для установления состояния невменяемости не обязательно одновременное наличие обоих компонентов юридического критерия невменяемости. Вместе с тем наличие интеллектуального компонента невменяемости влечет за собой констатацию наличия волевого компонента, поскольку при отсутствии понимания фактического характера и общественной опасности своих действий субъект уголовно-наказуемого деяния не может применить свои волевые ресурсы для регуляции своего поведения в соответствии с нормами права и нравственности, принятыми в конкретном обществе.

Волевые качества в контексте совершения подростком уголовно наказуемого деяния определяют возможность принимать и реализовывать принятые решения, а также способность принимать решение, подавлять желание либо выбирать способ реализации потребности.

Белорусскими специалистами в области охраны психического здоровья отмечается необходимость дальнейшей проработки и совершенствования вопросов «возрастной невменяемости» в уголовном процессе [2, 3].

Проявления психической незрелости несовершеннолетнего, обозначаемые понятием «отставание в психическом развитии, не связанное с психическим расстройством (заболеванием)», носят целостный характер, затрагивают не только познавательную деятельность, но и личностные свойства несовершеннолетних, определяющие потенциальную возможность наличия выраженной дефицитарности волевой регуляции поведения в юридически значимый период времени. Отсутствие волевого компонента юридического критерия «возрастной невменяемости» в белорусском законодательстве приводит к фрагментарной оценке проявлений психической незрелости несовершеннолетнего лица и не учитывает такой важный ее аспект, как личностная незрелость, что не позволяет всесторонне и полно оценить проявления психической незрелости несовершеннолетних и ее влияние на осознанно-волевую регуляцию поведения при совершении общественно опасного деяния [3].

Воля, как регулятор осмысленного поведения несовершеннолетнего, в определенном смысле результируя и реализуя возможности внимания, восприятия, мышления, памяти, является крайне важным компонентом с позиции оценки «возрастной невменяемости». Достаточность волевого регулирования поведения определяется исходя из наличия способности к сознательным усилиям, обеспечивающим преодоление трудностей при достижении целей применительно к юридически значимой ситуации, наличия концентрации и устойчивости волевых усилий, способности предпринять определенные действия либо воздержаться от их совершения.

Следует отметить, что сомнение в способности несовершеннолетних осуществлять осознанную регуляцию своего поведения в момент совершения общественно опасного деяния может быть основано не только на данных об отставании в психи-

ческом развитии, но и на оценке сложности ситуации, в которой они действовали. В ряде случаев недостаточное осознание своих действий, слабость волевого контроля поведения может объясняться вполне естественной для подростков ограниченностью жизненного опыта, легкостью возникновения некоторых эмоциональных состояний.

Данное положение особую актуальность приобретает при рассмотрении уголовно наказуемых деяний сексуальной направленности, поскольку несформированность предпосылок для своевременного психосексуального развития может существенно ограничивать у несовершеннолетнего диапазон восприятия ситуации, связанной с сексуальностью. Ограничение может касаться прогноза последствий осуществляемых действий, ошибки в понимании психического состояния потерпевшего, причин его поведения. При этом в отношении деяний сексуальной направленности оценка степени незрелости будет означать анализ сформированности тех структур личности, которые предопределяют возможность достижения осознания соответствующих требований и способность им следовать.

Также применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности следует отметить, что выявляемые у несовершеннолетних лиц, совершивших такие деяния, нарушения психосексуального созревания могут оказывать влияние на их поведение в момент совершения данных деяний, и, как следствие, на способность сознавать фактический характер или общественную опасность своих действий [3].

Оправданность данного тезиса обусловлена тем, что любые нарушения развития в данном контексте не сводятся исключительно к интеллектуальным расстройствам, а отражают широкий спектр дизонтогенетических аномалий личности в целом, в связи с чем их оценка должна включать и анализ отклонений в психосексуальном становлении, поскольку данные отклонения являются составной частью психического развития. Также следует учитывать то обстоятельство, что речь может идти не только о задержках развития, обусловленных социальными причинами, но и о ретардации психофизического созревания, составной частью которого является психо- и соматосексуальное становление индивида.

Отдельно следует отметить более «сложные» для понимания и субъектом и объектом преступления признаки деяний сексуальной направленности в сравнении с иными противоправными деяниями, объективная сторона которых выражается физическим воздействием субъекта преступления на потерпевшего, что в целом соответствует особенностям онтогенеза человека.

Так, например, действия в отношении потерпевшего, угрожающие его жизни и здоровью, затрагивают инстинкт самосохранения человека – врожденную форму поведения, реализуемую в случае возникновения опасности в виде действий по спасению себя от этой опасности. Реализация данного инстинкта происходит через страх и боль, что определяет способного адекватно воспринимать данные чувства индивидуума как имеющего возможность осознавать опасность для себя и, соответственно, способного правильно воспринимать происходящее в контексте криминальной

ситуации. Для адекватной же оценки опасности действий, направленных против половой свободы и неприкосновенности, человеку недостаточно лишь возможности восприятия происходящего [4].

Данное различие нашло отражение в законодательствах Беларуси и России, в частности, в смысловом наполнении понятия «беспомощное состояние» как характеристики физического лица – объекта уголовно наказуемого деяния сексуальной направленности в момент либо период совершения данного деяния.

Так, согласно Постановлению Пленума Верховного суда Республики Беларусь от 27.09.2012 № 7 «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности или половой свободы (ст. ст. 166–170 Уголовного кодекса Республики Беларусь)» и Постановлению Пленума Верховного суда Российской Федерации от 04.12.2014 № 16 «О судебной практике по делам о преступлениях против половой неприкосновенности или половой свободы личности», потерпевший при совершении в отношении него преступления против половой неприкосновенности или половой свободы признается находившимся в «беспомощном состоянии» в случае, когда в силу определенных причин не мог понимать характер или значение совершаемых с ним действий либо оказать сопротивление.

То есть интеллектуальный компонент «беспомощного состояния» потерпевшего от полового преступления включает как осознание содержания и направленности криминальных действий (понимание характера действий), так и понимание смыслового аспекта отражения противоправных действий в сознании, то есть сущности происходящего в сопоставлении с общепринятой системой ценностей и норм в отношении половой свободы и неприкосновенности (понимание значения действий), что онтогенетически формируется позже, нежели базовые инстинкты самосохранения.

С учетом того, что уголовный закон призван в равной степени защищать права и законные интересы как потерпевших, так и лиц, совершивших общественно опасные деяния, представляется целесообразным учитывать обозначенные особенности понимания содержания действий сексуальной направленности при определении ответственности несовершеннолетних лиц, совершивших уголовно наказуемые деяния сексуальной направленности.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Вопросы «возрастной невменяемости» в белорусском уголовном законодательстве и судебно-экспертной практике требуют дальнейшей проработки и совершенствования, как с позиции изменения действующего законодательства в части введения волевого критерия «возрастной невменяемости», так и с позиции совершенствования судебно-экспертной практики диагностики «возрастной невменяемости» применительно к противоправным деяниям сексуальной направленности несовершеннолетних. По мнению авторов, это будет способствовать должному уголовно-правовому реагированию на совершение уголовно наказуемых деяний несовершеннолетними через адекватную дифференциацию и индивидуализацию уголов-

ной ответственности, ее соответствие характеру и степени общественной опасности деяния, обстоятельствам его совершения и личностным характеристикам субъекта данного деяния.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ostianko Yu., Semenov V., Yeutukhovich Y. (2023) Current topics of the spectrum of issues resolved during forensic psychiatric and forensic medical psychological expert examinations in the Republic of Belarus: *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Minsk, April 26-27, 2023*. Minsk: State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus. 385–388. (In Russian)
2. Yeutukhovich Y., Ostianko Yu., Semenov V. (2023) On the issue of "age-related insanity" in criminal proceedings: *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Minsk, April 26–27, 2023*. Minsk: State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus. 368–370. (In Russian)
3. Alexandrov A., Yeutukhovich Y. (2024) On the issue of "age-related insanity" in relation to illegal acts of a sexual nature (under the criminal legislation of the Republic of Belarus): *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Kazan, July 20–21, 2024*. Kazan: Medical Publishing House «Practice». 5–6. (In Russian)
4. Yeutukhovich Y., Golubovich V. (2023) Certain issues of psychological and psychiatric examination of the helpless state of victims in criminal proceedings: *A collection of materials from a Scientific and Practical conference, Minsk, October 19–20, 2023*. Minsk: State Forensic Examination Committee of the Republic of Belarus. 96–98. (In Russian)

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.67.99.009>

Скугаревская М.М. ✉, Шилова О.В., Каминская Ю.М., Шапаревич А.С., Станевич А.Ф.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЕМ И ПРЕБЫВАНИЕМ В СТАЦИОНАРАХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Скугаревская М.М. – концепция и дизайн исследования, сбор и анализ данных, написание и редактирование текста; Шилова О.В. – обзор публикаций по теме статьи, сбор и анализ данных, написание текста статьи; Каминская Ю.М. – концепция и дизайн исследования, сбор и анализ данных; Шапаревич А.С. – сбор и анализ данных, написание и редактирование текста; Станевич А.Ф. – сбор и анализ данных.
Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: marims@tut.by

Резюме

В статье рассматриваются некоторые аспекты удовлетворенности лечением в условиях психиатрических стационаров Республики Беларусь пациентов с острыми психотическими расстройствами как фактора, повышающего приверженность лечению, повышения качеством жизни и длительность ремиссии.

Материалы и методы. Было анонимно опрошено 139 пациентов с острым психотическим расстройством пяти стационарных учреждений психиатрического профиля Республики Беларусь по вопросам удовлетворенности различными аспектами лечения.

Результаты. Пациенты в целом отмечают достаточно высокую удовлетворенность лечением при его завершении, также отмечают значимое субъективное улучшение состояния за время лечения в стационаре. Как недостатки, понижающие удовлетворенность, пациенты отмечают недостаточный объем психотерапевтической/психологической помощи, организация досуга и активности.

Выводы. Для повышения удовлетворенности пациентов пребыванием в психиатрическом стационаре необходимо комплексное улучшение условий и качества медицинского обслуживания. Важным аспектом является создание условий, способствующих улучшению коммуникаций между медицинским персоналом и пациентами, внимание к разносторонним потребностям каждого пациента.

Ключевые слова: удовлетворенность лечением, психотическое расстройство, стационар психиатрического профиля

Skuhareuskaya M. ✉, Shilova O., Kaminskaya Y., Shaparevich A., Stanevich A.
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

Satisfaction with Treatment and Stay in Psychiatric Hospitals of Patients with the First Psychotic Episode in the Republic of Belarus

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Skuhareuskaya M. – concept and design of the study, data collection and analysis, writing and editing the text; Shilova O. – review of publications on the topic of the article, data collection and analysis, writing the text of the article; Kaminskaya Y. – concept and design of the study, data collection and analysis; Shaparevich A. – data collection and analysis, writing and editing the text; Stanevich A. – data collection and analysis.
The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: marims@tut.by

Abstract

The article examines aspects of patient satisfaction with treatment in psychiatric inpatient facilities in the Republic of Belarus. It focuses on patients with acute psychotic disorders and highlights satisfaction as a factor that enhances treatment adherence, improves quality of life, and extends remission duration.

Materials and methods. A total of 139 patients with acute psychotic disorders from five psychiatric inpatient institutions in Belarus were anonymously surveyed regarding their satisfaction with various aspects of treatment.

Results. Overall, patients reported a high level of satisfaction upon completing treatment. They also noted a significant subjective improvement in their condition during hospitalization. However, patients identified certain shortcomings that negatively impact satisfaction, including insufficient psychotherapy/psychological support and limited leisure and recreational activities.

Conclusions. Enhancing patient satisfaction with psychiatric inpatient care requires comprehensive improvements in conditions and service quality. A crucial factor is fostering better communication between medical staff and patients while addressing each patient's diverse needs.

Keywords: treatment satisfaction, psychotic disorder, psychiatric hospital

■ ВВЕДЕНИЕ

Удовлетворенность пациентов пребыванием в стационарах психиатрического профиля является важным аспектом, влияющим на эффективность лечения и медицинскую реабилитацию пациентов с психическими расстройствами, а также все чаще обсуждается как важный показатель качества оказываемой медицинской помощи [1].

В многочисленных исследованиях последних десятилетий в различных странах и системах здравоохранения было продемонстрировано, что повышение удовлетворенности пациентов связано с более строгим соблюдением планов лечения, снижением количества жалоб пациентов на действия медицинских работников и более высоким функционированием [2, 3, 5]. Имеет значение также рассмотрение субъективной удовлетворенности лечением как меры оценки качества медицинской помощи. Изучение этого критерия имеет целый ряд сложностей у пациентов с психическими расстройствами, ведь кроме влияния факторов, свойственных всем потребителям медицинских услуг, характер клинических проявлений заболевания вносит свои особенности в удовлетворенность пациентов. Многими исследователями предпринимались попытки обнаружить взаимосвязи между субъективной удовлетворенностью лечением и клиническими, социодемографическими характеристиками, нозологической принадлежностью, ожиданиями пациентов [4].

Так, у пациентов, страдающих шизофренией и острыми психозами, установлена связь неудовлетворенности взаимоотношениями с персоналом и лечением в целом с уровнем глобального улучшения клинического состояния. Например, пациенты, имеющие достоверно более высокий показатель «бред» (P1 по шкале позитивных и негативных симптомов PANSS), имели более низкую удовлетворенность за счет того, что в целом негативистичны и враждебно настроены относительно процесса лечения, что снижает критику к состоянию и комплайнс. Выраженность негативных симптомов снижает удовлетворенность пациентов результатами лечения, бытовыми условиями и окружающей обстановкой стационара из-за оборонительной позиции и когнитивного дефицита, а также выраженной апатии и снижения побуждений [4].

Чаще всего структура удовлетворенности среди пациентов с острыми психозами и шизофренией такова: низкий уровень (15–25%), средний (45–50%) и высокий (15–30%) [6]. Согласно проведенным исследованиям, в различных странах структура степени удовлетворенности различается. При этом пациенты с высоким уровнем удовлетворенности показали значительно лучшие результаты в динамическом наблюдении и течении психического расстройства: у них были менее выражены психотические симптомы (в том числе за счет лучшей приверженности лечению) и лучше качество жизни по сравнению с пациентами со средним или низким уровнем удовлетворенности. Более высокий уровень удовлетворенности лечением на исходном уровне коррелировал с уменьшением позитивных симптомов через три года [7].

В условиях стационарного лечения, предоставляемого учреждениями здравоохранения психиатрического профиля, создается уникальная возможность для оказания комплексной медицинской помощи, направленной на восстановление психического здоровья пациентов. Однако, наряду с профессионализмом медицинского персонала, значительную роль играют условия и качество оказания медицинской помощи, которые непосредственно влияют на восприятие пациентами своего пребывания в стационаре. Достаточно часто среди показателей, снижающих удовлетворенность, отмечается принудительный характер госпитализации и лечения.

Использование современных медицинских технологий и оборудования, доступ к разнообразным методам лечения, включая психотерапию и лекарственную терапию, являются важными элементами, повышающими удовлетворенность пациентов. Комфортные условия пребывания, качественное питание, обеспечение безопасности, а также уважительное и чуткое отношение медицинского персонала к пациентам и их потребностям формируют общее впечатление о стационаре и играют значимую роль в процессе выздоровления.

Было выявлено множество возможных факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов, которые могут быть использованы в качестве выбора направлений для улучшения обслуживания. Так, в одном из исследований более половины пациентов показали, что для повышения удовлетворенности лечением в стационаре рекомендуются следующие изменения: четкий, обсуждаемый план лечения и выписки, как можно менее принудительное лечение во время пребывания в больнице, более индивидуализированная, качественная информация и обучение пациентов жизни с психическим расстройством со стороны персонала, лучшие терапевтические отношения с персоналом и дополнительные компоненты лечения, такие как сеансы физических упражнений и музыкотерапии. Пациенты ценят персонал, который проводит с ними больше времени [6].

Учитывая значимость человеческого фактора, важно отметить, что атмосфера в психиатрическом стационаре должна способствовать восстановлению и поддержанию психического здоровья. Каждый пациент должен ощущать поддержку и понимание со стороны медицинских работников, что способствует укреплению доверия и сотрудничества в процессе лечения. Взаимодействие между пациентом и врачом, а также внутри медицинской команды, должно быть направлено на создание благоприятной и конструктивной атмосферы, способствующей достижению терапевтических целей [8].

Таким образом, удовлетворенность пациентов с психозом является ценным показателем мониторинга оказанной медицинской помощи, поскольку пациенты с высоким уровнем удовлетворенности демонстрируют более благоприятные исходы, как в части психопатологических симптомов, сотрудничества, так и в качестве жизни в целом.

Изучение удовлетворенности пребывания пациентов в психиатрических стационарах способствует принятию необходимых мер для повышения качества медицинской помощи. Это позволяет не только улучшить условия и методы лечения, но и сформировать новую культуру заботы о пациентах, ориентированную на их комфорт и психическое благополучие.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Всего в исследование было включено 139 пациентов из следующих учреждений здравоохранения Республики Беларусь: ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» (далее – РНПЦ психического здоровья) – 63 участника, учреждение здравоохранения «Гомельская областная клиническая психиатрическая

больница» (далее – УЗ «ГОКПБ») – 26 участников, учреждение здравоохранения «Могилевский областной центр психиатрии и наркологии» (далее – УЗ «МОЦПН») – 21 участник, учреждение здравоохранения «Областная психоневрологическая больница «Островля»» (далее – УЗ «Островля») – 10 участников, учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология» (далее – УЗ «ГОКЦПН») – 19 участников. Из них мужчин – 43,9%, женщин – 56,1%. Средний возраст составил $36,22 \pm 12,14$ лет. Среднее количество госпитализаций в стационар $3,02 \pm 5,7$. Все пациенты проходили добровольное лечение с диагнозами из рубрики F20-F29 «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Различия в количестве анкет в разных учреждениях связано с различной коечной мощностью.

Удовлетворенность лечения измерялась с помощью опросника «Анкета оценки удовлетворенности пребывания в психиатрическом стационаре», разработанной на базе РНПЦ психического здоровья. Анкета состоит из 28 вопросов, касающихся общей удовлетворенности пребывания в стационаре, конкретных аспектов лечения и взаимодействия с медицинским персоналом. Также включены вопросы о количестве предыдущих госпитализаций, о предоставлении информации о заболевании и лечении, вопросы о постгоспитальном будущем пациента. Ответы на большинство вопросов регистрируются по 10-бальной шкале, часть анкеты предполагает ответы по порядковой шкале.

Анкеты заполнялись анонимно, но с указанием социально-демографических данных пациентов, однократно за несколько дней до выписки.

Расчет статистических данных производили в Excel 2010 (Microsoft, США, 2002), Statistica 10.0 (Dell, США, 2015). Для определения типа распределения данных использовали критерии Колgomорова – Смирнова и Шапиро – Уилко. Данные представлены в виде Me (25%÷75%), т.к. распределение данных отлично от нормального ($p > 0,05$). Возраст респондентов представлен как среднее и стандартное отклонение ($M \pm SD$). Для сравнения нескольких независимых групп использовали непараметрический метод Краскела – Уоллиса, а для сравнения двух зависимых групп – непараметрический критерий Вилкоксона.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Социально-демографические характеристики анкетированных представлены в табл. 1.

По полу и возрасту группы обследованных были полностью сопоставимыми, подавляющее большинство обследованных находились в трудоспособном возрасте. Значительная часть пациентов одиноки и имеют средний уровень образования.

Таблица 1
Социально-демографические характеристики анкетируемых
Table 1
Socio-demographic characteristics of respondents

Показатели		РНПЦ психич. здоровья (n=63)	УЗ «ГОКПБ» (n=26)	УЗ «МОЦПН» (n=21)	УЗ «Островля» (n=10)	УЗ «ГОКЦПН» (n=19)
Пол*		мужчины – 36,6%; женщины – 34,9%	мужчины – 34,6%; женщины – 38,5%	мужчины – 33,3%; женщины – 61,9%	мужчины – 40%; женщины – 60%	мужчины – 36,8%; женщины – 42,1%
Возраст (M±SD)		36,6±14,2	35,9±10,2	34,6±8,2	40,7±14,3	34,7±9,6
Образование*, n	базовое	1	1	0	0	2
	среднее	10	3	2	4	3
	среднее специальное	23	6	3		9
	профессио- нально-техни- ческое	6	1	3	3	0
	неоконченное высшее	5	2	3		0
	высшее	12	5	9	3	3
Семей- ное положе- ние*, n	холост/не замужем	37	14	13	6	11
	женат/ замужем	13	4	5	4	4
	проживаю с партнером	5	2	2	0	3
	вдовец/вдова	4	0	0	0	
Длительность заболевания в годах		2 (1,1÷2)	1,9 (1÷2,1)	1,8 (1÷3)	0,32 (0,2÷0,4)	3 (1÷2,2)

Примечание: * не все пациенты указывали данные.

Изменения состояния пациентов (улучшение или ухудшение), по сравнению с периодом до госпитализации в разрезе учреждений здравоохранения можно представить следующим образом: абсолютное большинство пациентов всех учреждений отметили однозначное улучшение состояния. Ухудшение состояния отметили 3 пациента РНПЦ психического здоровья, состояние без изменений отметили 3 пациента РНПЦ психического здоровья и 1 пациент УЗ «Островля».

Возможность оказывать влияние на выбор лекарственных препаратов указали 48 человек, 30 человек указали «затрудняюсь ответить». Не могли однозначно или скорее не могли принимать участие в выборе лекарственных средств отметили 43 человека: 4 пациента из УЗ «Островля», 20 человек из РНПЦ психического здоровья,

11 пациентов из УЗ «ГОКПБ», 4 участника из УЗ «МОЦПиН», 4 пациента из УЗ «ГОКЦПиН». Такая разница в показателях обусловлена выборкой – большее количество анкет было собрано в РНПЦ ПЗ.

Анализ оценок анкеты выявили статистически значимые различия в блоке, отражающем степень информированности пациентов о их заболевании и времени, затраченном для обсуждения своих проблем с лечащим врачом/медицинским персоналом (табл. 2).

Таблица 2

Анализ оценок анкеты удовлетворенности пребыванием в психическом стационаре (блок информирования)

Table 2

Analysis of the assessments of the questionnaire on satisfaction with stay in a psychiatric hospital (information block)

	В среднем по всем учреждениям	УЗ «Островля» (n=10)	ГУ «РНПЦ ПЗ» (n=63)	УЗ «ГОКПБ» (n=26)	УЗ «МОЦПиН» (n=21)	УЗ «ГОКЦПиН» (n=19)	p
У Вас была возможность рассказать лечащему врачу/медицинскому персоналу основную информацию о Вашем состоянии?	10 (9÷10)	10 (10÷10)	10 (9÷10)	9,5 (8÷10)	10 (10÷10)	9 (8÷10)	0,04
Как Вы оцениваете качество информации, полученной Вами по поводу Вашего заболевания/Вашего диагноза	10 (8÷10)	9 (7÷10)	10 (8÷10)	10 (9÷10)	10 (8÷10)	7 (4÷9)	0,0001
У Вас было достаточно времени для обсуждения своих проблем с лечащим врачом/медицинским персоналом?	10 (9÷10)	10 (9÷10)	10 (9÷10)	10 (8÷10)	10 (10÷10)	8 (7÷10)	0,03
Как Вам кажется, назначенное лечение соответствовало Вашему состоянию?	10 (8÷10)	9 (9÷10)	10 (8÷10)	10 (8÷10)	10 (9÷10)	8 (8÷10)	0,03
Были ли Вам предоставлены достаточные сведения о вашем диагнозе и плане лечения?	10 (8÷10)	8 (7÷10)	10 (9÷10)	10 (8÷10)	10 (7÷10)	8 (6÷10)	0,01

Все учреждения здравоохранения имеют достаточно высокие баллы по ответам на какой-либо вопрос, но заметно выделяется УЗ «ГОКЦПиН» с низким баллом, оценивающим качество информации о заболевании, полученной пациентом.

Также в анкету были включены вопросы, которые отражали оценку состояния пациента на момент начала лечения и при завершении лечения в стационаре (оценка состояния до лечения давалась самим пациентом ретроспективно перед выпиской в

момент проведения анкетирования). При анализе этого блока были получены следующие результаты (табл. 3).

Таблица 3

Анализ оценок субъективной оценки тяжести психического состояния на момент поступления и при выписке (блок состояние пациента до и после лечения)

Table 3

Analysis of subjective assessments of the severity of the mental state at the time of admission and upon discharge (block of the patient's condition before and after treatment)

	УЗ «Островля» (n=10)	РНПЦ психического здоровья (n=63)	УЗ «ГОКПБ» (n=26)	УЗ «МОЦПИН» (n=21)	УЗ «ГОКЦПИН» (n=19)
До лечения	6 (3÷9)	3 (2÷6)	4 (2÷5)	4 (1,5÷6,5)	5 (3÷7)
После лечения	10 (9÷10)	9 (8÷10)	10 (8÷10)	10 (8÷10)	8 (7÷10)
Уровень р	<0,05	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Во всех исследуемых учреждениях здравоохранения отмечено однозначное улучшение состояния после пребывания в стационаре, что отмечалось самими пациентами. Несмотря на высокую оценку оказания медицинской помощи, пациенты отмечали нехватку индивидуальных или групповых психологических или психотерапевтических вмешательств. Так, в РНПЦ психического здоровья 94,3% пациентов имели возможность обсудить свои проблемы с психологом/психотерапевтом, тогда как в региональных центрах этот показатель составил 77,8%. В регионах психотерапевтические группы посещали 22,2%, в РНПЦ психического здоровья – 52,8%. Такой разрыв в показателях может быть обусловлен выборкой или же более высокой доступностью данного вида медицинской помощи в РНПЦ психического здоровья.

В части вопросов, которые отображают дальнейшую жизнь пациента после выписки из стационара показатели статистически не отличались в зависимости от учреждения здравоохранения. Средние показатели этого блока представлены в табл. 4.

Несмотря на высокие баллы блока о дальнейшем лечении и поддержке, 10,4% пациентов отметили, что испытывают тревогу, опасения в связи с предстоящей выпиской из стационара, еще большее количество пациентов (14,4%) затрудняются ответить на этот вопрос. Тревогу и опасения, в большинстве случаев, вызывают возможные проблемы с трудоустройством и возможные проблемы в личной жизни/семье. Также вызывает опасения вновь возникшее плохое самочувствие (повторные госпитализации).

В целом, общая оценка качества оказания медицинской помощи в психиатрических стационарах достаточно высокая без статистически значимых различий (табл. 5).

Таблица 4

Анализ оценок анкеты удовлетворенности пребывания в психическом стационаре (блок дальнейшая жизнь пациента после выписки)

Table 4

Analysis of the assessments of the questionnaire on satisfaction with stay in a psychiatric hospital (block on the patient's further life after discharge)

	В среднем по всем учреждениям	УЗ «Островля» (n=10)	РНПЦ психического здоровья (n=63)	УЗ «ГОКПБ» (n=26)	УЗ «МОЦПН» (n=21)	УЗ «ГОКЦПН» (n=19)	Уровень р
Были ли предоставлены Вам рекомендации по последующей помощи и поддержке после окончания лечения?	10 (9÷10)	9 (8÷10)	10 (10÷10)	10 (9,5÷10)	10 (9÷10)	10 (9÷10)	1
Как Вам кажется, лечащий врач/медицинский персонал подготовил Вас к жизни после выписки?	10 (8÷10)	10 (9÷10)	10 (8÷10)	10 (9÷10)	10 (10÷10)	10 (8÷10)	0,7

Таблица 5

Общий балл оценки качества оказания медицинской помощи в стационаре психиатрического профиля

Table 5

Overall score for assessing the quality of medical care in a psychiatric hospital

	В среднем по всем учреждениям	УЗ «Островля» (n=10)	РНПЦ психич. здоровья (n=63)	УЗ «ГОКПБ» (n=26)	УЗ «МОЦПН» (n=21)	УЗ «ГОКЦПН» (n=19)	Уровень р
В целом как Вы оцениваете качество помощи, оказанной Вам учреждения здравоохранения в связи с Вашим психическим заболеванием?	10 (8÷10)	9 (9÷10)	10 (9÷10)	10 (8÷10)	10 (10÷10)	9,5 (8÷10)	0,3

Среди предложений и рекомендаций по улучшению качества медицинской помощи было предложено следующее:

1. Организация досуга (очень часто в качестве предложений для организации досуга выделяли прослушивание музыки), организация прогулок на свежем воздухе, физическая активность (10% респондентов).

2. Более частые посещения психолога/психотерапевта как в индивидуальном порядке, так и групповые занятия (7,2% респондентов).
3. Эмоциональное участие и поддержка от медицинского персонала (5% респондентов).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило выявить положительные и негативные моменты пребывания в стационаре психиатрического профиля, что дает возможность более комплексно подойти к улучшению условий лечения и повысить качество оказываемой медицинской помощи.

Пациенты в целом отмечают достаточно высокую удовлетворенность лечением при его завершении (средний балл $8,85 \pm 1,5$ по 10-балльной шкале), также отмечают значимое субъективное улучшение состояния за время лечения в стационаре (уровень значимости $p = 0,0001$).

В целом уровень оказанной помощи в стационарах составил 10 ($8 \div 10$). Среди положительных аспектов пребывания в психиатрическом стационаре следует отметить наличие квалифицированного медицинского персонала, который оказывает профессиональную и всестороннюю помощь пациентам. В стационаре пациенты имеют доступ к современным методам диагностики и лечения.

Как недостатки, понижающие удовлетворенность, пациенты отмечают недостаточный объем индивидуальных и групповых психотерапевтических и психологических вмешательств, организации досуга и активности. Известно, что регулярная психотерапевтическая поддержка является важным компонентом лечения психических заболеваний и ее недостаток может существенно повлиять на качество жизни и процесс выздоровления пациентов.

Выявленные недостатки включают ограниченные возможности для личной приватности и отсутствие организованного досуга, достаточного пространства для занятий активностями, способствующими улучшению психоэмоционального состояния пациентов. Также были отмечены случаи недостаточной информированности пациентов о процессе лечения и недостаточной коммуникации между медицинским персоналом и пациентами. Это может вызывать чувство тревоги и недовольства у пациентов, снижающее их мотивацию к активному участию в процессе лечения. Пациенты в предложениях и рекомендациях по улучшению качества психиатрической помощи указывали на нехватку уважительного и чуткого отношения медицинских работников, внимания к индивидуальным потребностям каждого пациента, что в свою очередь формирует атмосферу доверия и способствует процессу выздоровления. Улучшение качества оказания медицинской помощи пациентам с первым психотическим эпизодом возможно посредством организации специализированных центров первого психотического эпизода, укомплектованных психологами и психотерапевтами.

Таким образом, для повышения удовлетворенности пребывания пациентов в психиатрическом стационаре необходимо комплексное улучшение условий и качества медицинского обслуживания. Важным аспектом является создание условий,

способствующих психоэмоциональному комфорту пациентов, улучшение коммуникации между медицинским персоналом и пациентами, а также внимание к индивидуальным потребностям каждого пациента. Улучшение этих аспектов будет способствовать не только успешному лечению, более успешному восстановлению психического здоровья пациентов и приверженности лечению в перспективе.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Hossam Elgendy, Reham Shalaby, Ernest Owusu, et al. A Scoping Review of Adult Inpatient Satisfaction with Mental Health Services. *Healthcare*. 2023;11(24):3130. Available at: <https://doi.org/10.3390/healthcare11243130>
2. Sosnovskiy A.Y. *Patient satisfaction with psychiatric care as a criterion of its quality* (PhD thesis), Moscow. 1995; 20 p. (in Russian)
3. Assessment of the quality of psychiatric care: technology of sociological survey of patients, members of their families, employees of psychiatric institutions. Methodological manual. Maxpress, Moscow. 2014; 79 p. (in Russian)
4. Rakovskaya N.V., Lutova N.B. The relationship between clinical characteristics and indicators of subjective satisfaction with inpatient treatment of patients with schizophrenia. *Obozrenie psikiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2014;4:57–61. (in Russian)
5. Ruzhenkov V.A., Trunov V.I. Modern approaches to assessing satisfaction with the quality of medical care for people with mental disorders. *Modern problems of science and education*. 2016;5. Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=25093> (in Russian)
6. Regina Skar-Fröding, Hanne Kristin Clausen, Jūratė Šaltytė Benth, et al. Relationship between satisfaction with mental health services, personal recovery and quality of life among service users with psychosis: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2021 May 8;21:439. Available at: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8105980/>
7. Sarah Woodward, Katherine Berry, Sandra Bucci. A systematic review of factors associated with service user satisfaction with psychiatric inpatient services. *J Psychiatr Res*. 2017 Sep;92:81–93.
8. Vermeulen J.M., Schirmbeck N.F., van Tricht M.J., et al. Satisfaction of psychotic patients with care and its value to predict outcomes. *Eur Psychiatry*. 2018;47:60–66.

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.25.26.010>
УДК 616.891:347.635.1:355.211

Давидовский С.В.¹ ✉, Скугаревская М.М.², Ибрагимова Ж.А.¹, Давидовская Я.С.¹,
Костюк Д.Д.³

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

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

³ Вроцлавский государственный университет, институт психологии, Вроцлав, Польша

ВЛИЯНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОСПИТАНИЯ НА ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Давидовский С.В. – концепция и дизайн исследования, сбор и статистическая обработка данных, написание текста; Скугаревская М.М. – сбор и статистическая обработка данных, редактирование статьи; Ибрагимова Ж.А. – сбор и статистическая обработка данных, написание текста; Давидовская Я.С. – сбор и статистическая обработка данных, редактирование текста; Костюк Д.Д. – анализ данных, редактирование текста.

Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: davidouski@yandex.ru

Резюме

Цель. Выявить социально-психологические факторы, обуславливающие формирование дезадаптивного поведения у молодых людей призывного возраста

Материалы и методы. Выборка состояла из 164 мужчин призывного возраста. Первая группа (115 человек) проходила обследование в рамках призывной кампании, вторая группа (49 человек) состояла из военнослужащих, которые проходили лечение в стационаре с диагнозом «расстройство адаптации». В ходе проведения исследования изучались социальные и индивидуально-психологические факторы. При проведении психодиагностического исследования использовался личностный опросник Г.Айзенка, личностный опросник для определения акцентуаций Леонгарда–Шмишека, тест совладающего поведения Лазаруса.

Результаты. Проведенное исследование показало, что воспитание не в полной семье лиц с меланхолическим типом темперамента в сочетании с чертой характера «застревание» обуславливает формирования психопатологических нарушений в более взрослом возрасте при попадании в неблагоприятные условия жизни.

Вывод. Для формирования психопатологических нарушений важно не только условия воспитания, но и наличие определенных черт характера, обуславливающих фиксацию на негативных событиях и переживаниях.

Ключевые слова: неполная семья, особенности воспитания, меланхолический тип темперамента, черта характера «застревание»

Davidouski S.¹✉, Skuhareuskaya M.², Ibragimova J.¹, Davidouskaya Ya.¹, Kastsiuk D.³

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

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

³ Wroclaw State University, Institute of Psychology, Wroclaw, Poland

The Influence of Upbringing on the Formation of Adjustment Disorders in Young People

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Davidouski S. – concept and design of the study, collection and statistical processing of data, writing the text; Skuhareuskaya M. – collection and statistical processing of data, editing the article; Ibragimova J. – data collection and statistical processing, text writing; Davidouskaya Ya. – data collection and statistical processing, text editing; Kastsiuk D. – data analysis, text editing. The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: davidouski@yandex.ru

Abstract

Purpose. To identify the socio-psychological factors that determine the formation of maladaptive behavior in young men.

Materials and methods. The sampling consisted of 164 young men. The first group (115 people) were examined as part of the conscription campaign, the second group (49 people) consisted of military personnel who were diagnosed with "adaptation disorder" and were undergoing treatment in a hospital. During this research, social and individual psychological factors were studied. The Eysenck personality questionnaire, the Leonhard-Shmieschek personality questionnaire and the Lazarus coping test were used in the research.

Results. The conducted study showed that upbringing in a single parent family for individuals with a melancholic temperament in combination with the character trait of "getting stuck" causes the formation of psychopathological disorders in later years when they find themselves in unfavorable living conditions.

Conclusions. For the formation of psychopathological disorders, not only are the conditions of upbringing important, but also the presence of certain character traits that cause fixation on negative events and experiences.

Keywords: single-parent family, melancholic temperament, character trait of "getting stuck"

■ ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время установлено, что воспитание в неполной семье является значимым неблагоприятным фактором, обуславливающим формирование детской травмы [1, 2]. Психологический климат в неполной семье может определяться достаточно болезненными тревогами, которые возникают в момент формирования личности в условиях неполной семьи. Оставшемуся родителю с трудом удастся скрывать или

сдерживать собственное раздражение по отношению к бывшему супругу, которое на бессознательном уровне проецируются на ребенка. В таких случаях атмосфера воспитания в семье, в условиях отсутствия одного из родителей, негативно влияет на развитие личности ребенка и ее дальнейшее становление. Во взрослом возрасте такие индивидуумы реагируют на различные неблагоприятные жизненные ситуации целым набором проблем – интенсивной тревогой, депрессией, агрессивными и ауто-агрессивными проявлениями.

Исследования, проводимые на протяжении 2019–2022 гг. в Республике Беларусь, выявили, что одним из факторов, ассоциированных с дезадаптивным поведением у молодых людей, призванных на военную службу, является воспитание в неполной семье [2, 3]. Установлено, что среди лиц с расстройством адаптации преобладали лица, воспитанные в неполных семьях, у которых отмечалось наличие тенденции к акцентуации по черте характера «застревание».

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить социально-психологические факторы, обуславливающие формирование дезадаптивного поведения у молодых людей, проходивших военную службу.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Выборка для исследования состояла из 164 мужчин призывного возраста. Первая группа (115 человек) проходила обследование в рамках призывной кампании, при этом на момент прохождения экспертизы расстройств психической деятельности у них выявлено не было (контрольная группа (КГ)). Вторая группа (49 человек) состояла из военнослужащих, которые проходили лечение в стационаре с диагнозом «расстройство адаптации» (РА). Диагноз устанавливался в соответствии с критериями Международной классификации болезней 10 пересмотра.

В ходе проведения исследования изучались социальные и индивидуально-психологические факторы. При проведении психодиагностического исследования использовался личностный опросник Г. Айзенка (адаптация Шмелева А.Г.) и личностный опросник Леонгарда – Шмишека (адаптация Кортнева Ю.), тест совладающего поведения Лазаруса (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004). Гипотезу о наличии статистической взаимосвязи между тремя исследуемыми группами проверяли по непараметрическому критерию Краскела – Уоллиса. При подтверждении гипотезы о наличии связи между тремя группами выполняли попарное сравнение распределений по критерию Манна–Уитни с поправкой Бонферрони на уровень значимости. Гипотеза о наличии статистической взаимосвязи при анализе номинальных переменных проверялась по критерию χ^2 при стандартном уровне значимости $p \leq 0,05$.

Исследования базировались на принципах, изложенных в Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации «Этические принципы медицинских исследований с участием человека в качестве объекта исследования». Пациенты включались в исследование после получения письменного согласия, форма

информированного согласия была утверждена на заседании комитета по этике государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» от 24.09.2019 № 3.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство лиц, вошедших в группы исследования, были холосты, значимых различий между группами по этому показателю нет ($p(\chi^2) = 0,146$). Значимых различий между группами нет и по условиям воспитания ($p(\chi^2) = 0,743$). Женатые мужчины из КГ проживали с семьей, холостые мужчины из обеих групп – преимущественно с родителями, значительно реже – одни.

Группы исследования значимо не различались между собой и по условиям воспитания. В КГ и РА преобладали лица, воспитанные в полной семье (табл. 1).

Таблица 1
Особенности воспитания
Table 1
Peculiarities of education

Показатель	КГ	РА
Количество	115	49
Полная семья	69,1%	68,7%
Неполная семья	30,9%	31,3%
$p(\chi^2)$	0,966	

Также группы исследования значимо не различались между собой и по особенностям воспитания, доля лиц, которые отмечали наличие наказаний, в группах исследования была одинаковой и сопоставимой с долей лиц, которых не наказывали. Однако доля лиц, которые отмечали наличие частых наказаний в детстве, была в два раза больше в группе с РА, по сравнению с КГ (различия не значимы).

Таблица 2
Условия воспитания
Table 2
Conditions of education

Показатель	КГ	РА
Количество	115	49
Не наказывали	49,6%	47,9%
Редко наказывали	40,9%	35,4%
Часто наказывали	9,6%	16,7%
$p(\chi^2)$	0,419	

Группы исследования значимо не различались между собой и по уровню образования, однако в КГ была больше доля лиц, которые имели высшее образование, в группе с РА – со средним специальным образованием (различия не значимы) (табл. 3).

Таблица 3
Уровень образования
Table 3
Level of education

Показатель	КГ	РА
Количество	115	49
Высшее	35,2%	13,6%
Среднее специальное	45,4%	63,6%
Общее среднее	9,3%	9,1%
Незаконченное высшее	10,2%	13,6%
$p(\chi^2)$	0,060	

Разницы с требуемой значимостью в распределении уровней образования нет, однако можно отметить выраженные различия между группами в категориях высшего и среднего специального образования.

Значимых и существенных отличий между группами по типу темперамента не выявлено. В группах исследования преобладали лица с меланхолическим типом темперамента (КГ – 63,1% от числа обследованных; РА – 65%).

Значимые различия между группами по психологическим характеристикам выявлены только для характеристики «застывание». При этом установлено, что указанные различия обусловлены теми лицами, которые были воспитаны в неполных семьях (табл. 4).

Таблица 4
Значимость различий психологических характеристик между группами
Table 4
Significance of differences in psychological characteristics between groups

Показатель	Значимость по критерию Манна – Уитни между КГ и РА		
	По всей выборке	Для полной семьи	Для неполной семьи
Интроверсия-экстраверсия	0,426	0,120	0,632
Нейротизм	0,945	0,569	0,304
Демонстративность	0,679	0,382	0,763
Застывание	0,002	0,141	0,002
Педантичность	0,116	0,295	0,361
Возбудимость	0,863	0,918	0,837
Гипертимность	0,306	0,592	0,263
Дистимность	0,217	0,224	0,780
Тревожность	0,541	0,257	0,588
Экзальтированность	0,171	0,728	0,112
Эмотивность	0,108	0,152	0,242
Циклотимность	0,640	0,265	0,346

Значимость на уровне $\leq 0,05$ наблюдается только для застревания в целом по выборке, что обусловлено наличием значимых различий в неполных семьях (в обоих случаях $p=0,002$). Коэффициент корреляции τ -b Кендалла между номером группы и уровнем застревания равен 0,219 для всей выборки и 0,404 для неполных семей (достигнутая значимость в обоих случаях составляет 0,002). Для лиц, воспитанных в полных семьях, коэффициент Кендалла значимо не отличается от нуля. Положительное значение коэффициента Кендалла означает, что уровень застревания выше в группе в группе РА. Далее проанализировано распределение группированных интервалов для этой характеристики в обеих группах.

Таблица 5

Распределение группированных интервалов показателя «застревание» в группах

Table 5

Distribution of grouped stuck intervals in groups

Застревание	По всей выборке		Для полной семьи		Для неполной семьи	
	КГ	РА	КГ	РА	КГ	РА
Количество	115	49	78	31	37	18
0–12	40,0%*	15,4%*	36,8%	24,0%	47,1%*	0,0%*
13–18	52,2%	66,7%	55,3%	60,0%	47,1%	76,9%
19–24	7,8%	17,9%	7,9%	16,0%	5,9%	23,1%
Среднее значение	14,0	16,1	14,3	15,5	13,3	17,4
$p(\chi^2)$	0,010		0,326		0,006	

Примечание: * значимость различий на уровне $\leq 0,05$.

В группе РА значимо меньше доля лиц с отсутствием акцентуации по застреванию и тенденции к нему (15,4% против 40,0% для всей выборки и 0,0% против 47,1% для неполных семей) и соответственно, высока доля лиц с тенденцией к акцентуации по черте характера «застревания» (76,9%).

При оценке совладающего поведения, согласно тесту Лазаруса, значимых различий между группами исследования не установлено.

Проведенное исследование показало, что воспитание не в полной семье лиц с меланхолическим типом темперамента для которых характерно ранимость, нерешительность, пессимистичность, склонность переживать проблемы внутри себя в сочетании с чертой «застревание» обуславливает формирования психопатологических нарушений в более взрослом состоянии при попадании в неблагоприятные условия, сопряженные с выраженными психоэмоциональными нагрузками. Следует отметить, что воспитание в неполной семье сопряжено с нарушением базовых потребностей ребенка в безопасности, отсутствием заботы и часто может быть сопряжено с различными видами насилия по отношению к нему. Установлено, что во взрослом возрасте для таких индивидов характерен дезадаптивный тип реагирования на неблагоприятные жизненные ситуации – интенсивная тревога, повышенный уровень беспокойства, депрессия, что и продемонстрировало настоящее исследование.

При этом было отмечено наличие тенденции к акцентуации по черте характера «застревание», когда застревание на негативных мыслях и переживаниях приобретает выраженный характер. Это, по-видимому, и объясняет почему одни, воспитанные в неблагоприятных условиях воспитания стремятся к достижению поставленных целей и реализации своего потенциала, другие считают это причиной своих последующих неудач и таким образом объясняют свои последующие жизненные проблемы.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Для формирования психопатологических нарушений важны не только условия воспитания, но и наличие определенных психологических черт личности, обуславливающих наличие склонности к ранимости и пессимистичности и фиксацию на негативных переживаниях.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Bystrova N.V., Cyplakova S.A., Koroteeva O.D. Socio psychological characteristics of children from single-parent families. *Karel'skij nauchnyj zhurnal*. 2018;7(1). (In Russ.)
2. Davidovskij S.V., Skugarevskaja M.M., Ibragimova Zh.A. *Analysis of social factors and individual socio-psychological characteristics of persons of military age. BGMU v avangarde medicinskoj nauki i praktiki*. Minsk, 2022; pp. 421–427. (In Russ.)
3. Davidousky S., Igumnov S. Skugarevskaya M. The influence of upbringing characteristics on the formation of suicidal behavior. *Mental Health*. 2024;19(7):25–34. (In Russ.)
4. Shmelev A.G. *Psikhodiagnostika lichnostnykh chert*. SPb.: Rech', 2002; 480 p.
5. Kortneva Yu. *Diagnostika aktual'nykh problem: metodika Leongarda-Shmisheka*. M.: In-t obshchegumanitar. issled., 2004;238 p. (In Russ.)
6. Kryukova T.L., Kuftyak E.V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ). *Zhurnal prakticheskogo psikhologa*. 2007;3:93–112. (In Russ.)
7. Xin Y. et al. The relationship between personality and the response to acute psychological stress. *Sci Rep*. 2017;7:16906. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-17053-2>

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.94.92.011>
УДК 613.84:614.89-008.442-07

Григорьева И.В. ✉, Вольхина Д.М., Тукало М.И., Гайдукевич Е.О.
Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКА

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования, написание текста – Григорьева И.В.; сбор и обработка материалов – Вольхина Д.М.; сбор и обработка материалов – Тукало М.И.; статистическая обработка данных, редактирование – Гайдукевич Е.О. Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: scien-secretary@mentalhealth.by; inessgrig@mail.ru

Резюме

Цель. Изучить индивидуально-психологические особенности и стратегии совладания у лиц с синдромом табачной зависимости.

Материалы и методы. В выборку вошли 77 респондентов, проходивших обследование с использованием ряда психодиагностических методик, включая тест Фагерстрема, тест Хорна, тест Хейма, шкалу тревожности Спилбергера, опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) и шкалу стадий психотерапевтического процесса (URICA), а также опросника мотивационной готовности к изменениям (SOCRATES).

Результаты. Анализ данных позволил выявить преобладающие стратегии копинга (придача смысла у 22% лиц, оптимизм у 37,7%, активное избегание у 26%, выраженный экстернальный локус контроля у 71% и высокий уровень личностной тревожности у 97,4% лиц). Были установлены статистически значимые взаимосвязи между мотивами курения, готовностью к изменениям, выраженностью стадий психотерапевтического процесса, копинг-стратегиями, ситуативной и личностной тревожностью, локусами контроля. А именно: высокая степень зависимости от табака по тесту Фагерстрема коррелирует с «жаждой» курения ($R_s=0,50$, $p<0,001$), между личностной и ситуативной тревожностью существует сильная положительная взаимосвязь ($R_s=0,70$, $p<0,001$), личностная тревожность также имеет умеренную положительную взаимосвязь со стратегией «Бегство-избегание» ($R_s=0,63$, $p<0,001$), внутренний локус контроля имеет умеренную положительную взаимосвязь со стратегией «Планированием решения проблем» ($R_s=0,57$, $p<0,001$), внутренний локус контроля также имеет умеренную отрицательную связь со стратегией «Бегством-Избегание» ($R_s=-0,54$, $p<0,001$).

Заключение. Полученные данные позволяют выделить мишени психотерапевтической коррекции и использовать их при работе с лицами, имеющими табачную зависимость.

Ключевые слова: зависимость от табака, копинг-стратегии, уровень тревожности, локус контроля, индивидуально-психологические особенности, психокоррекция

Grigoryeva I. ✉, Volkina D., Tukalo M., Gaydukevich E.
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus

Individual Psychological Characteristics and Coping Strategies in Individuals with Tobacco Dependence Syndrome

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and study design, manuscript writing – Grigoryeva I.; data collection and processing – Volkina D.; data collection and processing – Tukalo M.; statistical analysis and editing – Gaydukevich E.
The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: scien-secretary@mentalhealth.by; inessgrig@mail.ru

Abstract

Objective. To examine the individual psychological characteristics and coping strategies in individuals with tobacco dependence syndrome.

Materials and methods. The sample included 77 respondents who underwent assessment using a set of psychodiagnostic tools, including the Fagerström Test, Horn's Test, Spielberger's Anxiety Inventory, the "Level of Subjective Control" (LSC) questionnaire, the URICA scale for assessing stages of psychotherapeutic change, and the SOCRATES scale for evaluating motivational readiness for change.

Results. Data analysis revealed the predominant coping strategies: meaning-making (22%), optimism (37.7%), and active avoidance (26%). A pronounced external locus of control was found in 71% of participants, and high trait anxiety was observed in 97.4%. Statistically significant correlations were identified between smoking motives, readiness for change, stages of psychotherapeutic engagement, coping strategies, state and trait anxiety, and locus of control. Specifically, a high level of tobacco dependence as measured by the Fagerström Test was positively correlated with the motive of craving ($R_s=0.50$, $p<0.001$); a strong positive correlation was found between trait and state anxiety ($R_s=0.70$, $p<0.001$); trait anxiety showed a moderate positive correlation with escape-avoidance coping ($R_s=0.63$, $p<0.001$); an internal locus of control was moderately positively associated with problem-solving planning ($R_s=0.57$, $p<0.001$) and moderately negatively associated with escape-avoidance ($R_s=-0.54$, $p<0.001$).

Conclusion. The findings help identify key targets for psychotherapeutic intervention in individuals with tobacco dependence.

Keywords: tobacco dependence, coping strategies, anxiety level, locus of control, individual psychological characteristics, psychotherapy

■ ВВЕДЕНИЕ

Зависимость от табака остается одной из наиболее актуальных проблем в области общественного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно от заболеваний, вызванных курением, умирает более 8 миллионов человек [1]. Несмотря на широкое распространение информации о вреде табака, значительная часть населения продолжает курить, что указывает на сложный и многофакторный характер формирования зависимости.

Современные исследования подтверждают, что в развитии и поддержании зависимости от табака значительную роль играют индивидуально-психологические особенности, в том числе уровень тревожности, копинг-стратегии и локус контроля [2, 3]. Установлено, что высокий уровень тревожности может способствовать усилению тяги к никотину и снижать вероятность успешного отказа от курения [4]. При этом лицам с внешним локусом контроля зачастую сложнее справиться с зависимостью, так как они склонны воспринимать ситуацию как результат внешних обстоятельств, а не собственных усилий [5]. Кроме того, поведенческие стратегии совладания со стрессом также оказывают влияние на курительное поведение. Неадаптивные копинг-стратегии, такие как избегание или отрицание могут усиливать зависимость, тогда как адаптивные – напротив, способствуют повышению стрессоустойчивости и могут облегчать отказ от табака [6, 7]. Таким образом, комплексное изучение тревожности, копинг-профиля и уровня субъективного контроля у лиц с никотиновой зависимостью позволяет более точно определить мишени психотерапевтического воздействия и повысить эффективность программ отказа от курения. Целью настоящего исследования является анализ связи между мотивами курения, уровнем тревожности, стратегиями совладания и локусом контроля у лиц, страдающих от табачной зависимости.

В последние годы зависимость от табака рассматривается не только как поведенческое и биологическое явление, но и как результат взаимодействия широкого спектра психологических, когнитивных и социальных факторов. Согласно современной модели рецидива, предложенной Witkiewitz и Marlatt (2004), предрасположенность к употреблению психоактивных веществ, включая табак, формируется под влиянием как дистальных (семейная история, социальная поддержка, уровень зависимости), так и проксимальных факторов (мотивация, саморегуляция, уровень тревожности, копинг-стратегии), которые взаимодействуют в динамической системе, усиливающей риск повторного употребления [3].

Особое значение в контексте табакокурения приобретает уровень тревожности. Лица с высоким уровнем личностной тревожности чаще воспринимают повседневные ситуации как угрожающие, что способствует устойчивому использованию курения в качестве эмоционального регулятора. Это подтверждается данными исследований, указывающих на положительную ассоциацию между выраженностью тревожности и выраженностью зависимости [8, 9]. Курение может выступать средством временного снижения физиологического напряжения, связанного с тревогой, что закрепляет поведенческий паттерн курительного поведения.

Когнитивные и поведенческие копинг-стратегии также играют ключевую роль в формировании и поддержании зависимости. Согласно Лазарусу и Фолкману (1984), выбор стратегии совладания определяется когнитивной оценкой стрессовой ситуации и индивидуальными ресурсами субъекта [10]. В контексте курения это может выражаться в доминировании неадаптивных стратегий, таких как избегание, дистанцирование или конфронтация, тогда как адаптивные формы совладания, например, планирование и положительная переоценка, могут снижать риск формирования зависимости.

Согласно современным исследованиям, активные и проблемно-ориентированные копинг-стратегии действительно связаны с более благоприятными исходами при преодолении аддикций. Например, у зависимых, сумевших избежать рецидива, значительно выше показатели активного совладания, планирования, поиска поддержки и принятия ситуации, тогда как у тех, кто вновь вернулся к употреблению, достоверно чаще отмечаются стратегии отрицания проблемы, бегства в употребление и самобичевания [11]. Более того, установлена положительная связь между выраженностью неадаптивного копинга и тяжестью зависимости: чем сильнее алкоголизм или иная аддикция, тем чаще индивид склонен к дезадаптивным стратегиям совладания [11]. Также отсутствие адаптивных эмоциональных стратегий приводит к использованию психоактивных веществ как малоадаптивного механизма преодоления стресса [12].

Особое внимание в исследовании отведено анализу субъективного контроля. Интернальный локус контроля рассматривается как фактор, способствующий более активному использованию стратегий саморегуляции и осознанному управлению зависимым поведением, тогда как экстернальный – как фактор уязвимости. Результаты ряда исследований подтверждают, что низкий уровень интернальности ассоциирован с устойчивым курительным поведением и затруднениями в процессе изменения зависимого паттерна [13, 14].

Оценка готовности к изменениям в курительном поведении проводится с опорой на модель стадий изменений (Prochaska & DiClemente, 1983), согласно которой субъекты могут находиться на различных стадиях мотивационной готовности к прекращению курения – от отрицания проблемы до активного действия и закрепления достигнутых изменений [15]. Использование опросника мотивационной готовности к изменениям «SOCRATES» позволяет выявить эти стадии и прогнозировать эффективность психокоррекционных воздействий.

Таким образом, концептуальной рамкой настоящего исследования выступает междисциплинарная модель, сочетающая когнитивно-поведенческий подход, теории локуса контроля и стрессоустойчивости, а также мотивационные модели изменений. Это позволяет определить психологические механизмы, лежащие в основе табачной зависимости, и определить направления для психотерапевтической интервенции.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Настоящее исследование преследовало цель изучить взаимосвязи между мотивами употребления табака и индивидуально-психологическими характеристиками (уровнем тревожности, особенностями копинг-стратегий, субъективным контролем), а также выявить психотерапевтические мишени у лиц с синдромом зависимости от табака.

Задачи исследования:

1. Проанализировать выраженность различных типов курительного поведения и степень никотиновой зависимости.
2. Оценить уровень тревожности (ситуативной и личностной), стрессоустойчивости и субъективного контроля у лиц с зависимостью от табака.
3. Охарактеризовать особенности используемых копинг-стратегий лицами с зависимостью от табака.
4. Исследовать готовность участников к изменениям и преодолению зависимости от табака.
5. Выявить значимые корреляционные связи между мотивами табакокурения, копинг-стратегиями, тревожностью, степенью никотиновой зависимости, готовностью к изменениям и стадией психотерапевтического процесса.
6. Определить возможные мишени психокоррекционного вмешательства с учетом полученных данных.

Гипотезой исследования: являлось предположение, что у лиц с синдромом зависимости от табака наблюдаются специфические индивидуально-психологические особенности (высокий уровень тревожности, преобладание неадаптивных копинг-стратегий, экстернальный локус контроля), которые обуславливают выбор стратегий совладания и мотивацию к курению. Кроме того, уровень готовности к изменениям зависит от выраженности субъективного контроля и копинг-ресурсов, что должно быть учтено при планировании психотерапевтической помощи.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследовании приняли участие 77 человек с признаками синдрома зависимости от табака (в соответствии с результатами теста Фагерстрема и клиническим интервью), проходивших психодиагностическое обследование в рамках клинико-психологической практики. Средний возраст участников составил $M=27.11$, $SD=9.28$, с диапазоном от 18 до 44 лет. Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании, соблюдены принципы анонимности и этики.

Для изучения мотивации табакокурения, особенностей личностной организации и копинг-поведения использовались следующие психодиагностические методики:

1. Тест Фагерстрема для оценки степени никотиновой зависимости (Fagerström Test for Nicotine Dependence, FTND) [16].
2. Тест Хорна (в модификации Ожовановой С.А.) для определения типов курительного поведения (мотивации: стимуляция, расслабление, поддержка, игра, рефлекс, жажда) [17].

3. Шкала тревожности Спилбергера – Ханина (Stait-Trait Anxiety Inventory, STAI) – для оценки ситуативной (реактивной) и личностной тревожности [18].
4. Методика «Уровень субъективного контроля» (УСК) по Е.Ф. Бажину и соавт. – для определения локуса контроля в различных сферах [19].
5. Опросник копинг-стратегий (Тест Хейма) – для оценки когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий [20].
6. Опросник мотивационной готовности к изменениям «SOCRATES» (Miller & Tonigan, 1996, адаптация С.Г. Климановой и др.) – для изучения стадий готовности к изменению поведения при зависимости [21].
7. Шкала URICA – для оценки стадии психотерапевтической готовности к изменениям (предразмышление, размышление, действие, сохранение) [15].

Обработка данных проводилась с использованием программы SPSS и Microsoft Excel. Для анализа взаимосвязей использовался корреляционный анализ Спирмена. Значимость различий оценивалась на уровне $p < 0,05$.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ по тесту Фагерстрема показал, что 19,5% зависимых от табака лиц имеют очень слабую и 23,4% лиц имеют слабую зависимость, что характеризует их, как группу лиц, у которой только начала формироваться зависимость. Однако показатели высокой зависимости и очень высокой зависимости составили 37,7% лиц, и показывает, что у этой группы лиц зависимость от табака сформировалась давно.

Анализ результатов, полученных с помощью теста Хорна, показал, что преобладающими мотивами курения среди участников были «поддержка» (77,9%) и «расслабление» (63,6%), результаты представлены на рис. 1. Поскольку большинство зависимых лиц имеют несколько типов курительного поведения это показывает, что курение тесно связано со стрессовыми ситуациями; посредством курения они пытаются преодолеть волнение, раздражение, эмоциональное напряжение, несдержанность, хотят получить поддержку извне и одобрение окружающих, находится в состоянии комфорта и использовать для этого привычный курительный ритуал.

Высокий процент лиц, а именно 77,9%, выбравших мотивацию «поддержка», указывает на то, что для большинства курильщиков табакокурение служит способом получения эмоциональной или социальной поддержки. Это может означать, что курение используется как средство для создания и укрепления социальных связей или для снижения чувства одиночества и изоляции. Такой мотив может также свидетельствовать о том, что курильщики чувствуют необходимость в поддержке окружающих и используют курение как способ интеграции в социальные группы.

Значительное количество лиц, а именно 63,6%, выбравших мотивацию «расслабление», показывает, что курение воспринимается как средство для снятия стресса и достижения эмоционального комфорта, курильщики используют табак, как способ расслабиться после напряженного дня или для снижения уровня тревожности. Количество лиц, указавших на мотивацию «жажда» составляет 28,6%, что показывает, что физическое или эмоциональное желание курить играет меньшую роль в мотивации

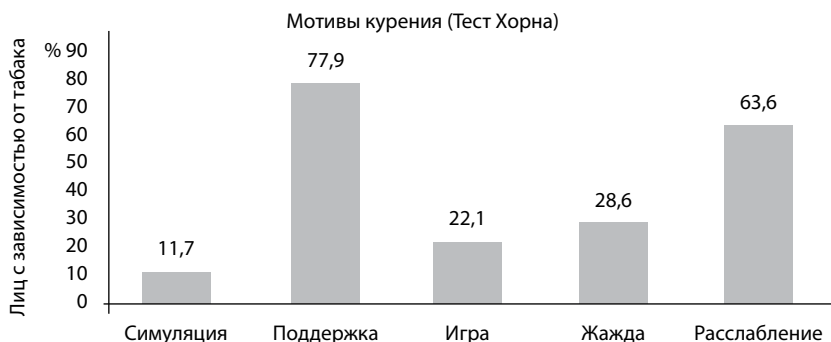


Рис. 1. Мотивы курения среди лиц с зависимостью от табака

Fig. 1. Motivations for smoking among tobacco-dependent individuals

по сравнению с поддержкой и расслаблением. Однако этот мотив все же присутствует и может указывать на аспекты, связанные с зависимостью от никотина или на стремление к удовлетворению определенных потребностей, связанных с курением.

Результаты анализа уровней тревожности по шкалам Спилберга представлены на рис. 2. Личностная тревожность является высокой у 97,4% лиц, зависимых от табака, что свидетельствует о выраженной предрасположенности большинства участников к восприятию широкого круга ситуаций как угрожающих. Это может указывать на повышенную чувствительность к стрессогенным стимулам, склонность к эмоциональной напряженности и высокий риск невротических реакций.



Рис. 2. Уровни реактивной и личностной тревожности у лиц с зависимостью от табака

Fig. 2. Levels of state and trait anxiety in tobacco-dependent individuals

Что касается ситуативной тревожности, высокий уровень отмечен у 44,1%, что указывает на актуально переживаемое беспокойство и нервозность в момент исследования. Этот показатель может отражать реакцию на стрессовую ситуацию или текущее психологическое состояние испытуемых.

Результаты анализа данных по опроснику «Уровень субъективного контроля» (УСК) представлены в табл. 1. Было выявлено выраженное преобладание экстернального локуса контроля у респондентов: в отношении здоровья у 80,5%, межличностных отношений у 81,8% и неудач у 81,8% лиц с зависимостью от табака. Это свидетельствует о тенденции воспринимать значимые события как находящиеся вне собственного контроля, что характерно для зависимого поведения и связано с меньшей готовностью к изменениям.

Таблица 1

Уровни субъективного контроля по опроснику «УСК» среди лиц с зависимостью от табака (%)

Table 1

Subjective control level according to the LSC questionnaire among tobacco-dependent individuals (%)

Опросник «УСК»	n=77						
	Шкала Ио	Шкала Ид	Шкала Ин	Шкала Ис	Шкала Ип	Шкала Им	Шкала Из
Интернальный локус контроля	29,9	58,4	18,2	19,5	18,2	63,6	41,6
Экстернальный локус контроля	70,1	41,6	81,8	80,5	81,8	36,4	57,1

Примечания: Ио – Шкала общей интернальности; Ид – Шкала интернальности в области достижений; Ин – Шкала интернальности в области неудач; Ис – Шкала интернальности в семейных отношениях; Ип – Шкала интернальности в области производственных отношений; Им – Шкала интернальности в области межличностных отношений; Из – Шкала интернальности в отношении здоровья и болезни.

Только по шкале интернальности в области достижений наблюдалась интернальная установка, что может отражать стремление брать на себя ответственность в контекстах, связанных с социальным признанием, но не в отношении здоровья и привычек. Подобный «селективный контроль» формирует уязвимость к зависимостям, включая табакокурение. Исследования последних лет подтверждают, что преобладание экстернального локуса контроля снижает мотивацию к изменениям и ухудшает комплаентность при работе с зависимым поведением. Кроме того лица с преобладающей экстернальностью чаще используют избегающее и эмоциональное совладание и реже прибегают к когнитивной переработке ситуации [22]. Данные подтверждают необходимость прицельной психотерапевтической работы, направленной на развитие осознанности, чувства контроля и самоэффективности, что может способствовать переходу от пассивных стратегий к активному решению проблем и отказу от курения.

Для оценки степени осознания проблемы курения и готовности к изменениям использовался опросник SOCRATES, направленный на диагностику стадий изменения



Рис. 3. Готовность к изменениям среди лиц с зависимостью от табака
Fig. 3. Readiness for change among tobacco-dependent individuals

поведения при зависимости., результаты анализа представлены на рисунке 3. Почти 60% респондентов (уровни «выше среднего» и «высокая») продемонстрировали высокую осознанность проблемы и потенциальную мотивацию к изменению поведения. Это говорит о значительном терапевтическом потенциале и важности поддержки на стадии «размышления» и «подготовки к действию». С другой стороны, более трети лиц с зависимостью от табака находятся на низких уровнях готовности, что может указывать на сопротивление изменениям, недостаточную осознанность проблемы или влияние внешнего давления. Эти пациенты требуют более продолжительной мотивационной работы, направленной на повышение внутренней мотивации и переработку механизмов отрицания. Актуальные исследования подтверждают, что стадии готовности к изменениям тесно связаны с эффективностью психотерапевтического вмешательства и успехом отказа от курения [15].

Анализ особенностей стрессоустойчивости лиц с синдромом табачной зависимости выявил различия в предпочтительных копинг-стратегиях по сферам (когнитивной, эмоциональной, поведенческой) представлен в табл. 2. В когнитивной сфере у большинства испытуемых преобладают адаптивные копинг-стратегии у 44,2% лиц, тогда как неадаптивные стратегии выявлены почти у трети – у 29,9% лиц. Оставшаяся примерно четверть лиц – 25,9%, использует относительно адаптивные когнитивные стратегии. В эмоциональной сфере ситуация двоякая: с одной стороны, доля лиц с адаптивными эмоциональными стратегиями также высока и составляет 46,8%, с другой – практически столь же велика доля тех, кто склонен к неадаптивным эмоциональным копинг-стратегиям и составляет 45,5%. Лишь около 7–8% лиц с зависимостью от табака используют эмоциональные стратегии, которые можно отнести к промежуточным, относительно адаптивным. Наиболее отличной оказалась поведенческая сфера

копинга: здесь только у 32,5%, обследованных наблюдаются адаптивные стратегии поведения в стрессовых ситуациях, тогда как наиболее распространены относительно адаптивные поведенческие стратегии у 41,6%. Неадаптивные поведенческие способы совладания со стрессом отмечены у 26,0% обследованных. Таким образом, для большинства зависимых от табака характерны относительно конструктивные способы поведенческого копинга, тогда как полностью неэффективные (дезадаптивные) модели поведения при стрессе проявляются несколько реже, хотя и затрагивают значимую долю выборки (примерно каждого четвертого). В целом полученные данные указывают на наличие определенного ресурса совладания у части испытуемых (особенно на когнитивном уровне), но при этом существенная доля участников демонстрирует малоэффективные стратегии, особенно в сфере эмоционального реагирования.

Таблица 2

Распределение копинг-стратегий у лиц с зависимостью от табака (по тесту В.Я. Хейма, N=77)

Table 2

Coping strategies distribution in tobacco-dependent individuals (according to V.Ya. Heim's test, N=77)

Сфера копинг-поведения	Адаптивные стратегии, %	Относительно адаптивные, %	Неадаптивные стратегии, %
Когнитивная	44,2	25,9	29,9
Эмоциональная	46,8	7,8	45,5
Поведенческая	32,5	41,6	26,0

Полученные результаты согласуются с данными современной литературы о копинг-поведении зависимых [11]. Так, в нашей выборке практически половина курящих использует неадаптивные эмоциональные копинг-стратегии – факт, указывающий на трудности эмоциональной саморегуляции и склонность к избеганию или отрицанию проблем. Известно, что табакокурение нередко выступает как способ психологической адаптации к стрессу и негативным переживаниям. В частности, показано, что лица, употребляющие никотин, чаще прибегают к стратегиям отвлечения и поведенческого избегания стресса, а также чаще склонны к самоуничтожению и отрицанию, чем люди без зависимости. В нашем исследовании самой распространенной поведенческой стратегией оказалось «активное избегание» (откладывание решения проблем), что подтверждает тенденцию лиц с никотиновой зависимостью решать стрессовые ситуации путем ухода от них, а не конструктивного решения. Эти результаты указывают, что зависимые от табака лица имеют склонность опираться на менее эффективные механизмы совладания со стрессом, что может способствовать поддержанию аддиктивного поведения. В то же время определенная часть испытуемых демонстрирует адаптивные копинг-стратегии. На когнитивном уровне наиболее распространены оказались стратегии позитивной переработки информации – например, «придание смысла» ситуации у 22% и оптимизм у 37,7% лиц – что

свидетельствует о сохранности у многих молодых курящих лиц когнитивных ресурсов совладания (переоценка стрессора, поиск позитивных значений опыта). В эмоциональной сфере почти половина выборки также использует адаптивные приемы (видимо, такие как выражение эмоций конструктивным образом, поиск поддержки и т. д.). Наличие этих стратегий потенциально может облегчать выход из зависимости при условии их укрепления. Согласно современным исследованиям, активные и проблемно-ориентированные копинг-стратегии действительно связаны с более благоприятными исходами при преодолении аддикций.

Нами выявлено, что высокая доля неэффективного эмоционального копинга у 45,5% лиц сочетается с выраженной никотиновой зависимостью. Можно предположить, что курение для таких лиц выполняет функцию «эмоционального костыля», компенсирующего недостаточность зрелых способов регуляции настроения. Действительно, в психологической литературе подчеркивается, что употребление психоактивных веществ часто начинается и закрепляется как малоадаптивный механизм преодоления стресса.

В прикладном плане результаты свидетельствуют о необходимости развития у зависимых от табака более эффективных навыков совладания со стрессом. Психологическая помощь этой категории лиц должна включать тренинг адаптивных копинг-стратегий – таких как активное решение проблем, поиск социальной поддержки, конструктивная деятельность – чтобы заменить ими привычные пассивно-избегающие модели поведения. Укрепление личностных ресурсов, например жизнестойкости и стрессоустойчивости, также может способствовать переходу от деструктивного копинга (уход от проблем, агрессия, отрицание и др.) к более здоровым стратегиям борьбы со стрессом, что в конечном итоге повышает шансы на успешный

Результаты корреляционного анализа, выполненного с использованием коэффициента корреляции Спирмена для оценки взаимосвязей между результатами различных тестов и шкал, связанных с потреблением табака и индивидуально-психологическими параметрами. Корреляционные коэффициенты показывают степень и направление взаимосвязи между переменными, где положительные значения указывают на прямую связь, а отрицательные – на обратную. Результаты анализа данных предоставлены в табл. 3, где вынесены значимые взаимосвязи средней и высокой силы связи.

Корреляционный анализ показал несколько значимых взаимосвязей между различными переменными:

Тест Фагерстрема и «Жажда» (тест Хорна): $R_s=0,50$, $p<0.001$. Эта средняя положительная связь указывает на то, что высокая степень зависимости от табака, определяемая по тесту Фагерстрема, тесно связана с более выраженным состоянием «жажды» курения. «Жажда» в контексте этого теста представляет собой желание курить, которое связано с физической зависимостью от никотина, проявляющейся в сильном желании курить, особенно в стрессовых ситуациях.

Ситуативная тревожность (Шкала Спилберга) и личностная тревожность (Шкала Спилберга): $R_s=0,70$, $p<0.001$. Это высокая положительная связь, что свидетельствует

Таблица 3

Результаты корреляционного анализа с использованием коэффициента корреляции Спирмена (R_s) для анализа связей между мотивами курения, готовностью к изменениям, выраженностью стадий психотерапевтического процесса, копинг-стратегиями, ситуативной и личностной тревожностью, локусами контроля у лиц с зависимостью от табака

Table 3

Results of correlation analysis using Spearman's rank correlation coefficient (R_s) for analyzing the relationships between smoking motives, readiness for change, expression of stages in the psychotherapeutic process, coping strategies, state and trait anxiety, and locus of control

Переменная 1	Переменная 2	Коэффициент корреляции Спирмена (R_s)	Значимость (p)
Тест Фагерстрема	Жажда (тест Хорна)	0,50	p<0.001
Ситуативная тревожность (Шкала Спилберга)	Личностная тревожность (Шкала Спилберга)	0.70	p<0.001
Ситуативная тревожность (Шкала Спилберга)	Оптимизм (тест Хейма)	-0.51	p<0.001
Личностная тревожность (Шкала Спилберга)	Бегство-избегание (Тест Хейма)	0.63	p<0.001
ИО (УСК)	Бегство-избегание (Тест Хейма)	-0.54	p<0.001
ИО (УСК)	Планирование решения проблем (Тест Хейма)	0.57	p<0.001
ИД (УСК)	Бегство-избегание (Тест Хейма)	-0.48	p<0.001
ИД (УСК)	Планирование решения проблем	0.59	p<0.001
Дистанцирование (Тест Хейма)	Бегство-избегание (Тест Хейма)	0.50	p<0.001
Сохранение (Шкала Urica)	«Socrates»	0.52	p<0.001
Стимуляция (тест Хорна)	Рефлекс (тест Хорна)	0.50	p<0.001
Игра (тест Хорна)	Рефлекс (тест Хорна)	0.55	p<0.001
Покорность (тест Хейма)	Растерянность (тест Хейма)	0.59	p<0.001
Протест (тест Хейма)	Игнорирование (тест Хейма)	0.56	p<0.001
Отступление (тест Хейма)	Активное избегание (тест Хейма)	0.76	p<0.001

о том, что высокий уровень ситуативной тревожности у индивидов тесно связан с высоким уровнем личностной тревожности. Это подтверждает, что люди, склонные к тревожным реакциям в стрессовых ситуациях, также могут демонстрировать высокую личностную тревожность, что усиливает восприятие окружающей среды как угрожающей.

Ситуативная тревожность (Шкала Спилберга) и «Оптимизм» (тест Хейма): $R_s = -0,51$, $p < 0.001$. Это средняя отрицательная связь, что говорит о том, что высокий уровень ситуативной тревожности связан с пониженным уровнем оптимизма. Это указывает

на то, что в стрессовых ситуациях люди с высокой ситуативной тревожностью испытывают снижение уверенности в положительном исходе, что может усилить их стресс и тревожность.

Личностная тревожность (Шкала Спилберга) и «Бегство-избегание» (Тест Хейма): $R_s=0,63$, $p<0.001$. Это средняя положительная связь, которая подтверждает, что высокий уровень личностной тревожности связан с использованием стратегии бегства и избегания. Лица с высокой личностной тревожностью склонны избегать стрессовых ситуаций, что приводит к отказу от активного решения проблем, что в последующем лишь усиливает тревогу.

Шкала общей интернальности (УСК) и «Бегство-избегание» (Тест Хейма): $R_s=-0,54$, $p<0.001$. Это средняя отрицательная связь, которая свидетельствует о том, что люди с более высоким внутренним локусом контроля (ИО) используют меньше стратегий бегства и избегания, что говорит о склонности таких людей к активному решению проблем и большому контролю за своей жизнью.

Шкала общей интернальности (УСК) и «Планирование решения проблем» (Тест Хейма): $R_s=0,57$, $p<0.001$. Это средняя положительная связь, которая указывает на то, что высокие результаты по внутреннему локусу контроля связаны с более частым использованием стратегий планирования решения проблем. Это свидетельствует о том, что такие люди предпочитают решать возникающие проблемы с помощью активного подхода, что помогает им справляться со стрессовыми ситуациями.

Шкала интернальности в области достижений (УСК) и «Бегство-избегание» (Тест Хейма): $R_s=-0,48$, $p<0.001$. Это средняя отрицательная связь, что подтверждает, что высокий уровень внутреннего локуса контроля в области достижений (ИД) также связан с меньшим использованием стратегии бегства и избегания. Это указывает на то, что люди с внутренним локусом контроля имеют большее желание справляться с трудностями активно, а не избегать их.

Шкала интернальности в области достижений (УСК) и «Планирование решения проблем»: $R_s=0,59$, $p<0.001$. Это средняя положительная связь, которая подтверждает, что люди с высоким уровнем внутреннего локуса контроля чаще применяют стратегии планирования решения проблем. Это помогает им эффективно решать проблемы и справляться с трудными ситуациями.

«Дистанцирование» (Тест Хейма) и «Бегство-избегание» (Тест Хейма): $R_s=0,50$, $p<0.001$. Это средняя положительная связь, которая указывает на то, что люди, использующие стратегию дистанцирования, склонны также использовать стратегию бегства и избегания. Это может свидетельствовать о тенденции избегать стрессовых ситуаций и избегать их решения, что может способствовать поддержанию зависимости.

«Сохранение» (Шкала Urica) и результаты по шкале «SOCRATES»: $R_s=0,52$, $p<0.001$. Это средняя положительная связь, что подтверждает, что люди, более готовые к изменениям (по шкале «SOCRATES»), имеют более высокие результаты на шкале «Сохранение» (по шкале Urica). Это говорит о том, что люди, готовые к изменениям в поведении, чаще стремятся осознать свою зависимость и предпринимать шаги для ее преодоления.

Таким образом программы для людей с табачной зависимостью должны включать компоненты, направленные на развитие адаптивных копинг-стратегий, а также на улучшение саморегуляции в эмоциональной сфере. Особенно важно работать с пациентами, использующими стратегии избегания, такими как дистанцирование и отрицание, так как они могут служить фактором поддержания зависимости. Укрепление психоэмоциональной устойчивости и формирование здоровых механизмов совладания со стрессом могут стать ключевыми для успешного отказа от курения и предупреждения рецидивов.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование позволило всесторонне охарактеризовать мотивационные и психологические особенности лиц с синдромом зависимости от табака. Полученные результаты свидетельствуют о комплексной взаимосвязи между уровнем тревожности, стратегиями совладания со стрессом, локусом контроля и мотивацией к изменениям.

Установлено, что большинство участников обладают выраженной личностной тревожностью и демонстрируют повышенный уровень ситуативной тревожности, что может служить важным психологическим фактором, поддерживающим курительное поведение. Анализ копинг-профиля показал, что в когнитивной и поведенческой сферах преобладают относительно адаптивные стратегии, тогда как в эмоциональной – значительно представлены неадаптивные. Это подчеркивает важность эмоциональной регуляции в поддержании аддиктивного поведения. Несмотря на наличие когнитивных ресурсов у части испытуемых (позитивная переоценка, оптимизм), они часто используются в сочетании с деструктивными эмоциональными и поведенческими реакциями, что ограничивает их эффективность. Большинство участников продемонстрировали экстернальный локус контроля, особенно в отношении здоровья и неудач. Это может снижать мотивацию к отказу от курения, поскольку ощущение внешнего детерминизма ослабляет готовность брать на себя ответственность за поведение и его последствия. Однако по шкале достижений более половины участников проявили интернальную ориентацию, что может служить опорной точкой для психокоррекционной работы. Оценка мотивационной готовности по опроснику «SOCRATES» показала, что более половины испытуемых находятся на стадиях размышления или высокой готовности к изменениям. Это подтверждает наличие внутреннего запроса на трансформацию поведения и открывает возможности для эффективного психотерапевтического вмешательства.

В результате анализа взаимосвязей между различными переменными, связанными с зависимостью от табака, было выявлено несколько ключевых корреляций. Во-первых, высокая степень зависимости от табака, определяемая по тесту Фагерстрема, тесно связана с более выраженным состоянием «жажды» курения ($R_s=0,50$, $p<0,001$), что подтверждает роль физической зависимости от никотина. Также была выявлена сильная положительная связь ($R_s=0,70$, $p<0,001$) между личностной и ситуативной тревожностью, что указывает на повышенную эмоциональную восприимчивость у

курильщиков и их склонность к переживанию стресса. Примечательно, что более высокий уровень личностной тревожности также был связан с большей склонностью к использованию стратегии бегства-избегания ($R_s=0,63$, $p<0.001$). Эти результаты подчеркивают, что люди с зависимостью от табака часто используют неадаптивные механизмы совладания, такие как избегание и отрицание, что может усугублять их зависимость. В то же время выявлены позитивные связи между высоким уровнем внутреннего локуса контроля и эффективными стратегиями планирования решения проблем ($R_s=0,57$, $p<0.001$), что указывает на потенциал улучшения самоконтроля и способностей к управлению стрессом у лиц с более высоким уровнем самосознания.

В совокупности результаты подчеркивают необходимость индивидуализированного подхода к терапии табачной зависимости, с акцентом на развитие адаптивных стратегий совладания, снижение уровня тревожности, усиление интернального локуса контроля и поддержку мотивационной готовности к изменениям.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organization. Locus of control and the long-term effects of parental smoking on mental health. *Social Science & Medicine*. 2023;361:116032. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.116032
2. Mental Health Foundation. Smoking and mental health. 2020. Available at: <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/smoking-and-mental-health> (accessed 30 April 2025)
3. Witkiewitz K., Marlatt G.A. Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*. 2004;59(4):224–235.
4. Zvolensky M.J., Garey L., Kauffman B.Y. Anxiety sensitivity and smoking: Current understanding and future directions. *Clinical Psychology Review*. 2020;76:101815. doi: 10.1016/j.cpr.2019.101815
5. Wang L., Liu Y., Zhao Z. Association of health locus of control with anxiety and depression. *Scientific Reports*. 2025;15:2256. doi: 10.1038/s41598-025-91522-x
6. Jiang H., Chen L., Wang Z. Mechanism of community quitters' psychological traits on their smoking cessation. *Tobacco Induced Diseases*. 2023;21(March):1–11. doi: 10.18332/tid/162000
7. Malouff J.M., Schutte N.S. Barriers and facilitators for smoking cessation: A psychological perspective. *Frontiers in Psychology*. 2023;14:1060701. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1060701
8. Spielberger C.D. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1983.
9. Kassel J.D., Stroud L.R., Paronis C.A. Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*. 2003;129(2):270–304.
10. Lazarus R.S., Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer; 1984.
11. Venkateswaran S., Thirumalai R. A follow-up study on coping strategies and its association with relapse among alcohol-dependent patients. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2024;46(3):245–252. doi: 10.1177/02537176231222968
12. Valentino R.J., Lucki I., Van Bockstaele E. Corticotropin-releasing factor in the dorsal raphe nucleus: Linking stress coping and addiction. *Brain Research*. 2010;1314:29–37. doi: 10.1016/j.brainres.2009.09.100
13. Rotter J.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*. 1966;80(1):1–28.
14. Wallston K.A., Wallston B.S. Who is responsible for your health? The construct of Health Locus of Control. In: Sanders G.S., Suls J., editors. *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Erlbaum; 1982; 65–95.
15. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(3):390–395.
16. Heatherington T.F., Kozlowski L.T., Frecker R.C., Fagerström K.O. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*. 1991;86(9):1119–1127.
17. Ozhovanova S.A. *Psikhologicheskie osobennosti kuritel'nogo povedeniya i ego korektsiya*. Moscow: Institut Psikologii RAN; 2001. (in Russian)
18. Zaitsev Yu.A., Khvan A.A. Standartizatsiya metodik diagnostiki spilbergera-Khanina i Dzh. Teilora. *Psikhologicheskaya Diagnostika*. 2011;3. (in Russian)
19. Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M. *Oprosnik urovnya sub yektivnogo kontrolya (USK)*. Moscow: Smyls; 1993. (in Russian)
20. Heim E. Coping strategies and psychological adaptation: A cross-cultural study. In: Dassen P., Berry J.W., Sartorius N., editors. *Health and Cross-Cultural Psychology: Toward Applications*. Newbury Park: Sage; 1988;169–185.
21. Klimanova S.G., Trusova A.V., Kiselev A.S., et al. Adaptatsiya russkoyazychnoy versii oprosnika dlya otsenki gotovnosti k izmeneniyam (SOCRATES). *Konsultativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya*. 2018;3. (in Russian)
22. Cosci F., Corlando A., Fornai E., et al. Nicotine dependence, psychological distress and personality traits as possible predictors of smoking cessation. Results of a double-blind study with nicotine patch. *Addict Behav*. 2009 Jan;34(1):28–35.

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.20.66.012>
УДК 616.89-008.441.13-08

Тукало М.И. ✉, Григорьева И.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

НОВЫЕ НЕЙРОМОДУЛИРУЮЩИЕ СТРАТЕГИИ В ЛЕЧЕНИИ НИКОТИНОВОЙ ЗАВИСИМОСТИ: ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция, редактирование, сбор материала, обработка, написание текста – Тукало М.И.; концепция, редактирование, обработка, написание текста – Григорьева И.В.
Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: tukala4@gmail.com; inessgrig@mail.ru

Резюме

В статье рассматриваются нейромодулирующие стратегии в лечении никотиновой зависимости, в качестве лечебного инструмента выступает транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС). Представлены основные нейробиологические механизмы и психосоциальные факторы формирования зависимости и определены нарушения функциональных связей между когнитивным контролем и процессами в системе вознаграждения. Идентифицированы ключевые области нейронных сетей головного мозга, поддерживающих зависимое поведение, которые выступают потенциальными мишенями для проведения нейромодуляции с применением лечебной ТМС. По результатам клинических исследований, представленных в обзоре, использование ТМС является эффективным методом в комплексном лечении никотиновой зависимости.

Ключевые слова: транскраниальная магнитная стимуляция, никотиновая зависимость, тяга, дофаминовая система, префронтальная кора, нейронные сети

Tukala M. ✉, Grigorieva I.

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

New Neuromodulation Strategies in the Treatment of Nicotine Addiction: Transcranial Magnetic Stimulation

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: the concept, editing, collecting material, processing, writing text – Tukala M.; the concept, editing, processing, writing text – Grigorieva I.

The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: tukala4@gmail.com; inessgrig@mail.ru

Abstract

The article discusses neuromodulatory strategies in the treatment of nicotine addiction, using transcranial magnetic stimulation (TMS) as a therapeutic tool. The main neurobiological mechanisms and psychosocial factors of addiction formation are presented, and violations of functional connections between cognitive control and processes in the reward system are determined. Key areas of the neural networks of the brain that support addictive behavior are identified, which act as potential targets for neuromodulation using therapeutic TMS. According to the results of clinical studies presented in the review, the use of TMS is an effective method in the complex treatment of nicotine addiction.

Keywords: transcranial magnetic stimulation, nicotine addiction, craving, dopamine system, prefrontal cortex, neural networks

■ ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в мире насчитывается свыше 1,3 млрд курильщиков. Ежегодно от табакокурения умирают около 8 млн человек (ВОЗ, 2023) [1]. В ответ на глобализацию табачной эпидемии была разработана Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ), вступившая в силу в 2005 г. Это первый транснациональный договор по защите здоровья нынешнего и будущих поколений, определяющий стратегию сокращения спроса и предложения на продажу табачных изделий. Республика Беларусь ратифицировала РКБТ в 2005 г. [2]. Благодаря этим мерам и активной пропаганде негативного влияния табака на здоровье человека отмечен тренд на снижение доли курящих лиц. Однако в Республике Беларусь курит 26,7% населения (STEPS, 2020) [3]. Во всем мире растут расходы на здравоохранение при заболеваниях, связанных с курением [4]. Таким образом, никотиновая зависимость продолжает являться одной из самых актуальных проблем в мире.

Для эпизодически потребляющих табачные изделия лиц вероятность формирования зависимости в течение года составляет более 30 %, что сопоставимо с употреблением кокаина [5]. Психическая зависимость от курения формируется уже к 3–5 году постоянного курения. Таким образом, представленные данные

подтверждают высокий аддитивный потенциал действия никотина, как основного компонента табака. Около 90% новых курильщиков становятся зависимыми от приема табака к 25 годам. Большинство людей действительно хотят бросить курить, но лишь немногим удается это сделать: лишь 6% тех, кто пытается бросить курить без посторонней помощи, соблюдают воздержание в течение 30 дней [1]. Никотиновая зависимость является актуальной проблемой в мире и в нашей стране. Отмечена достаточно высокая распространенность никотиновой зависимости среди молодежи – важной социальной группе общества, являющейся основой демографической безопасности нации. По данным STEPS [3] в 2020 г. из молодых людей в возрасте от 15 до 19 лет курят 44%, от 22 до 24 лет – 45%. 73% заядлых курильщиков попробовали курить до 17 лет, еще в период обучения в школе. По данным исследований до 90% выпускников школ пробовали курить сигареты. Вопросам формирования здоровой социально-психологической компетентности у молодежи в области анти-никотинового поведения и лечения посвящены разные исследования [6], малоизученными остаются аспекты организации и проведения последовательных психотерапевтических вмешательств для отказа от употребления табака молодежью. Табакокурение сигнализирует о социальном неблагополучии студентов и повышает риск развития нарушений нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной систем [7].

Нейробиология зависимости от табака

Считается, что мезолимбическая дофаминергическая система вознаграждения играет ключевую роль в развитии влечения и зависимости. Воздействуя на холинэргические рецепторы, никотин провоцирует выброс таких нейромедиаторов, как ацетилхолин, дофамин, глутамат (главный возбуждающий нейромедиатор мозга), в меньшей степени – серотонин и норадреналин. Таким образом, никотин оказывает действие на когнитивные процессы и мышление, концентрацию и внимание, стабилизирует эмоциональный фон, повышает устойчивость к стрессовым факторам, оказывает противотревожное действие, ускоряет реакцию, улучшает избирательную аудиальную и визуальную чувствительность [8]. Перманентное быстрое выделение дофамина в процессе курения табака определяет чувство удовлетворения от курения. У хронических курильщиков, прекративших курить, сокращается выделение эндогенного дофамина. Организму курильщика становится необходим никотин - без него появляются симптомы абстиненции, что и заставляет человека снова и снова курить.

Никотин, как психоактивный компонент табака, быстро всасывается и проникает через гематоэнцефалический барьер, активируя никотиновые ацетилхолиновые рецепторы дофаминергических нейронов вентральной области покрышки, вызывает продолжительное высвобождение дофамина в областях вознаграждения, таких как прилежащее ядро и орбитофронтальная кора [9]. Активация нейронов этих областей вызывает ощущение предвкушения удовольствия (ожидание, желание потенциального вознаграждения) и повышение мотивации к повторному курению. Следует отметить, что никотиновая стимуляция также вызывает продолжительное

высвобождение других нейромедиаторов (серотонина, норадреналина, глутамата), временно улучшая настроение и концентрацию внимания.

Биологические механизмы, управляющие возникновением постоянного желания к приему табака с формированием зависимости, включают расширение зоны возбуждения за пределами богатого дофамином области полосатого тела. Коровые центры, связанные проекционными волокнами с полосатым телом, имеют решающее значение для вызванного никотиновой стимуляцией дисфункцией с развитием компульсивного поведения, частым срывам в период ремиссии и рецидивам табакокурения. Сеть исполнительного контроля, включающая дорсолатеральную префронтальную кору (ДЛПК), заднюю теменную кору и дорсальную поясную извилину, управляет и регулирует модели действий, принятие решений и осуществления самоконтроля. Во время процесса привыкания усиленные приемом никотина возбуждающие сигналы в цепи памяти стимулируют ожидание вознаграждения и повышают мотивацию к его употреблению, преодолевая тормозящий контроль, что приводит к нарастанию дисфункциональной взаимосвязи префронтальной коры с прилежащим ядром. Сеть режима по умолчанию или пассивного режима работы мозга (Default Mode Network) - вентральная префронтальная кора, в том числе медиальная префронтальная кора (мПФК), орбитофронтальная кора (ОФК) и сеть значимости (островковая кора и вентральная передняя поясная извилина), модулируют лимбическое возбуждение и обработку эмоций. Считается, что дисбаланс этих нейронных систем способствует развитию и рецидиву табакокурения [10].

В совокупности перечисленные нейронные изменения в системах регуляции и контроля при приеме табака показывают, что существует множество потенциальных лечебных целей для проведения нейромодуляции.

Психосоциальные аспекты формирования никотиновой зависимости

Зависимость от табака формируется не только под влиянием биологических факторов. Важную роль в этом играют также психосоциальные факторы. Установлено, что первое место среди причин возникновения никотиновой зависимости занимает влияние семейной среды, особенно среди причин начала курения. В последующем – влияние сверстников, курение «за компанию», «курение ради интереса». На сегодняшний день существует много мотивирующих факторов, способствующих курению: появление «новомодных» табачных изделий, реклама, изменение имиджа (образ «уверенного человека»), социальное одобрение («перекур», как отдых), которые способствуют закреплению привычки курения [11].

Согласно рекомендациям ВОЗ, требуются исследования для оценки новых стратегий по лечению синдрома зависимости от табака и предотвращению рецидивов.

В РНПЦ психического здоровья проводится перспективное исследование по изучению факторов формирования зависимости от курения среди студенческой молодежи. Отмечено, что высокая степень зависимости от табака по тесту Фагерстрема находится в сильной положительной взаимосвязи с «жаждой» курения по тесту Хорна, реактивной и личностной тревожностью по тесту Спилберга – Ханина [12].

В совокупности, все перечисленные аспекты табакокурения направляют мышление фундаментальной и клинической науки на поиск новых научно обоснованных методов лечения лиц с зависимостью от никотина.

Транскраниальная магнитная стимуляция

За последнее десятилетие был достигнут огромный прогресс в разработке технологий стимуляции мозга для поддержки отказа от курения, что обусловлено достижениями фундаментальной доклинической нейробиологии, демонстрирующей связи между нейронными цепями и поведением, связанным с употреблением психоактивных веществ (ПАВ) [13]. Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) – это метод неинвазивной модуляции нейрональной пластичности высокоинтенсивным импульсным магнитным полем, основанный на принципе электромагнитной индукции. Подаваемое аппаратом переменное магнитное поле высокой интенсивности (1–2 Тл), сопоставимое с мощностью магнитно-резонансного томографа, беспрепятственно проникает через кожные покровы и кости черепа, генерируя слабые токи в аксонах корковых нейронов, что приводит к их активации. Отличием от чрескожной электротерапии или микрополяризации является возможность фокального воздействия на целевые области головного мозга. Кроме того, ТМС оказывает влияние и на глубинные структуры головного мозга посредством корково-подкорковых ассоциативных связей, а также на центры в смежных областях и в противоположной стимулируемой стороне полушария. При этом не требуется имплантация электродов. В результате происходит усиление нейропластичности за счет образования новых межнейронных связей (синаптогенез), наблюдается модуляция нейрональных сетей, повышается уровень мозгового нейротрофического фактора, изменяется баланс некоторых гормонов и нейромедиаторов [14].

С накоплением большого опыта применения ТМС в психиатрии исследователи и практические врачи сталкиваются с разнообразием в протоколах и параметрах стимуляции, вариативностью ее клинических эффектов у зависимых лиц. Это привело к проведению с 2018 г. ежегодных международных конференций с участием ведущих экспертов по применению ТМС в психиатрии и наркологии (International tES/TS Testing Network for Addiction Medicine (INTAM)), с обменом опытом по ведению зависимых от ПАВ лиц с созданием консенсусного документа с рекомендациями по переводу опыта исследований в области нейромодуляции [13]. Международные рекомендации позволяют расширять внедрение ТМС в практическое здравоохранение.

В настоящее время ТМС одобрена Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (англ. Food and Drug Administration, FDA) для лечения депрессивных расстройств, обсессивно-компульсивного расстройства, мигрени и болезни Альцгеймера. В 2020 г. FDA разрешило использование системы глубокой ТМС BrainsWay в качестве средства для краткосрочного прекращения курения взрослыми [15].

Лечебный эффект ТМС определяется рядом факторов: интенсивностью магнитного поля, частотой и количеством подаваемых за сеанс импульсов, областью

расположения индуктора, длительностью курса лечения. Установлено, что низкочастотная (менее 1 Гц) ТМС оказывает угнетающее, а высокочастотная (5 и более Гц, чаще 10–20 Гц) – возбуждающее действие на корковые нейроны, в том числе и за счет модуляции региональной активности глутамат и ГАМК-ергической систем [14]. Глубина проникновения магнитного поля и области воздействия, определяется конфигурацией катушки (индуктора). В психиатрической практике с лечебной целью используют в основном два типа индукторов: двойной кольцевой («восьмерка»), обеспечивающий точную фокусировку магнитного поля на корковых структурах, и Н-койл для более глубокой и широкой стимуляции, в том числе медиальной и орбитофронтальной коры. Предложены также новые катушки «двойной конус» для глубокой стимуляции лимбических структур [16].

Роль нейронных сетей в управлении зависимым поведением при табакокурении: мишени для проведения ТМС

Выбор ТМС в лечении табакокурения определен результатами полученных ранее исследований в области нейробиологии зависимости. Было показано наличие связи между нейронными сетями и зависимым от приема ПАВ поведением. Harmelech T., Hanlon C.A., Tendler A. и соавт. (2023) в обзорной статье обсудили нейронные сети, участвующие в процессе зависимости, и рассмотрели эффективность применения ТМС при расстройствах, связанных с употреблением ПАВ (табака и алкоголя) [17]. Они отметили, что при приеме табака происходят изменения в динамике работы: сети исполнительного контроля, сети режима по умолчанию и контуров значимости, что определяет необходимость учета этих составляющих, как мишеней для проведения нейромодуляции (путем билатерального воздействия на ДЛПК, мПФК, поясную извилину и островковую кору). Авторы пришли к выводу, что множественные сходные материалы изученных данных свидетельствуют в пользу использования ТМС при расстройствах, связанных с употреблением алкоголя и кокаина. Большинство клинических исследований сосредоточено на повышении активности в сети исполнительного контроля либо в одностороннем порядке, либо в двустороннем, модулирующем эффекте на ДЛПК. При изучении эффективности ТМС при табакокурении Li X., Hartwell K.J., Henderson S. и соавт. (2020) были продемонстрированы значительные краткосрочные эффекты, как отказ от курения в течение месяца после 10-дневного курса высокочастотной стимуляции левой ДЛПК с предварительной видепровокацией материалами о курении, однако не было выявлено стойкого отказа от курения или устойчивого воздержания [18]. В трех проанализированных исследованиях ТМС была нацелена на латеральную префронтальную и островковую кору. И в одном из них с применением койла в виде Н-катушки для глубокой двусторонней стимуляции мПФК, венстролатеральной и островковой коры было продемонстрировано устойчивое воздержание от курения (33% уровень воздержания через 6 месяцев после лечения). Последующее многоцентровое исследование привело к первому разрешению FDA на использование устройства ТМС в качестве средства для краткосрочного прекращения курения [19]. В частности, было рекомендовано использование Н4-катушки

(BrainsWay, Израиль) для глубокой ТМС, как инструмента для прекращения курения [15]. Следует отметить, что широкое применение данного устройства ограничено его стоимостью и узким диапазоном нозологий, показанных к лечению катушкой с данной модификацией. Недостатком Н-койла является также

Таким образом, возможность прицельного воздействия на области головного мозга, вовлеченные в патологический процесс формирования зависимого поведения: сети по умолчанию (преимущественно мПФК) и сети значимости (ДЛПК), предопределяет использование ТМС.

Предлагаемый механизм, с помощью которого ТМС левой ДЛПК поддерживает отказ от курения, заключается в повышении активности нейронов и пластичности в левой ДЛПК, тем самым улучшая исполнительные функции и контролируемость подавления реакции, связанной с влечением к приему ПАВ и саморегуляцией. В то же время эффект применения ТМС на левую ДЛПК определяется интенсивностью подаваемого магнитного поля и продолжительность курса лечения. Например, в исследовании Shevorykin A. и соавторы [20] при сравнении групп пациентов, мотивированных на отказ от курения, разделенных по количеству импульсов в день (900 за один сеанс или 1800 за 2 сеанса) и продолжительности курса (8, 12 или 16 дней стимуляции) высокочастотной 20 Гц ТМС, показано, что как увеличение продолжительности, так и интенсивности повышает масштабы эффекта во многих исходах. Однако более значимым фактором определено количество дней стимуляции, по сравнению с количеством импульсов в день. Следовательно, влияние ТМС на отказ от курения повышается благодаря кумулятивному эффекту, что может потребовать время для изменения зависимого поведения.

Хотя нейромодулирующие методы являются многообещающим интервенционным подходом в лечении зависимости от ПАВ, большинство ответов являются частичными, и даже хорошо документированные эффекты ТМС на подавления тяги к ПАВ не обязательно приводят к снижению употребления ПАВ или воздержанию. Сочетание нейромодуляции с поведенческими и фармакотерапевтическими вмешательствами может в конечном итоге смягчить эти недостатки.

В соответствии с принципом гомеостатической пластичности стимуляция, проводимая одновременно с предшествующим или последующим другим вмешательством, может изменить эффект первичного стимула, на основе исходного функционального состояния мозга. Совместное или последовательное применение когнитивно-поведенческой терапии с ТМС значительно повышает мотивацию отказа от курения, усиливает тормозной контроль над компульсивным желанием курить и снижает количество выкуриваемых сигарет по сравнению с изолированным применением ТМС за счет потенцирующего воздействия на нейронные сети, участвующие в подавлении тяги и активации осознанного контроля над ней [21].

В большом многоцентровом двойном слепом клиническом исследовании с участием 262 хронических курильщиков, при предварительной провокационной процедуре, заключающейся в предъявлении участникам изображений, связанных с курением, представление своего наибольшего триггера тяги, прослушивание

аудиосценария с инструкциями по обращению с сигаретой и зажигалкой и последующим проведением ТМС в течение трех недель, значительно снижалась тяга к курению и количество выкуриваемых сигарет [19].

Проведенные исследования показывают, что физиологические и поведенческие эффекты ТМС зависят не только от настроек ТМС (внешние факторы), но и от функциональных свойств стимулированной мозговой сети (внутренние факторы). Активация контура зависимости предварительной когнитивной провокацией делает его более податливым к модуляции, и ТМС может открыть «окно пластичности» для последующего поведенческого вмешательства, что существенно повысит стойкость достигнутого эффекта и снизит вероятность срыва ремиссии при отказе от табакокурения. Психотерапевтические вмешательства в сочетании с ТМС у зависимых от табака лиц повышают уровень саморегуляции и контроля над негативными чувствами.

Никотиновая зависимость является примером неспособности современной фармакотерапии вызвать удовлетворительный ответ на лечение. Применение ТМС с модулированием корковой возбудимости в области ДЛПК может снизить патологическое влечение к табаку за счет снижения факторов риска (тяги к табаку и снижения контроля за импульсами), связанных с рецидивом.

Таким образом, с целью воздействия на биологический и психологический компоненты патологического влечения, повышения эффективности лечения лиц с никотиновой зависимостью в РНПЦ психического здоровья проводится проспективное исследование с применением комплексного подхода, включающего сочетание интегративной психотерапии и ТМС.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные подходы, использующие технологии нейромодуляции, являются научно обоснованными и перспективными в лечении никотиновой зависимости. ТМС является одним из наиболее многообещающих методов, учитывая его способность модулировать нейронные сети, участвующие в реакции на сигналы и исполнительном контроле.

Сочетание ТМС (целенаправленное действие на снижение тяги к табаку и изменение когнитивных цепей, вовлеченных в синдром отмены никотина) с интегративной психотерапией (направленной на обучение навыкам и приемам преодоления поведенческих стереотипов курения) обеспечит подход, который позволит одновременно воздействовать на две основные составляющие вовлеченности в употребление табака – биологическую и психологическую.

Активное внедрение такого комплексного подхода будет способствовать значимому повышению эффективности лечения пациентов, которые хотят бросить курить, но не смогли добиться успеха с помощью фармакологических подходов.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Tobacco [Electronic resource] / WHO. Access mode: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. – Date of access: 27.05.2025. (in Russian).
2. Law of the Republic of Belarus dated 14.06.2005 No. 26-3 "On Ratification of the WHO Framework Convention on Tobacco Control" [Electronic resource]: Access mode: <https://npa.gb.by/documents/H10500026> – Date of access: 27.05.2025. (in Russian).
3. STEPS 2020. Prevalence of risk factors for non-communicable diseases in the Republic of Belarus [Electronic resource] / WHO. Access mode: <https://iris.who.int/handle/10665/358798>. – Date of access: 27.05.2025. (in Russian).
4. U.S. National Cancer Institute and World Health Organization. The Economics of Tobacco and Tobacco Control. National Cancer Institute Tobacco Control Monograph 21. NIH Publication No. 16-CA-8029A. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute; and Geneva, CH: World Health Organization; 2016. Available from: <https://cancercontrol.cancer.gov/brp/tcrb/monographs/monograph-21>
5. Henningfield J.E., Cohen C., Slade J.D. Is nicotine more addictive than cocaine? *Br. J. Addict.* 1991;86(5):565–9. doi: 10.1111/j.1360-0443.1991.tb01809.x
6. Gambaryan M.G., Drapkina O.M., Kontsevaya A.V., et al. Monitoring and assessment of the control legislative actions to protect public health from the tobacco smoke effects and tobacco consumption. Methodical guidelines. *Cardiovasc. Ther. and Prev.* 2022;21(5):3194. (in Russian). doi: 10.15829/1728-8800-2022-3194
7. Maksimchuk V.P., Aleksandrov A.A. Tobacco smoking: Rep. Center of Hygiene, Epidemiology and Public. health. Minsk: Geoprint, 2006. 24 p. (in Russian).
8. Yalachko Y., Naumer M.J. Involvement of action-related brain regions in nicotine addiction. *J. Neurophysiol.* 2011;106(1):1–3. doi: 10.1152/jn.00195.2011
9. Adinoff B. Neurobiologic Processes in Drug Reward and Addiction. *Harv. Rev. Psychiatry.* 2004;12(6):305–320. doi: 10.1080/10673220490910844.
10. McClure S.M., Bickel W.K. A dual-systems perspective on addiction: contributions from neuroimaging and cognitive training. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2014;1327:62–78. doi: 10.1111/nyas.12561
11. Anuvarebkova A.A., Ulanbekova T.U. Nicotine addiction and the factors that motivate and support it. *Int. j. of applied and fund. res.* 2017;12(2):257–261. (in Russian).
12. Grigorieva I.V., Volkina D.M. Social and psychological aspects of smoking among adolescents and students. The first Russian-Belarusian May readings on topical issues of mental health: collection of materials of the scientific and practical conference with international participation (May 30–31, 2024) [Electronic resource]. Grodno: GrSMU, 2024:23–27. (in Russian).
13. Ekhtiari H., Tavakoli H., Addolorato G., et al. Transcranial electrical and magnetic stimulation (tES and TMS) for addiction medicine: A consensus paper on the present state of the science and the road ahead. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2019;104:118–140. doi: 10.1016/j.neubiorev.2019.06.007
14. Lefaucheur J., Aleman A., Baeken C., et al. Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS). *Clin. Neurophysiol.* 2014;125(11):2150–2206.
15. U.S. Food & Drug Administration (FDA). FDA approval letter. Available at: https://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf20/K200957.pdf. Accessed August 22, 2021.
16. Lu M., Ueno S. Comparison of the induced fields using different coil configurations during deep transcranial magnetic stimulation. *PLoS ONE.* 2017;12(6):e0178422. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178422>
17. Hamelech T., Hanlon C.A., Tendler A. Transcranial Magnetic Stimulation as a Tool to Promote Smoking Cessation and Decrease Drug and Alcohol Use. *Brain Sci.* 2023;13(7):1072:1–15. doi: 10.3390/brainsci13071072
18. Li X., Hartwell K.J., Henderson S., et al. Two Weeks of Image-guided Left Dorsolateral Prefrontal Cortex Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Improves Smoking Cessation: A Double-Blind, Sham-Controlled, Randomized Clinical Trial. *Brain Stimul.* 2020;10(13):1271–1279. doi: 10.1016/j.brs.2020.06.007
19. Zangen A., Moshe H., Martinez D., et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation for smoking cessation: A pivotal multicenter double-blind randomized controlled trial. *World Psychiatry.* 2021;20:397–404. doi: 10.1002/wps.20905
20. Shevorykin A., Carl E., Mahoney M.C., et al. Transcranial Magnetic Stimulation for Long-Term Smoking Cessation: Preliminary Examination of Delay Discounting as a Therapeutic Target and the Effects of Intensity and Duration. *Front. Hum. Neurosci.* 2022;16:920383. doi: 10.3389/fnhum.2022.920383
21. Hauer L., Scarano G.I., Brigo F., et al. Effects of repetitive transcranial magnetic stimulation on nicotine consumption and craving: A systematic review. *Psychiatry Res.* 2019;281:112562. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112562

<https://doi.org/10.34883/Pl.2025.26.16.013>
УДК 159.9:[616.98:578.834.1](476.6)

Свердлова А.И.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск,
Беларусь

ЭЛЕКТРОННЫЕ СИГАРЕТЫ: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Конфликт интересов: не заявлен.

Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: cteniamajskie@ya.ru

Резюме

Курение электронных сигарет (вейпинг) приобрело широкое распространение, особенно среди молодежи, что вызывает серьезную обеспокоенность в связи с потенциальными последствиями для здоровья, формированием никотиновой зависимости и негативным влиянием на психическое благополучие. Несмотря на активное позиционирование электронных сигарет как «менее вредной» альтернативы традиционному курению, накапливаются научные данные, свидетельствующие о значительных рисках для здоровья, включая развитие респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний, а также усиление никотиновой зависимости. Отсутствие единых стандартов регулирования и недостаточная информированность общественности о реальных опасностях вейпинга обуславливают острую необходимость в разработке эффективных программ медицинской профилактики, направленных на предотвращение инициации и систематического использования электронных сигарет. Целью настоящего обзора является систематизация и анализ актуальных научных данных о клинико-психологических детерминантах потребления электронных сигарет, их взаимосвязи с психическим здоровьем и качеством сна, а также выявление потенциальных предикторов формирования зависимости для обоснования и разработки целенаправленных программ медицинской профилактики.

Ключевые слова: электронные сигареты, медицинская профилактика, здоровье, психологические факторы, никотиновая зависимость

Anna I. Sverdlova

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

Electronic Cigarettes: Clinical and Psychological Determinants of Addiction Formation and Prospects for Prevention

Conflict of interest: nothing to declare.
The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: cteniamajskie@ya.ru

Abstract

Vaping has become widespread, particularly among young people, raising serious concerns about potential health consequences, nicotine addiction, and negative impact on mental well-being. Despite the active promotion of e-cigarettes as a "less harmful" alternative to traditional smoking, accumulating scientific evidence indicates significant health risks, including the development of respiratory and cardiovascular diseases, as well as increased nicotine addiction. The lack of uniform regulatory standards and insufficient public awareness of the real dangers of vaping determine the urgent need to develop effective medical prevention programs aimed at preventing the initiation and systematic use of electronic cigarettes. The purpose of this review is to systematize and analyze current scientific data on the clinical and psychological determinants of e-cigarette consumption, their relationship with mental health and sleep quality, as well as to identify potential predictors of addiction to justify and develop targeted preventive interventions.

Keywords: electronic cigarettes, medical prevention, health, psychological factors, nicotine addiction

■ ВВЕДЕНИЕ

Электронные системы доставки никотина (ЭСДН) и электронные системы доставки продуктов, не являющихся никотином (ЭСДПН), широко известные как «электронные сигареты» или «вейпы», представляют собой устройства, которые нагревают раствор (электронную жидкость) посредством нагревательного элемента в виде спирали для создания аэрозоля, вдыхаемого пользователем [1]. Состав образующегося аэрозоля, его свойства и последующее воздействие определяются рядом факторов, включая состав электронной жидкости, материалы, используемые в устройстве, электрическую мощность, а также характер затяжек пользователя [1].

В последние годы наблюдается значительный рост распространенности использования ЭСДН/ЭСДПН, особенно среди подростков и молодых людей. По данным исследований наркологов, в Российской Федерации 8,5% подростков в возрасте 13–15 лет потребляют электронные сигареты, при этом среди мальчиков этот показатель составляет 10,3%, а среди девочек – 6,8% [2]. Ижевские исследователи отмечают,

что среди школьников 9–11 классов 31,5% учащихся курят, при этом 35,2% подростков используют электронные сигареты или кальяны [2]. Эти данные подчеркивают масштабы проблемы и актуальность изучения факторов, влияющих на инициацию и поддержание вейпинга в этой возрастной группе.

Проблема потребления электронных сигарет является многогранной и обусловлена сложным взаимодействием психологических, когнитивных, поведенческих, социальных и демографических факторов. Ряд исследований указывает на тесную связь между использованием ЭС и состоянием психического здоровья, включая депрессию, тревогу, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) [4, 12]. В отличие от традиционных сигарет, электронные сигареты создают новые проблемы из-за их постоянно меняющихся формул и способов использования [4]. Никотин и другие химические вещества, содержащиеся в электронных сигаретах, способны влиять на функцию мозга, вызывая перепады настроения, тревогу и симптомы депрессии [5, 11]. Гипотеза самолечения предполагает, что люди с уже существующими психическими расстройствами могут использовать электронные сигареты для облегчения симптомов, что, в свою очередь, усиливает никотиновую зависимость [6, 9].

Кроме того, социальные сети играют ключевую роль в нормализации и продвижении вейпинга, особенно среди молодежи, создавая ошибочное представление о его безопасности и социальной приемлемости [3, 10]. Это способствует повышению риска использования ЭС среди подростков с импульсивными чертами личности, которые начинают вейпить в более молодом возрасте и делают это чаще [10]. В свете этих данных, понимание механизмов формирования зависимости от электронных сигарет и разработка эффективных профилактических медицинских программ профилактики является критически важными задачами для охраны здоровья населения.

Анализ имеющихся исследований позволяет выделить ряд взаимосвязанных факторов, способствующих инициации и поддержанию потребления ЭС:

1. Психологические мотивы:

- Эмоциональная саморегуляция: Значительная часть пользователей прибегает к ЭС как к средству совладания с негативными эмоциональными состояниями, такими как стресс, тревога, внутреннее напряжение [1]. В данном контексте вейпинг выступает как форма негативного подкрепления, способствуя временному облегчению дистресса. Это особенно актуально для лиц с внутренней личностной нестабильностью, для которых ЭС становятся способом нивелировать психоэмоциональное напряжение [1].
- Особенности когнитивной сферы: Отмечена корреляция между использованием ЭС и специфическими когнитивными паттернами, включая высокий уровень руминации (навязчивых размышлений о негативных переживаниях), низкий уровень осознанности и самосострадания [2]. Эти когнитивные искажения снижают способность индивида к здоровой эмоциональной регуляции, что может способствовать поиску внешних способов управления эмоциями.

- Личностные черты: Выявлен ряд личностных характеристик, ассоциированных с потреблением ЭС. К ним относятся:
 - Демонстративность и повышенная самооценка: Эти черты формируют ядро демонстративной акцентуации личности, проявляющейся в стремлении к привлечению внимания и подчеркиванию собственной индивидуальности. Использование модных гаджетов, таких как ЭС, может соответствовать данному стремлению [1].
 - Эгоцентризм: Особенно выраженный в подростковом и юношеском возрасте, он усиливает потребность в самовыражении и социальной дифференциации [1].
 - Низкий самоконтроль: Лица с дефицитом самоконтроля более склонны к импульсивному поведению, что включает в себя и инициацию употребления ЭС [4].
 - Экстраверсия: Высокий уровень экстраверсии ассоциирован с повышенной вероятностью инициации вейпинга, что может быть обусловлено стремлением к активному социальному взаимодействию и интеграции в группы, где вейпинг является распространенной практикой [Konner et al.].
2. Психическое здоровье и его корреляция с вейпингом:
- Тревожные расстройства: Исследования показывают значительно более высокие показатели тревожности среди пользователей ЭС. Например, до 95,9% пользователей вейпа проявляют клинически значимые симптомы тревожности, что указывает на тесную взаимосвязь между потреблением ЭС и повышенным уровнем тревоги [2].
 - Другие психические расстройства: Употребление ЭС тесно коррелирует с наличием таких психических расстройств, как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) и синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Отмечается, что никотиновая зависимость способна потенцировать выраженность данных симптомов [Ибрагим и соавт.]. Важно отметить, что, несмотря на высокую корреляцию с тревожностью, некоторые исследования не выявляют значимых различий в показателях депрессивных симптомов между группами [2].
 - Качество сна: У пользователей ЭС наблюдается существенно худшее качество сна. До 77,6% из них соответствуют значимым критериям нарушений сна, что может быть связано как с прямым воздействием никотина, так и с сопутствующими психологическими проблемами [Эванс, Алкан].
3. Когнитивные и поведенческие мотивы:
- Восприятие безопасности: Распространенной когнитивной ошибкой является восприятие ЭС как менее вредной альтернативы традиционным табачным изделиям. Это подкрепляется недостаточной информированностью о реальных рисках для физического и психического здоровья [3].
 - Поведенческие особенности: Среди пользователей ЭС часто отмечают:
 - Преобладание вечернего хронотипа, что может быть связано с увеличением возможностей для употребления в более позднее время суток [2].

- Нарушения сна, которые могут мотивировать использование никотина в качестве стимулятора для компенсации дневной сонливости [2].
 - Повышенное потребление алкоголя и других психоактивных веществ, что указывает на склонность к сочетанному рискованному поведению [2].
4. Социальные и демографические факторы:
- Социальное влияние и давление: Значительную роль в инициации и поддержании вейпинга играют факторы социального окружения, такие как влияние сверстников, наличие курящих друзей и стремление к принадлежности к определенной группе. Активное продвижение вейпинга через социальные сети и медиа также способствует формированию образа вейпинга как безопасного и современного поведенческого паттерна [3].
 - Молодой возраст и мужской пол: Употребление ЭС наиболее распространено среди молодых возрастных групп и лиц мужского пола [4].
 - Экономические трудности и этническая принадлежность: Отмечается связь между экономическими лишениями, определенной этнической принадлежностью и повышенным риском употребления ЭС [4].
 - Обучение в определенных типах колледжей: Различия в социальных нормах и влиянии среды в различных образовательных учреждениях могут влиять на распространенность вейпинга [3].

5. Мотивы, связанные с отказом от традиционного курения:

ЭС часто используются в качестве средства, облегчающего прекращение курения традиционных сигарет. Однако важно отметить, что вейпинг не всегда снижает, а в некоторых случаях может усиливать никотиновую зависимость, особенно при одновременном употреблении с традиционными табачными изделиями.

Таким образом, комплексный анализ клинико-психологических детерминант потребления ЭС подчеркивает необходимость разработки многоуровневых профилактических медицинских программ профилактики:

1. Психологические интервенции:

- Развитие навыков эмоциональной саморегуляции: Программы, направленные на обучение эффективным стратегиям совладания со стрессом, тревогой и негативными эмоциями без использования аддитивных форм поведения.
- Повышение осознанности и самосострадания: Тренинги, способствующие развитию интроспекции, саморефлексии и принятию своих эмоциональных состояний.
- Развитие самоконтроля и навыков принятия решений: Обучение стратегиям, направленным на преодоление импульсивности и развитие ответственного поведения.
- Коррекция эгоцентрических тенденций: Для подростков и молодых взрослых важны программы, ориентированные на развитие эмпатии, социальных навыков и конструктивного взаимодействия.

2. Информационно-образовательные кампании:

Необходимо проведение широкомасштабных кампаний, направленных на повышение информированности населения, особенно молодежи, о реальных рисках для физического и психического здоровья, ассоциированных с вейпингом, развенчание мифов о его безопасности.

3. Социально-психологические подходы:

- Работа с социальным окружением: Профилактические мероприятия должны включать работу с родителями, педагогами, лидерами мнений для формирования негативного отношения к вейпингу и снижения его привлекательности в социальной среде.
- Формирование здоровых альтернатив: Создание условий для занятий спортом, творчеством, участия в общественной жизни, что способствует реализации потребностей в новизне, социализации и самовыражении в конструктивных формах.

4. Клинические аспекты:

- Интеграция скрининга на употребление ЭС и оценку факторов риска психических расстройств в медицинскую практику, особенно в педиатрии и подростковой медицине.
- Разработка специализированных программ помощи для лиц, уже употребляющих ЭС, с учетом их индивидуально-психологических особенностей и сопутствующих психических нарушений.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенный анализ данных современных исследований позволяет сделать следующие выводы относительно клинко-психологических детерминант формирования зависимости от электронных сигарет и перспектив профилактики:

Многофакторность этиологии: Формирование зависимости от электронных сигарет является результатом сложного взаимодействия психологических, когнитивных, поведенческих, социальных и демографических факторов. Не существует единой причины, определяющей инициацию и поддержание вейпинга.

Центральная роль психологических факторов: Индивидуально-психологические особенности, такие как повышенный психический дистресс, низкий самоконтроль, демонстративность, эгоцентризм, а также особенности когнитивной сферы (руминации, низкая осознанность), являются значимыми предикторами начала и поддержания употребления электронных сигарет. Эти факторы часто связаны со стремлением к эмоциональной саморегуляции и поиску внешних способов совладания с негативными состояниями.

Высокая коморбидность с психическими расстройствами: Употребление электронных сигарет тесно ассоциировано с повышенным уровнем тревожности и наличием других психических расстройств (депрессия, ПТСР, СДВГ). Никотиновая зависимость может усугублять симптоматику этих состояний, создавая порочный круг.

Влияние искаженного восприятия и недостатка информации: Широкое распространение ЭС подкрепляется ошибочным восприятием их как «безопасной» альтернативы традиционным сигаретам, что связано с дефицитом достоверной информации о реальных рисках для здоровья и психики.

Значимость социального контекста: Социальное окружение, влияние сверстников и активное продвижение электронных сигарет в медиа играют ключевую роль в формировании мотивации к их употреблению, особенно среди молодежи.

Профилактика должна быть комплексной и многоуровневой: Эффективные профилактические меры должны охватывать психологические интервенции (развитие навыков саморегуляции, самоконтроля, осознанности), широкомасштабные информационно-образовательные кампании, направленные на развенчание мифов и повышение осведомленности, а также социально-психологические подходы, ориентированные на работу с группами риска и формирование здоровых альтернатив.

Необходимость дальнейших исследований: Для более глубокого понимания механизмов формирования зависимости от электронных сигарет и разработки персонализированных стратегий интервенций необходимы дальнейшие продольные исследования, учитывающие все выявленные факторы риска.

Таким образом, проблема потребления электронных сигарет требует междисциплинарного подхода, объединяющего усилия медицинских работников, психологов, педагогов и социальных служб для охраны психического и физического здоровья населения, особенно молодежи.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Susanin I.V., Bulatov V.I. Study of individual psychological characteristics of individuals using electronic cigarettes [Electronic resource]. Access mode: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-individualno-psihologicheskikh-osobennostey-lits-upotrebyayuschih-elektronnyye-sigarety/viewer> (date accessed: 18.02.2025).
2. Evans S.L., Alkan E. Personality-related risk factors for vaping among young people and its consequences for sleep and mental health [Electronic resource]. Access mode: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-individualno-psihologicheskikh-osobennostey-lits-upotrebyayuschih-elektronnyye-sigarety/viewer> (date accessed: 18.02.2025).
3. Ibrahim F.M., Shahrur G., Hashim A., et al. E-cigarette use and mental health among medical and health science students [Electronic resource]. Access mode: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-individualno-psihologicheskikh-osobennostey-lits-upotrebyayuschih-elektronnyye-sigarety/viewer> (date accessed: 23.01.2025).
4. Konner T.S., Thea G.E., Sibley C.G., et al. Psychological predictors of e-cigarette use among non-smokers: a longitudinal study of New Zealand adults [Electronic resource]. Access mode: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-individualno-psihologicheskikh-osobennostey-lits-upotrebyayuschih-elektronnyye-sigarety/viewer> (date accessed: 20.02.2025).
5. Belokonev S.Yu., Krokshina V.O., Dronov A.I. Technologies of image positioning of companies in the tobacco and pharmaceutical markets in the context of market competition. *Bulletin of the Tula State University. Humanities*. 2020;2:93–101. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologii-imidzhnogo-pozitsionirovaniya-kompaniy-tabachnogo-i-farmatsevticheskogo-rynkov-v-usloviyah-rynchnoy-konkurentsii> (date accessed: 06.03.2025).
6. Pokatilov A.B., Tirichenko O.Yu. Smoking among minors. *Chief Physician of the South of Russia*. 2017;2(54):76–78. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/kurenie-sredi-nesovershennoletnih> (date accessed: 06.03.2025).
7. Kapustina N.R., Matveeva L.P. Smoking in the lifestyle of children and adolescents. *Vyatka Medical Bulletin*. 2020;1(65):81–83. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/kurenie-v-obrazhe-zhizni-detey-i-podrostkov> (date accessed: 08.04.2025).
8. Nazarenko V.A., Pokul V.O., Voronina L.A., Romanenko A.M. Marketing of tobacco products with reduced risk: main problems and solutions. *Economics and business: theory and practice*. 2020;5–2(63):96–100. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/marketing-tabachnyh-produktov-s-ponizhennym-riskom-osnovnye-problemy-i-puti-ih-resheniya> (date accessed: 06.03.2025).
9. WHO. Electronic nicotine delivery systems and electronic nicotine-free delivery systems (ENDS/ENNDS). WHO report FCTC/COP/7/11, August 2016. Available at: https://www.who.int/fctc/cop/cop7/FCTC_COP_7_11_RU.pdf (date accessed: 08.04.2025).

10. Medvedeva S.N. et al. Study of the gas phase of aerosol of various types of electronic nicotine delivery systems. *New technologies*. 2021;17(1):46–55. Available at: <https://newtechnology.mkgtn.ru/jour/article/view/464> (date accessed: 06.03.2025).
11. Franzen K.F. et al. E-cigarettes and cigarettes worsen peripheral and central hemodynamics as well as arterial stiffness: A randomized, double-blinded pilot study. *Vascular Medicine (London, England)*. 2018;23(5):419–425. DOI: 10.1177/1358863X18779694
12. Kozhevnikova T.N. et al. The problem of adolescent smoking: yesterday, today, tomorrow. *Pediatrics. Supplement to the journal Consilium Medicum*. 2021;2:101–108. Available at: <https://cyberleninka.ru/journal/n/pediatriya-prilozhenie-k-zhurnalu-consilium-medicum?i=1091393> (date accessed: 06.03.2025).
13. Chukhontseva A.S. The influence of electronic cigarettes on the development of tuberculosis infection. *FORCIPE*. 2020;3(Special issue):886–887. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-elektronnyh-sigaret-n-na-razvitiye-tuberkuleznoy-infektsii> (date accessed: 08.04.2025).
14. Okhotnikova K.D., Rusanova P.A. The impact of modern analog smoking methods on the human body. *FORCIPE*. 2019; Appendix No. [specify number, if any]: 562. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-sovremennyh-analogovyh-sposobov-kureniya-na-organizm-cheloveka> (date accessed: 08.03.2025).
15. Kaladze N.N. et al. Analysis of the impact of electronic cigarettes on dental status. *Crimean therapeutic journal*. 2020;3. Available at: <http://crimtj.ru/Journal.files/2020-3/OA-KaladzeNatGorobeGorobeRomaneDzhAnalysinfluenElectroCigaretwapesDentalS.pdf> (date accessed: 06.03.2025).
16. Emelina E.S. et al. Evaluation of tobacco smoking using a steam cocktail on the oral cavity. *Actual problems of medicine*. 2021;44(2):200–208. Available at: <http://journal-medicine.ru/journal/annotation/77/> (date accessed: 06.03.2025).
17. Khadartsev A.A., Kozhevnikova T.N. Some issues of treatment of nicotine addiction // Bulletin of new medical technologies. Electronic publication. 2021;15(4):27–32. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/nekotorye-voprosy-lecheniya-nikotinovoy-zavisimosti-kratkiy-obzor-otchestvennyh-publikatsiy-za-poslednie-5-let> (date accessed: 08.04.2025).
18. Bolshakova P.N. Smoking of medical students (literature review). *Problems of standardization in health care*. 2020;1–2:36–42. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/tabakokurenije-studentov-meditsinskih-vuzov-obzor-literatury> (date accessed: 08.04.2025).
19. Novoselova E.N. The fight against smoking as a factor in the formation of a healthy lifestyle. *Bulletin of Moscow University. Series 18. Sociology and political science*. 2019;25(4):309–324. Available at: <https://vestnik.socio.msu.ru/jour/article/view/635> (date accessed: 06.03.2025).
20. Rudakov N.A. History of the creation and promotion of electronic cigarettes. *Business education in the knowledge economy*. 2019;1(12):76–82. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/istoriya-sozdaniya-i-proizvodzeniya-elektronnyh-sigaret> (date accessed: 08.03.2025).
21. Akramovich R.M. et al. The economic burden of tobacco smoking. *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko*. 2016;6:58–77. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/ekonomicheskoe-bremya-tabakokurenija> (date accessed: 06.03.2025).
22. Tsai J. Reasons for Electronic Cigarette Use Among Middle and High School Students – National Youth Tobacco Survey, United States, 2016. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6706a5.htm> (date accessed: 08.03.2025).
23. Wang T.W. Tobacco Product Use Among Middle and High School Students - United States, 2011–2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2018;67. Available at: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/wr/mm6722a3.htm> (date accessed: 08.04.2025).
24. Review of Cochrane reviews. Can electronic cigarettes help people quit smoking, and are they safe to use for this purpose? *Kazan Medical Journal*. 2019;100(5):867. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/mogut-li-elektronnye-sigarety-pomochi-lyudyam-brosit-kurit-i-bezopasny-li-oni-dlya-ispolzovaniya-s-etoy-tselyu> (date accessed: 08.04.2025).

<https://doi.org/10.34883/PI.2025.72.57.014>
УДК 616.155:392:616-036.8:[616.89:008.486](159.972)

Ходжаев А.В.¹, Григорьева И.В.² ✉, Вольхина Д.М.², Адамчук Т.А.², Солнцева А.В.³,
Машкова О.А.³

¹ Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Минск, Беларусь

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

³ Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии, Минск, Беларусь

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК (ТГСК)

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция и дизайн исследования – Ходжаев А.В., Григорьева И.В., Солнцева А.В.; сбор и обработка материалов – Машкова О.А., Вольхина Д.М.; статистическая обработка данных – Адамчук Т.А.; анализ и обсуждение полученных результатов психологической диагностики и статистических данных, внесение окончательной правки, редактирование текста – Григорьева И.В., Адамчук Т.А.

Статья опубликована в авторской редакции.

Подана: 21.04.2025

Принята: 26.05.2025

Контакты: inessgrig@mail.ru

Резюме

Цель. Исследование воздействия трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) на качество жизни пациентов, проходящих данную процедуру, а также апробация метода медицинской профилактики тревожных и адаптационных расстройств (F41, F43) (TAP) с использованием произведений программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья».

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 17 пациентов с основным диагнозом (по МКБ-11): острый лимфобластный лейкоз (C91.0) в возрасте 11,41±4,29 лет; были проанализированы изменения в качестве жизни до, после и через 100 дней после процедуры ТГСК.

Результаты. Обнаружены статистически значимые различия в эмоциональном ($p<0,001$) и социальном функционировании ($p<0,001$) после реализации программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья». Результаты анализа взаимосвязей качества жизни показали, что до проведения процедуры ТГСК у пациентов преобладали физические симптомы: боль и дерматологические проблемы, что негативно сказывалось на снижении физического функционирования (общем уровне здоровья и физической активности: пациенты испытывали затруднения, связанные с ходьбой, бегом, поднятием тяжелых предметов, самостоятельным принятием ванны или душа, выполнением повседневных задач, чувством беспокойства, вызванного ощущением боли и усталости, выполнением физических упражнений). После

реализации программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья» наблюдалось увеличение эмоционального (уменьшение чувства страха, грусти, раздражительности и тревоги) и социального функционирования (улучшение интенсивности и качества общения со сверстниками, чувства принятия, равенства и признания), однако через 100 дней было зафиксировано снижение данных показателей, что подтвердило необходимость длительной психологической поддержки данных пациентов. Показаны значимые взаимосвязи через 100 дней после процедуры ТГСК между социальным качеством жизни и уровнем дистресса, госпитальной шкалой депрессии (HADS) у пациентов, прошедших процедуру ТГСК: сильной отрицательной взаимосвязи между социальным качеством жизни и депрессией ($r=-0,95$, $p<0,05$); социальным качеством жизни и уровнем дистресса ($r=-0,99$, $p<0,05$).

Ключевые слова: трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, качество жизни, уровень дистресса, тревога, депрессия, боль, физическое качество жизни, эмоциональное качество жизни, социальное качество жизни, ролевое качество жизни

Khojaev A.¹, Grigoryeva I.² ✉, Volkhina D.², Adamchuk T.², Solntseva A.³, Mashkova O.³

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

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

³ Republican Scientific and Practical Center for Pediatric Oncology, Hematology and Immunology, Minsk, Belarus

Study of the Relationship between Quality of Life, Anxiety and Depression in Patients after Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCCT)

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept and design of the study – Khodzhaev A., Grigorieva I.; Solntseva A.; data collection and processing – Mashkova O., Volkhina D.; statistical data processing – Adamchuk T.; analysis and discussion of the results of psychological diagnostics and statistical data, making final edits, editing the text – Grigorieva I., Adamchuk T.
The article is published in author's edition.

Submitted: 21.04.2025

Accepted: 26.05.2025

Contacts: inessgrig@mail.ru

Abstract

Objective. The study of the impact of hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) on the quality of life of patients undergoing this procedure, as well as the testing of the method of medical prevention of anxiety and adaptation disorders (F41, F43) (TAD) using bibliotherapy and filmography «Pearls of Health».

Materials and methods. The study involved 17 patients with a primary diagnosis (according to ICD-11): acute lymphoblastic leukemia (C91.0) at the age of 11.41 ± 4.29 years; changes in quality of life were analyzed before, after, and 100 days after the HSCT procedure.

Results. Statistically significant differences were identified in emotional ($p<0.001$) and social functioning ($p<0.001$) following the implementation of the bibliotherapy and filmography program «Health Pearls». Analysis of quality of life correlations revealed that prior to hematopoietic stem cell transplantation (HSCT), patients predominantly experienced physical symptoms such as pain and dermatological issues, which adversely affected their physical functioning (overall health status and physical activity). Patients reported difficulties with walking, running, lifting heavy objects, bathing or showering independently, performing daily tasks, feelings of distress caused by pain and fatigue, and engaging in physical exercise. Following the implementation of the «Health Pearls» bibliotherapy and filmography program, improvements were observed in emotional functioning (reduced feelings of fear, sadness, irritability, and anxiety) and social functioning (enhanced intensity and quality of peer communication, feelings of acceptance, equality, and recognition). However, a decline in these indicators was noted 100 days post-transplantation, highlighting the necessity for prolonged psychological support for this patient population. Significant correlations were identified 100 days after HSCT between social quality of life and levels of distress, as well as the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in HSCT patients. Specifically, a strong negative correlation was found between social quality of life and depression ($r=-0.95$, $p<0.05$), and between social quality of life and distress levels ($r=-0.99$, $p<0.05$).

Keywords: hematopoietic stem cell transplantation, quality of life, distress level, anxiety, depression, pain, physical quality of life, emotional quality of life, social quality of life, role quality of life

■ ВВЕДЕНИЕ

Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) является высокоэффективным методом лечения пациентов с онкологией; однако она сопровождается серьезными побочными эффектами, значительно влияющими на их качество жизни. Длительная госпитализация, интенсивное лечение, риск инфекционных осложнений и отторжения трансплантата, а также неопределенность прогноза по выживаемости и психосоциальной адаптации оказывают существенное воздействие на эмоциональное состояние пациентов во время процедуры ТГСК и приводят к развитию тревожных и адаптационных расстройств (F41, F43) [1].

Тревожные и адаптационные расстройства (ТАР) негативно влияют на качество жизни пациентов и их приверженность к лечению, увеличивают риск развития психосоматических осложнений и могут ухудшить прогноз заболевания [2]. Vigarinho MES et al. (2022) считают, что биопсихосоциальные, образовательные и клинические переменные – такие как сопутствующие заболевания, предшествующие болезни, эпидемиологические условия и тип кондиционирования – не оказывают существенного влияния на качество жизни онкогематологических пациентов после процедуры ТГСК. Качество жизни ухудшается при наличии хронических психосоматических проблем: повторных госпитализаций, финансовых трудностей, реакции «трансплантант против

хозяина», хронической усталости, наличии психологических симптомов, рецидивирующих инфекций, вторичных новообразований и физических симптомов (боль, нарушения сна) [3].

Существуют факторы риска развития тревожных и адаптационных расстройств, связанные с проблемами адаптации пациентов после лечения онкологических заболеваний (Recklitis et al., 2015): личные факторы (женский пол; ранее существовавшие психические расстройства; финансовые трудности законных представителей; отсутствие социальной поддержки; жизненные стрессоры – развод родителей или потеря работы; статус инвалидности); факторы заболевания (опухоль головного мозга или лечение ЦНС); функциональные ограничения; длительное или интенсивное лечение (пересадка костного мозга); облучение черепа или таза; остаточное заболевание или рецидив онкологии; проблемы с соблюдением протоколов лечения; длительный дистресс; физические факторы (плохое здоровье; хронические заболевания и боль; функциональные ограничения передвижения и общения; недостаточно сформированные навыки самообслуживания) [4].

Вероятность возникновения ТАР часто связана с периодами уязвимости пациентов во время жизненных кризисов при прохождении процедуры ТГСК (Recklitis et al., 2015): переход от лечения к реабилитации; снижение контакта с медицинским персоналом; высокие требования к адаптации в быту и школе; потеря референтного статуса; переезд; раскрытие онкологического анамнеза; необходимость восстановления учебной успеваемости; карьерные изменения; вопросы страховки и трудоустройства; вопросы личных границ; проблемы с получением медицинской помощи и информации; необходимость регулярного наблюдения; новые диагнозы у друзей или родственников; значимые события в СМИ об онкологии; ухудшение физического или психофизиологического состояния или функционального статуса; новые диагнозы или рецидив онкологии [4].

Megari K. (2013) исследовал субъективный опыт переживаний по поводу снижения качества жизни у пациентов с различными хроническими заболеваниями, в том числе и онкологией. Им была представлена многомерная оценка качества жизни согласно следующих критериев: субъективность качества жизни (оценка качества жизни представляет собой субъективный процесс и зависит от индивидуальных ценностей и приоритетов каждого пациента); влияние симптомов заболевания (физические симптомы болезни – боль, усталость, ограничение подвижности) оказывают прямое негативное воздействие на качество жизни, ограничивая возможность пациентов заниматься деятельностью, которая для них значима; влияние на социальные связи (хронические заболевания могут привести к социальной изоляции и ограничению социальных контактов, что негативно сказывается на качестве жизни); эмоциональный дистресс (хронические заболевания часто сопровождаются эмоциональным дистрессом, включая тревогу, депрессию, чувство беспомощности и безнадежности, что значительно ухудшает их качество жизни); финансовые трудности (медицинские расходы, потеря работы и снижение дохода могут привести к финансовым затруднениям, которые негативно влияют на качество жизни и создают дополнительный

стресс); адаптация и стратегии выживания (пациенты разрабатывают различные стратегии адаптации, чтобы справиться с трудностями и поддерживать качество жизни) включающие: изменение образа жизни; поиск социальной поддержки; развитие позитивного отношения к болезни; поиск новых способов самореализации [5]. В связи с этим ранняя диагностика и эффективная профилактика ТАР являются важнейшими задачами комплексной медицинской реабилитации пациентов после прохождения процедуры ТГСК.

Концептуальные основы исследования

Для профилактики возникновения тревожных и адаптационных расстройств у пациентов, проходящих процедуру ТГСК и поддержания качества жизни необходима комплексная составляющая следующих подходов: психосоциального, фармакологического, психотерапевтического и психодиагностического. Психосоциальный подход предполагает выявление ключевых потребностей семьи: социальная поддержка необходима на всех этапах трансплантации; уход должен охватывать всех членов семьи; необходим доступ к междисциплинарной команде специалистов и взаимодействие с ней; важно учитывать финансовые трудности семьи; требуется универсальный скрининг психосоциальных рисков дезадаптации семей; системная помощь семьям универсального уровня риска и психокоррекция для семей с высоким или специфическим риском социальной дезадаптации (Kazak A., 2019) [6]. Фармакологический подход: пациенты могут иметь ранее диагностированные психические расстройства или новые психические осложнения в ходе лечения: депрессия, бессонница и синдром хронической усталости, которые существенно снижают их качество жизни. Своевременное выявление и психокоррекционное вмешательство способны восстановить качество жизни многих пациентов и улучшить результаты лечения тревожных и адаптационных расстройств [7]. Психотерапевтический и психокоррекционный подходы включают новые результативные техники: работа с проблемами посредством использования эффективных поведенческих стратегий (оценка ситуации и поиск решений); коррекция принятия диагноза и приверженности к лечению; тренинг осознанности (развитие рефлексии симптомов и эмоций); когнитивно-поведенческая психотерапия с акцентом на работу с травмой – коррекция когнитивных (мыслей), эмоциональных (симптомов тревоги/депрессии) и физических реакций (уровня активности).

В рамках психодиагностического подхода производится оценка качества жизни пациентов, проходящих процедуру ТГСК (физическое, эмоциональное, социальное и ролевое функционирование), с помощью шкалы PedsQL 4.0 (Varni J. et al., 2001). Для данной шкалы были проведены исследования Varni et al. (2001), направленные на определение минимально клинически значимого различия (MCID) и чувствительности шкалы к изменениям в состоянии психосоциального здоровья пациентов в возрасте от 8 до 18 лет. Важно учитывать, что результаты могут варьировать в зависимости от специфики детской выборки и контекста применения шкалы: пациенты с онкологией могут иметь отличные MCID в сравнительном анализе пациентов с другими заболеваниями или с популяцией здоровых детей; специфики заболевания (стадия

онкологического процесса, тип кондиционирования и другие факторы, влияющие на восприятие изменений в качестве жизни); статистического метода расчета MCID [8].

Исследование показателей качества жизни по опроснику PedsQL 4.0 (Varni J. et al., 2001) выявляет изменения у пациентов до, после и через 100 дней после процедуры ТГСК в трех измерениях: физическом, психологическом (эмоциональном и когнитивном), социальном и ролевом аспектах здоровья. Физическое измерение PedsQL 4.0 отражает изменения в повседневной физической активности пациентов. Эмоциональный аспект шкалы оценивает удовлетворенность жизнью, достижение личных целей, чувство контроля, социальные взаимодействия, самооценку и самоуважение. Социальное функционирование по шкале PedsQL 4.0 характеризует наличие социальных отношений и активности. Также в PedsQL 4.0 включен аспект школьного функционирования – оценка частоты отсутствия ребенка в школе/детском саду из-за онкологии и госпитализации (ролевое качество жизни).

При интерпретации динамики показателей качества жизни необходимо учитывать клиническую значимость изменений: следует оценивать индивидуально, с учетом особенностей конкретного пациента, мнения самого ребенка и его родителей. Клинически значимое снижение качества жизни по шкале PedsQL 4.0 составляет примерно 4,5–5 баллов, однако эта величина должна рассматриваться с учетом индивидуальных особенностей и клинической ситуации пациента, проходящего процедуру ТГСК [8].

Следует отметить, что при оценке симптомов у детей 3–7 лет интерпретация результатов проективных методов исследования в психологической диагностике детей дошкольного возраста должна производиться через призму особенностей когнитивного развития возрастной специфики данной группы детей, в частности, проявлений феномена эгоцентризма (Piaget, 1936). С развитием процессов децентрации после семи лет (Piaget & Inhelder, 1969) дети обретают способность учитывать различные перспективы и более точно оценивать свое самочувствие, что может значительно повысить валидность результатов проективных шкал измерения при использовании дополнительных изображений состояния ребенка [9, 10]. Данное ограничение может затруднять адекватную оценку собственных состояний самими детьми дошкольного возраста с соотносением изображений лица, которое больше всего соответствует состоянию ребенка в данный момент с симптоматикой процедуры ТГСК и правильным пониманием инструкции данной методики, как законными представителями, так и детьми дошкольного возраста (определение эмоционального состояния по изображению, связанного со списком симптомов) по методике «Опросник для детей по симптомам ТГСК» (CSP-BMT). Результативность методики CSP-BMT повышается при соблюдении принципа наглядности (демонстрация изображений, соответствующих каждому симптому ТГСК) и доступности (правильного понимания инструкции) для детей дошкольного возраста.

■ ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И ГИПОТЕЗА

Цель исследования заключалась в изучении динамики качества жизни пациентов до и после процедуры ТГСК с использованием психотерапевтических методов библиотерапии и фильмографии. Для достижения данной цели были поставлены следующие задачи: 1) изучить показатели качества жизни (физическое, эмоциональное, социальное и ролевое); 2) проанализировать взаимосвязи между показателями качества жизни и уровнем дистресса, родительским отношением, тревожностью и депрессией до, после и через 100 дней после процедуры ТГСК; 3) провести анализ различий в физическом, эмоциональном, социальном и ролевом функционировании в указанные периоды; 4) оценить эффективность программы медицинской профилактики тревожных и адаптационных расстройств у пациентов, проходящих процедуру ТГСК с применением методов библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья». Гипотеза исследования: использование библиотерапии и фильмографии улучшает показатели качества жизни (социальное и эмоциональное функционирование) и снижает вероятность возникновения тревожных и адаптационных расстройств у пациентов в возрасте от 3 до 18 лет после прохождения процедуры ТГСК. Выбранная стратегия профилактики эффективна в снижении уровня психологического дистресса и улучшения социальных связей у пациентов, проходящих процедуру ТГСК.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр детской онкологии, гематологии и иммунологии». Характеристики исследуемой группы по основному диагнозу (по МКБ-11): острый лимфобластный лейкоз (C91.0); другие уточненные апластические анемии (D61.8); острый миелобластный лейкоз [AML] (C92.0). Средний возраст пациентов, проходивших процедуру ТГСК, составил $11,41 \pm 4,29$ лет ($n=17$). Общее количество дней госпитализации составило 43,57 дня.

Использованные методы психологической диагностики: 1) тест «Термометр дистресса» (NCCN, 2021) [11]; 2) «Опросник для детей по симптомам ТГСК» (CSP-BMT) (Baker, J.A. et al., 2020) [12]; 3) «Опросник детской депрессии» (М. Ковач, 1992) [13]; 4) Русскоязычная версия опросника PedsQL 4.0 Generic Core Scales для оценки качества жизни детей 8–12 и 13–18 лет (Varni, J. et al., 2001, 2003) [14, 15]; 5) Опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин, 1988) [16]; 6) Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [17].

Статистическая обработка данных проводилась в программном обеспечении GraphPad Prism 10 (Wilcoxon signed-rank test, Pearson correlation coefficient).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты показателей качества жизни по опроснику PedsQL 4.0: «до» проведения процедуры/вмешательства; «после»; через «100 дней» после процедуры ТГСК представлены в табл. 1.

Таблица 1

Показатели качества жизни пациентов до, после и через 100 дней проведения процедуры ТГСК по опроснику PedsQ4.0 (критерий Вилкоксона)

Table 1

Quality of life indicators of patients before, after and 100 days after the conduct of TSGK procedure according to the PedsQL 4.0 questionnaire (Wilcoxon criterion)

Шкалы	До (n=17)	После (n=14)	P
	Me		
ФКЖ	60,94	45,31	0,0005*
ЭКЖ	62,50	67,50	0,0005*
СКЖ	87,50	100	0,0005*
РКЖ	67,50	72,50	0,039*
	После (n=14)	Через 100 дней (n=10)	
ФКЖ	45,31	53,12	0,0312*
ЭКЖ	67,50	60,50	0,0156*
СКЖ	100	87,50	0,0156*
РКЖ	72,50	52,50	0,062

Примечания: ФКЖ – физическое качество жизни; ЭКЖ – эмоциональное качество жизни; СКЖ – социальное качество жизни; РКЖ – ролевое качество жизни; Me – медиана; * $p < 0,05$.

На основании анализа показателей качества жизни можно сделать следующие выводы об уровне и различиях физического качества жизни (ФКЖ) по опроснику PedsQL 4.0: «до» проведения процедуры/вмешательства медиана (Me) ФКЖ=60,94 баллов; «после» (Me=45,31); через «100 дней» после процедуры ТГСК медиана (Me)=53,12. Следовательно, значения физического функционирования «до» и «после» вмешательства показывают значительные статистически значимые изменения, связанные со снижением качества жизни пациентов ($p < 0,005$). Наблюдается статистически-значимая разница «после» и через «100 дней» ($p < 0,05$), однако отмечается сохранность среднего (удовлетворительного) уровня физического функционирования качества жизни. Следует отметить, что частичное восстановление ФКЖ через 100 дней (от Me=45,31 до Me=53,12), указывает на улучшение ФКЖ в период между «после» и через «100 дней». Учитывается, что клинически значимое увеличение/снижение может быть около 4,5-5 баллов, особенно у пациентов с онкологией (небольшое улучшение значительно влияет на повседневную жизнь пациентов, проходящих процедуру ТГСК). Результаты показали, что процедура ТГСК приводит к значительному снижению физического качества жизни с «до» и «после» ТГСК ($p = 0,0005$); однако через 100 дней наблюдается частичное восстановление ФКЖ пациентов ($p = 0,0312$).

Результаты показателей эмоционального качества жизни (ЭКЖ) показали значительные изменения в динамике «до», «после» и через «100 дней». Исходные данные демонстрируют, что медиана эмоционального функционирования составила (Me=62,50, $p = 0,0005$); после 100 дней наблюдения медиана улучшилась до Me=67,50 ($p = 0,0005$), что также подтверждает положительную динамику, связанную с проведением

программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья». Уровень эмоционального качества жизни статистически значимо отличается «После» и через «100 дней», однако в последнем измерении медиана снизилась до $Me=60,50$ ($p=0,0156$), что может свидетельствовать о колебаниях в эмоциональном состоянии, связанных с длительным дистрессом (количество дней госпитализации: 43,57 дня) у пациентов, с общей продолжительностью заболевания $16,15 \pm 14,32$ месяца. Эти данные подчеркивают важность мониторинга уровня эмоционального функционирования в клинической практике и необходимость дальнейшего анализа факторов, влияющих на изменения в эмоциональном состоянии пациентов, проходящих процедуру ТГСК.

Анализ динамики социального функционирования «до», «после» и «100 дней», показал, что «до» процедуры ТГСК $Me=87,5$ ($p=0,001$) балла указывает на значительное снижение уровня социального функционирования, связанного с госпитализацией пациентов и наличием проблем в их психосоциальной адаптации. После проведения библиотерапии и фильмографии отмечается улучшение медианы социального функционирования ($Me=100$ баллов, при $p=0,0005$), что свидетельствует о положительной динамике, связанной с увеличением показателей социальной активности и взаимодействия. Через 100 дней $Me=87,5$ балла ($p=0,0156$) показывает наличие изменений (возможные колебания или рецидивы в психосоциальной адаптации), но с меньшей степенью значимости, что связано с уменьшением количества участников исследования ($n=10$). Положительная динамика социального качества жизни (улучшение клинического уровня) связана с использованием эффективных стратегий библиотерапии и фильмографии (ведение дневников, анализ произведений, выбор произведений, связанных с идентичными переживаниями героев произведений, практические виды деятельности после прочтения/просмотра (рисование, аппликация, лепка, написание продолжения истории, сказки)), оказанием своевременной необходимой психоэмоциональной поддержки со стороны семьи и общества, и как следствие, достижениями пациентов в психосоциальной адаптации. Динамика улучшения показателей социального функционирования при статистически-значимых различиях «до» и «после» психотерапевтического вмешательства ($p=0,0005$) обусловлена применением эффективных методов лечения, которые способствовали повышению уверенности и социальной активности пациентов, проходящих процедуру ТГСК, связанными с высоким уровнем осведомленности и образования; улучшением социального взаимодействия и поддержки в окружении или со стороны семьи и друзей; индивидуальными особенностями участников (высокий уровень мотивации и готовности к изменениям), что привело к более позитивному восприятию социальных ситуаций.

Анализ статистически значимых различий показателей школьного/дошкольного функционирования «до» процедуры ТГСК показывает положительную динамику данных показателей ($Me=67,5$, при $p=0,039$) до сохранения среднего уровня выраженности ролевого качества жизни «После» применения метода медицинской профилактики ($Me=72,5$, при $p=0,039$). У пациентов, проходящих процедуру ТГСК отмечается удовлетворительный уровень ролевого функционирования, связанного с колебаниями концентрации внимания при чтении произведений программы библиотерапии/

просмотре произведений фильмографии, улучшением мнемонических способностей, влияющих на повышение уровня академической успеваемости после выписки из больницы (преодоление трудностей в совладании с заданиями после прочтения книг и просмотра фильмов, ведением дневников анализа произведений (восстановление кратковременной и рабочей памяти, когнитивного функционирования) с возобновлением познавательных интересов к учебной деятельности в младшем школьном и подростковом возрасте/окружающему миру в дошкольном возрасте) за счет подбора тем произведений, связанных с интересными фактами из областей медицины, биологии и психологии. Через 100 дней после госпитализации обнаружены менее выраженные изменения ($Me=52,5$, при $p=0,062$); указывающие на то, что ролевое (школьное) качество жизни пациентов (РКЖ), проходящих процедуру ТГСК, может варьироваться в связи с ухудшением/или улучшением состояния здоровья ребенка, влияющего на посещение школьного/дошкольного учреждения образования и необходимостью в длительном сопровождении пациентов в данных учреждениях, и данные результаты требуют дальнейшего анализа для определения их клинической значимости. Итак, наблюдаются признаки улучшения ролевого функционирования после проведения программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья» (повышение медианы РКЖ), но эффект не сохраняется полностью через 100 дней, что связано с необходимостью длительного сопровождения в дошкольных/школьных учреждениях в течении 6 месяцев после выписки из больницы пациента, проходящего процедуру ТГСК.

Анализ статистически значимых взаимосвязей ($p<0,05$) до, после и через 100 дней представлен в табл. 2.

До проведения процедуры ТГСК ($n=17$) наблюдается значительное влияние основного диагноза и его симптоматики на физическое качество жизни пациентов, подвергающихся данной процедуре. Обнаруживается отрицательная взаимосвязь между уровнем физического качества жизни (ФКЖ) и дерматологическими проблемами (ПК) ($r=-0,94$, $p<0,05$): чем более выражены дерматологические осложнения (сыпь, зуд и пигментация), вызванные химиотерапией перед процедурой ТГСК, тем заметнее снижаются показатели общего состояния здоровья, активной жизнедеятельности и повседневного функционирования пациентов. Дерматотоксичность, как долговременный эффект химиотерапии, приводит к нарушению целостности кожного барьера, воспалительным процессам и дискомфорту, что, в свою очередь, ограничивает физическую активность, снижает мотивацию и ухудшает общее самочувствие пациентов. Следовательно, кожная сыпь, зуд и пигментация значительно ограничивают функциональные возможности пациентов до проведения процедуры ТГСК, что отражается в ухудшении показателей шкалы «Мое здоровье и уровень физической активности» шкалы PedsQL 4.0.

Следует отметить, что наблюдается положительная взаимосвязь между отсутствием нарушений сна по методике CSP-BMT и улучшением физического функционирования по шкале PedsQL 4.0 ($r=0,98$, $p<0,05$). Распределение оценок по CSP-BMT смещено в сторону минимальных значений (0 баллов), что затрудняет интерпретацию данной

Таблица 2

Взаимосвязи качества жизни с индивидуально-психологическим способом реагирования на болезнь (тревога, депрессия, застревание на симптоматике ТГСК) и спецификой детско-родительских отношений в выборке пациентов проходящих процедуру ТГСК (n=17) до, после и через 100 дней проведения процедуры ТГСК по шкале PedsQL 4.0 (критерий Пирсона)

Table 2

Relationships between quality of life and individual-psychological ways of reacting to illness (anxiety, depression, getting stuck on TSH symptoms) and the specificity of parent-child relationships in the sample of patients undergoing TSH procedure (n=17) before, after and 100 days after TSH procedure using the PedsQL 4.0 scale (Pearson criterion)

ШК	Б	БР	ПК	ОД	НС	ОВ	С	ИН	Т	ГР	БС	ОТ	ДН	ГС	СЛ	П	ВВ	ЛН	АН	СД	НВ
До (n=17)																					
ФКЖ			0,94*		0,98																
ЭКЖ	0,93*																				
СКЖ		0,98*																			
РКЖ				0,89*																	
После (n=14)																					
ФКЖ			0,88*										0,97*								
ЭКЖ			0,92*			0,91	0,89						0,97*								
СКЖ								0,90													
РКЖ			0,93*				0,97														
100 дней (n=10)																					
ФКЖ											0,98*				0,98*		0,98*				
ЭКЖ										0,96*					0,96*				0,97*		
СКЖ								0,98*			0,96*	0,99*	0,95*			0,97*				0,99*	0,95*
РКЖ														0,95				0,97*			

Примечания: ШК – шкалы; ФКЖ – физическое качество жизни; ЭКЖ – эмоциональное качество жизни; СКЖ – социальное качество жизни; РКЖ – ролевое качество жизни; Б – боль; БР – боль во рту; ПК – проблемы с кожей; ОД – одышка; НС – нарушение сна; ОВ – отвержение; С – социальная желательность; ИН – инфантилизация; Т – тошнота; ГР – грусть; БС – беспокойство; ОТ – отеки; ДН – Госпитальная шкала депрессии (HADS); ГС – гиперсоциализация; СЛ – слабость; ВВ – выпадение волос; П – поносы; ЛН – ломкость ногтей; АН – ангедония; СД – сила дистресса; НВ – неудовлетворенность внешним видом; * отрицательные взаимосвязи.

взаимосвязи. Возможные факторы, влияющие на полученные результаты, могут включать прием снотворных препаратов до процедуры ТГСК и ограниченный период оценки сна (в течение 2 дней). Полученные данные подчеркивают необходимость проведения дальнейших исследований с использованием более чувствительных методов оценки нарушений сна и анализа влияния фармакотерапии. Следует учитывать, что в этом возрасте когнитивное развитие ребенка может быть еще недостаточно зрелым для адекватного восприятия проективной структуры опросника, где требуется соотнести свое состояние с предложенными изображениями лиц. Потому оценка нарушений сна проводилась родителями с использованием опросника. Дальнейшие исследования должны учитывать этот фактор и использовать более подходящие методы оценки сна для детей дошкольного возраста, такие как актиграфия или дневники сна, заполняемые родителями с детальным описанием поведения ребенка во время сна.

У пациентов перед проведением процедуры ТГСК наблюдается сильная отрицательная взаимосвязь эмоционального качества жизни (ЭКЖ) с уровнем боли ($r=-0,93$, $p<0,05$): чем выше степень хронической боли, тем ниже эмоциональное качество жизни. Хроническая боль вызывает эмоциональное истощение, усиливает тревожность и снижает устойчивость к стрессовым ситуациям. Причина заключается в постоянном дискомфорте и невозможности расслабиться, что в свою очередь может привести к развитию депрессивных состояний. Хроническая боль создает непрерывный физический дискомфорт, который ограничивает способность ребенка участвовать в повседневной деятельности, включая игры, обучение и взаимодействие с друзьями. Она также может нарушать сон и аппетит, что приводит к состояниям усталости, раздражительности и снижению общего фона настроения. Длительная хроническая боль, особенно если она не поддается эффективному лечению, может вызывать чувство беспомощности и безнадежности, что способствует формированию тревожных и депрессивных расстройств. Боль может приводить к социальной изоляции, что усугубляет чувство одиночества и содействует развитию состояния депрессии.

Кроме того, следует подчеркнуть, что перед проведением процедуры ТГСК отмечается сильная отрицательная взаимосвязь между социальным функционированием и интенсивностью боли во рту ($r=-0,98$, $p<0,05$), что указывает на то, что увеличение интенсивности боли во рту связано с более низким уровнем социального функционирования пациентов. Боль во рту оказывает значительное влияние на физическое функционирование: сильная боль во рту (мукозит), вызванная химиотерапией или другими факторами, непосредственно затрагивает способность ребенка есть, пить, говорить и спать. Это ухудшает физическое состояние, что, в свою очередь, может снижать общую оценку по шкале PedsQL 4.0. Уменьшение физического функционирования негативно сказывается на социальном взаимодействии: когда ребенок испытывает боль, ему становится сложнее участвовать в социальных активностях, таких как игры, спорт и общение с друзьями. Пациент сталкивается с: трудностями в коммуникации (боль во рту затрудняет речь, что снижает способность ребенка эффективно взаимодействовать со сверстниками); ограничением участия в играх и спортивных

мероприятиях (физическое состояние ребенка не позволяет ему принимать участие в активных играх); чувством усталости и слабости (боль и недостаток питания приводят к усталости, что уменьшает желание общаться). Социальная изоляция порождает социальную стигму: исключение из социальных активностей создает ощущение изоляции и одиночества, проявляющееся в восприятии себя как «другого», отличного от остальных, что способствует формированию социальной стигмы. Социальная стигматизация негативно воздействует на эмоциональное функционирование, вызывая состояния тревоги, депрессии и снижения самооценки.

Рольевое качество жизни (РКЖ) пациентов, проходящих процедуру ТГСК, демонстрирует сильную значимую отрицательную взаимосвязь с одышкой ($r=-0,89$, $p<0,05$): чем интенсивнее одышка, тем ниже уровень ролевого функционирования (способность осуществлять повседневные дела). РКЖ подразумевает способность пациента исполнять роли, ожидаемые от него в различных сферах жизни (например, работа, учеба, семья, социальные взаимодействия, самообслуживание). Оно отражает степень, в которой человек способен выполнять свои повседневные обязанности и задачи. Одышка, или затрудненное дыхание, оказывает значительное влияние на РКЖ, физически ограничивая возможности пациента в осуществлении повседневных задач и снижая уровень самостоятельности. Причины данной взаимосвязи заключаются в снижении толерантности к физическим нагрузкам (одышка зачастую возникает или усиливается в процессе физической активности). Это приводит к ограничению способности выполнять задачи, требующие физических усилий, такие как ходьба, подъем по лестнице, выполнение домашних дел и т.д.

В контексте обсуждения психогенной одышки, усугубляющейся под воздействием психологических факторов, тревога может провоцировать ухудшение восприятия и влиять на поведение пациентов, испытывающих одышку. Тревога может вызывать гипервентиляцию, что приводит к ощущению нехватки воздуха. Тревожные пациенты могут остро ощущать даже незначительные изменения в дыхании. Ощущение одышки может усугублять тревогу, приводя к более выраженному чувству дискомфорта. Пациенты, страдающие от одышки и тревоги, могут избегать ситуаций, провоцирующих эти ощущения (физическая активность, социальные взаимодействия, работа или учеба). Таким образом, тревога, через одышку, непосредственно ограничивает выполнение повседневного социального и ролевого функционирования.

Страх перед одышкой может приводить к снижению физической активности, что, в свою очередь, ослабляет организм и усугубляет симптомы, связанные с процедурой ТГСК. Пациент может оказаться неспособным выполнять работу, требующую физической нагрузки, или участвовать в играх со сверстниками. Тревога и страх перед внезапным приступом одышки могут способствовать избеганию социальных ситуаций, что негативно сказывается на отношениях с семьей и друзьями и ограничивает возможности участия в общественной жизни. Постоянное ощущение одышки и тревоги может привести к чувству безнадежности, снижению самооценки, депрессии и другим психологическим проблемам, затрудняющим выполнение пациентом своих повседневных обязанностей и социальных ролей.

Одышка является не только физическим симптомом, но и эмоциональным опытом, воздействующим на жизнь человека на более глубоком, экзистенциальном уровне. Тревога влияет на поведение людей, испытывающих одышку: например, приводит к избеганию определенных действий или мест (ограничение ролевого функционирования). Человек, страдающий от одышки, может испытывать постоянную потребность контролировать дыхание или находиться вблизи медицинского оборудования. Это отнимает значительное количество времени и сил, которые могли бы быть использованы на другие важные дела. В наиболее тяжелых случаях одышка может привести к тому, что человек становится созависимым от других людей в выполнении повседневных задач. Это может привести к снижению его самооценки и чувства контроля собственной жизни. Панические атаки, обусловленные проявлением симптомов одышки в публичных местах, может приводить к социальной изоляции и одиночеству, что также негативно сказывается на общем качестве жизни.

Таким образом, до проведения процедуры ТГСК пациенты сталкиваются с основными проблемами, связанными с физическими симптомами (боль, боль во рту, кожные проблемы, одышка) и их влиянием на качество жизни.

После осуществления программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья» ($n=14$) наблюдаются отрицательные взаимосвязи между физическим качеством жизни (ФКЖ) и проблемами с кожей ($r=-0,88$, $p<0,05$), а также с уровнем депрессии шкалы HADS ($r=-0,97$, $p<0,05$): чем меньше выражены проблемы с кожей после проведения процедуры ТГСК, тем выше уровень физической активности; высокий уровень физической активности способствует снижению уровня депрессии. Причина заключается в том, что уменьшение депрессивной симптоматики увеличивает мотивацию к выздоровлению и уровень энергии. Чем выше уровень депрессии, тем ниже физическое качество жизни. Депрессия подавляет мотивацию к физической активности, вызывает усталость и апатию. Физические симптомы депрессии (например, нарушения сна и аппетита) также негативно сказываются на физическом состоянии.

Эмоциональное качество жизни (ЭКЖ) демонстрирует значимые сильные отрицательные взаимосвязи с дерматологическими проблемами (ПК) ($r=-0,92$, $p<0,05$) и с депрессивными проявлениями по шкале HADS ($r=-0,97$, $p<0,05$): чем менее выражены дерматологические проблемы и ниже уровень депрессии, тем более благополучным оказывается эмоциональное состояние пациентов после прохождения процедуры ТГСК. Низкий уровень депрессии обусловлен улучшением показателей эмоционального функционирования пациентов, прошедших программу психологической коррекции тревоги и депрессии с использованием методов библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья».

После проведения программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья» отмечены положительные взаимосвязи эмоционального качества жизни (ЭКЖ) с социальной желательностью (С) ($r=0,91$, $p<0,05$) и принятием-отвержением (ОВ) ($r=0,89$, $p<0,05$). Следовательно, повышение уровня эмоционального благополучия пациентов, прошедших процедуру ТГСК, ассоциируется с такими установками в родительском отношении к детям, как кооперация и принятие-отвержение, поскольку они отражают интегральное эмоциональное отношение к ребенку.

Обнаружена прямая положительная взаимосвязь социального качества жизни (СКЖ) с инфантилизацией (ИН) ($r=0,90$, $p<0,05$): стремление к поиску опеки со стороны других ассоциируется с более высоким уровнем социальной поддержки. Чем выше степень инфантилизации (предпочтение опеки и зависимости), тем выше социальное качество жизни.

Выявлены значимые сильные взаимосвязи ролевого качества жизни (РКЖ) и проблем с кожей (ПК) ($r=-0,93$, $p<0,05$) и установок социальной желательности (С) ($r=0,97$, $p<0,05$): уменьшение кожных проблем после проведения процедуры ТГСК улучшило ролевое функционирование пациентов. Установки родителей (участие в играх и делах ребенка, оказание помощи, уважение, жалость и сострадание к своему ребенку, признание собственных ошибок) способствуют более эффективному выполнению пациентом своих повседневных задач и обязанностей, что положительно сказывается на его школьном функционировании.

Ожидаемые изменения: применение библиотерапии и фильмографии привело к более реалистичной оценке состояния детей у их законных представителей после прохождения процедуры ТГСК, что выразилось в высоком уровне социальной желательности. Снижение тревожности, улучшение настроения и повышение уровня комплаентности к лечению способствовали улучшению понимания болезни, снижению чувства изоляции и повышению чувства надежды на выздоровление у пациентов, прошедших процедуру ТГСК.

Через 100 дней после процедуры ТГСК ($n=10$) была изучена отрицательная взаимосвязь физического качества жизни (ФКЖ) с такими симптомами, как беспокойство, слабость и выпадение волос ($r=-0,98$, $p<0,05$), указывающая на значительное ухудшение физического состояния, что также может негативно сказываться на психоэмоциональном состоянии пациентов после длительной госпитализации. Взаимосвязь ФКЖ с беспокойством также демонстрирует высокую взаимосвязь ($r=-0,98$, $p<0,05$), что подчеркивает важность психоэмоционального состояния для поддержания физического здоровья. Эти данные акцентируют необходимость комплексного подхода к улучшению физического качества жизни, учитывающего как физические, так и психологические аспекты ФКЖ.

Наблюдаются отрицательные взаимосвязи эмоционального качества жизни (ЭКЖ) с грустью ($r=-0,96$, $p<0,05$); слабостью ($r=-0,96$, $p<0,05$) и ангедонией ($r=-0,97$, $p<0,05$). В частности, фиксируется высокая отрицательная связь между эмоциональным качеством жизни и чувством слабости ($r=-0,96$, $p<0,05$), что указывает на то, что по мере увеличения состояния слабости эмоциональное качество жизни значительно ухудшается. Аналогично, взаимосвязь ЭКЖ с грустью составляет ($r=-0,96$, $p<0,05$), подтверждая, что повышенные уровни грусти негативно влияют на общее эмоциональное качество жизни. Наиболее выраженная отрицательная связь наблюдается с ангедонией ($r=-0,97$, $p<0,05$), что свидетельствует о том, что снижение способности испытывать удовольствие напрямую связано с ухудшением эмоционального качества жизни.

Социальное качество жизни (СКЖ) проявляет взаимосвязь с тошнотой (Т) ($r=-0,98$, $p<0,05$); беспокойством (БС) ($r=-0,96$, $p<0,05$); отеками (ОТ) ($r=-0,99$, $p<0,05$); депрессией (ДН) ($r=-0,95$, $p<0,05$); поносами (П) ($r=-0,97$, $p<0,05$); силой дистресса (СД) ($r=-0,99$, $p<0,05$) и неудовлетворенностью внешним видом (НВ) ($r=0,95$, $p<0,05$). Интерпретация взаимосвязей между социальным качеством жизни и силой дистресса, а также госпитальной шкалой депрессии (HADS) у пациентов с онкологией через 100 дней после трансплантации показала сильную отрицательную связь социального качества жизни и депрессии ($r=-0,95$, $p<0,05$); социального качества жизни и силы дистресса ($r=-0,99$, $p<0,05$). Это указывает на то, что с увеличением дистресса и уровня депрессии у пациентов наблюдается значительное снижение их социального качества жизни. Чем выше сила дистресса (общий уровень психологического дискомфорта, тревоги, депрессии), тем ниже социальное качество жизни. Высокий дистресс резко ухудшает социальные взаимодействия. Причина заключается в хроническом чувстве напряжения и тревоги, препятствующем эмоциональному восстановлению и приводящем к ощущению одиночества и изоляции.

Через 100 дней госпитализации наблюдается положительная взаимосвязь СКЖ с неудовлетворенностью внешним видом ($r=0,95$, $p<0,05$): недовольство внешним видом может побуждать к активному поиску поддержки и участия в социальных группах. Причина заключается в стремлении компенсировать внутренние переживания через социальные связи. Неудовлетворенность внешним видом может побуждать пациентов искать социальную поддержку и общение с другими людьми, сталкивающимися с аналогичными проблемами. Участие в группах поддержки, где обсуждаются проблемы внешности, может значительно улучшить психосоциальную адаптацию пациентов после процедуры ТГСК.

Увеличение уровня психосоматических симптомов (тошноты, отеков, поносов и беспокойства) связано с резким снижением социального качества жизни. Аналогично, взаимосвязь с беспокойством равна ($r=-0,96$, $p<0,05$), что также свидетельствует о значительной обратной связи между этими переменными. Наиболее выраженная связь наблюдается с отеками ($r=-0,99$, $p<0,05$), что указывает на практически идеальную обратную зависимость. Таким образом, обнаруживается значимость социального качества в контексте эмоционального благополучия и физического состояния пациентов после процедуры ТГСК и психофизиологических факторов (тошноты, поносов, отеков и беспокойства), оказывающих значительное негативное влияние на уровень социального функционирования пациентов дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста. Следует подчеркнуть, что выявленные психокоррекционные мишени акцентируют важность поддержания высокого уровня социального качества жизни пациентов с отеками для профилактики депрессивных состояний после 100 дней госпитализации пациентов, прошедших процедуру ТГСК.

Ролевое качество жизни (РКЖ) обусловлено гиперсоциализацией (ГС) ($r=0,95$, $p<0,05$) и ломкостью ногтей (ЛН) ($r=-0,97$, $p<0,05$), что может свидетельствовать о том, что увеличение гиперсоциализации связано с улучшением ролевого качества жизни. В то же время, взаимосвязь между ломкостью ногтей и ролевым качеством

жизни ($r=-0,97$, $p<0,05$) указывает на очень сильную отрицательную связь, что может означать, что ухудшение состояния ногтей связано с понижением психосоциальной адаптации в школе и детском саду. Эти результаты подчеркивают важность психосоциальных факторов в оценке здоровья и благополучия.

Итак, через 100 дней госпитализации сохраняется сильная связь дистресса с социальным качеством жизни, наблюдается депрессия, тревога и отеки, негативно влияющие на физическое самочувствие пациентов, прошедших процедуру ТГСК. Переходный период: 100 дней – это ранний период после процедуры ТГСК. Пациенты могут испытывать побочные эффекты от лечения, а процесс восстановления может протекать неравномерно.

В заключение, следует акцентировать внимание на том, что на всех этапах реализации процедуры ТГСК и программы библиотерапии и фильмографии «Жемчужины здоровья» наблюдается трансформация фокуса психокоррекционных мишеней: до процедуры ТГСК основными трудностями являлись физические симптомы и болевые ощущения; после процедуры ТГСК (в ближайший период) – эмоциональная сфера, необходимость самопринятия и значимость социального одобрения; через 100 дней после процедуры ТГСК – преобладание дистресса и его воздействие на социальную жизнь, а также влияние тревожности и депрессии на физическое состояние пациентов, прошедших процедуру ТГСК. Крайне важно учитывать данные психокоррекционных мишеней при разработке стратегий психосоциальной поддержки и психокоррекционного вмешательства пациентов на всех этапах прохождения процедуры ТГСК.

Определены основные психокоррекционные мишени, обусловленные различными причинами выявленных взаимосвязей на протяжении всех этапов процедуры ТГСК:

1. Психокоррекция болевых и депрессивных проявлений – боль, депрессия и ангедония представляют собой ведущие негативные детерминанты психосоциального качества жизни на всех этапах лечения (их влияние обусловлено снижением мотивации, энергии и эмоциональной устойчивости).
2. Помощь в организации среды и ресурсов для поддержания физической активности – болевые ограничения физической активности, вызванные отеками, слабостью и одышкой, существенно снижают способность к самообслуживанию и выполнению повседневных задач.
3. Организация социальной поддержки – которая приобретает особое значение после проведения процедуры ТГСК.
4. Проведение регулярного мониторинга и организация комплексной психологической поддержки для снижения уровня дистресса и депрессии на всех этапах медицинской реабилитации, с целью своевременного выявления и решения возникающих проблем (причины – эмоциональная неустойчивость препятствует эффективному восстановлению). Необходимо продолжать предоставлять пациентам поддержку на протяжении продолжительного периода времени (свыше 100 дней).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ выявленных взаимосвязей до процедуры ТГСК, сразу после процедуры и через 100 дней позволил выявить динамику изменения показателей качества жизни, основные психокоррекционные мишени и оценить эффективность метода профилактики ТАР в контексте адаптации пациентов с онкологией к процедуре трансплантации и в посттрансплантационный период: до проведения процедуры ТГСК у детей наблюдается преобладание физических симптомов болезни (боли, проблем с кожей), негативно влияющих на снижение уровня физического качества жизни; после процедуры ТГСК отмечаются положительные взаимосвязи между принятием себя и эмоциональным качеством жизни, между социальным одобрением и ролевым качеством жизни.

Проведение библиотерапии, фильмографии и других поддерживающих мероприятий должны учитывать не только физические и эмоциональные аспекты, но и социальные факторы, такие как родительские ожидания и давление, чтобы обеспечить комплексное и эффективное улучшение качества жизни пациентов после трансплантации гемопоэтическими стволовыми клетками. Библиотерапия и фильмография способствуют улучшению социальной активности и взаимодействий во время прохождения ТГСК.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Jim H.S., et al. Prevalence and predictors of anxiety and depression in cancer survivors: a systematic review. *Psychooncology*. 2015;24(9):979–87. doi: 10.1002/pon.3763
2. Andrykowski M.A., et al. Psychological functioning after hematopoietic stem cell transplantation: a systematic review. *Bone Marrow Transplant*. 2007;40(1):1–13. doi: 10.1038/sj.bmt.1705685
3. Vigarinho M.E.S., et al. Quality of life of oncohematologic cancer survivors undergoing hematopoietic stem cell transplantation: integrative review of the literature. *Brazilian Journal of Cancerology*. 2022;68(4). Available from: <https://rbcc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/2708>
4. Reusta G.A. Handbook of long term care of the childhood cancer survivor. New York: Springer; 2015. Available from: https://www.researchgate.net/publication/284548984_Handbook_of_Long_Term_Care_of_The_Childhood_Cancer_Survivor
5. Megari K. Quality of Life in Chronic Disease Patients. *Health Psychology Research*. 2013;1(3):e27. doi: 10.4081/hpr.2013.e27
6. Kazak A. Caregiver perspectives on psychosocial care in pediatric hematopoietic stem cell transplantation (HCT). *Clinical practice in pediatric psychology*. 2019;8. Available from: https://www.researchgate.net/publication/332216811_ (Date of access: 09.04.2024).
7. Maziarz R.T. Blood and marrow transplant handbook comprehensive guide for patient care. Springer Nature Switzerland A.G.; 2021. doi: 10.1007/978-3-030-53626-8
8. Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S. PedsQL 4.0: Reliability and validity of the pediatric quality of life inventory Version 4.0 generic core scales. *Medical care*. 2001;39(8):800–812. doi: 10.1097/01.MLR.0000072025.66939.6E
9. Piaget J. La Naissance de l'intelligence chez l'enfant [The Origins of Intelligence in Children]. Paris: Delachaux et Niestlé; 1936. 426 p.
10. Piaget J. The Origins of Intelligence in Children. New York, NY: International Universities Press; 1952. 419 p.
11. NCCN. Distress thermometer tool translations. National Comprehensive Cancer Network [Internet]. 2021. Available from: <https://www.nccn.org/global/what-we-do/distress-thermometer-tool-translations> (Date of access: 20.05.2024).
12. Baker J.A., Smith R.L. Child symptom inventory: a comprehensive guide to the CSP-BMT. *Journal of child psychology*. 2020;45(3):234–250.
13. Kovacs M. Children's Depression Inventory (CDI): Manual. Toronto, Ontario: Multi-Health Systems; 1992. 150 p.
14. Varni, J.W., Burwinkle T.M., Seid M. The PedsQL as a pediatric patient-reported outcome: reliability and validity of the PedsQL Measurement Model in 25,000 children. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*. 2003;3(6):705–719. doi: 10.1586/147371675.6.705
15. Varni J.W., Seid M., Kurtin P.S. PedsQL (Pediatric Quality of Life Inventory). 2001. Available from: https://www.pedsq.org/about_pedsq.html (Date of access: 10.03.2024).
16. Bodalev A.A. *Workshop on psycho-diagnostics. Diagnostician materials*. M.: Moscow State University Publishing House; 1988. 141 p. (in Russian).
17. Zigmund A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983;67(6):361–370. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>