

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ М. ГОРЬКОГО"

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ
ПСИХОЛОГИИ

JOURNAL OF PSYCHIATRY AND MEDICAL
PSYCHOLOGY

Научно-практический журнал
Основан в 1995 году

№ 4 (52), 2020 г.

ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

ISSN 2617-0116 (Print)

ISSN 2617-0124 (Online)

Главный редактор

В.А. Абрамов, д.м.н., проф.

Заместитель главного редактора

Т.Л. Ряполова, д.м.н., проф.

Ответственный секретарь

А.А. Бойченко

«Журнал психиатрии и

медицинской психологии» -

рецензируемый научно-практический медицинский журнал. Выходит 4 раза в год.

Основан в 1995 г.

Редакционная коллегия

А.В. Абрамов (Донецк)
Т.И. Букановская (Владикавказ)
Р.А. Грачев (Донецк)
Н.Л. Зуйкова (Москва)
Л.К. Максимов (Волгоград)
Г.С. Рачкаускас (Луганск)
В.В. Свиридова (Донецк)
С.В. Титиевский (Донецк)
Т.В. Черникова (Волгоград)
Е.В. Киосева (Донецк)

Editorial Board

A.V. Abramov (Donetsk)
T.I. Bukanovskaya (Vladikavkaz)
R.A. Grachev (Donetsk)
N.L. Zuykova (Moscow)
L.K. Maksimov (Volgograd)
G.S. Rachkauskas (Lugansk)
V.V. Sviridova (Donetsk)
S.V. Titievskiy (Donetsk)
T.V. Chernikova (Volgograd)
E.V. Kioseva (Donetsk)

Zurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii (Journal of Psychiatry and Medical Psychology) is a quarterly peer-reviewed medical journal. Founded in 1995.

Основатель и издатель:

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

Адрес издателя: 283003, г. Донецк, пр. Ильича, 16

Редакционный совет

Ю.А. Александровский (Москва)
Г.А. Игнатенко (Донецк)
А.Э. Багрий (Донецк)
В.Г. Заика (Ростов-на-Дону)
Д.О. Ластков (Донецк)
Д.В. Плотников (Курск)
Б.С. Положий (Москва)
В.А. Солдаткин (Ростов-на-Дону)
И.И. Шереметьева (Барнаул)
А.Г. Соловьев (Архангельск)
С.В. Ваулин (Смоленск)
А.В. Сахаров (Чита)
О.В. Кремлева (Екатеринбург)

Editorial Council

Yu.A. Aleksandrovskiy (Moscow)
G.A. Ignatenko (Donetsk)
A.E. Bagrii (Donetsk)
V.G. Zaika (Rostov-na-Donu)
D.O. Lastkov (Donetsk)
D.V. Plotnikov (Kursk)
B.S. Polozhiy (Moscow)
V.A. Soldatkin (Rostov-na-Donu)
I.I. Sheremetyeva (Barnaul)
A.G. Soloviev (Arkhangelsk)
S.V. Vaulin (Smolensk)
A.V. Sakharov (Chita)
O.V. Kremleva (Ekaterinburg)

Адрес редакции:

83008, г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО
Тел./факс: (062) 277-14-54
E-mail: psihiatria@dnmu.ru
Сайт: <http://psychiatry.dnmu.ru>

Полное или частичное воспроизведение материалов, опубликованных в журнале допускается только с письменного разрешения редакции.

Мнение редакции журнала может не совпадать с точкой зрения авторов статей.

Журнал включен в Перечень рецензируемых научных изданий, в которых должны быть опубликованы основные научные результаты диссертаций

(Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики № 1075 от 05.12.2018 г.).

Журнал зарегистрирован и индексируется в Российском индексе научного цитирования (РИНЦ), Google Scholar, Ulrich's Periodicals Directory.

Рекомендовано к изданию Ученым советом ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (протокол № 6 от 09.12.2020 г.)

Отпечатано в типографии ФЛП Кириенко С.Г. Свидетельство о государственной регистрации физического лица-предпринимателя №40160 серия АА02 от 05.12.2014 г. 83014, г. Донецк, пр. Дзержинского, 55/105. Формат 60x90 1/8; тираж 200 экз. Свободная цена.

ISSN 2617-0116



9 772617 011007



52

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ	3	CONTENTS
ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ		GENERAL QUESTIONS OF PSYCHIATRY
<i>Абрамов В.А.</i> Негативные эффекты кризисной жизненной ситуации, связанные с коронавирусным стрессом	4	<i>Abramov V.A.</i> Negative effects of a crisis life associated with coronaviral stress
ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ		QUESTIONS OF CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY
<i>Абрамов В.А.</i> Оценка уровня дистресса у лиц молодого возраста в условиях коронавирусной пандемической ситуации	17	<i>Abramov V.A.</i> Assessment of the level of distress in persons of young age under conditions of a coronaviral pandemic situation
<i>Соловьева М.А.</i> Исследование тревожности и уровня нервно-психического напряжения у лиц молодого возраста в период пандемии COVID 19	25	<i>Solovyova M.A.</i> Research on anxiety and level of nervous-mental voltage in young people during COVID 19 pandemic
<i>Коваленко С.Р.</i> Оценка уровня депрессии у лиц, находящихся под воздействием хронического стресса во время пандемии коронавирусной инфекции	34	<i>Kovalenko S.R.</i> Assessment of the level of depression in persons under the exposure of chronic stress during the pandemic of coronavirus infection
<i>Альмешкина А.А.</i> Исследование жизнестойкости у лиц молодого возраста в условиях пандемии COVID-19	39	<i>Almeshkina A.A.</i> Research of hardiness in persons of young age in the COVID-19 pandemic
<i>Мельниченко В.В.</i> Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем и саморегуляции произвольной активности у лиц, пребывающих в условиях коронавирусного стресса	49	<i>Melnichenko V.V.</i> Interconnection of early maladaptive schemes and self-regulation of random activity in persons staying in conditions of coronaviral stress
<i>Бойченко А.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В.</i> Особенности копинг-стратегий виктимизированных больных параноидной шизофренией	57	<i>Boychenko A.A., Ryapolova T.L., Zhigulina I.V.</i> Features of coping strategies of victimized patients with paranoid schizophrenia
<i>Синявская И.А., Титиевский С.В.</i> Актуальные аспекты тревоги и страхов у детей (обзор литературы)	64	<i>Synayvskaya I.A., Titievsky S.V.</i> Up-to-date aspects of anxiety and fear in children (literature review)
<i>Гурина Е.С.</i> Аутистический спектр через призму психоаналитических взглядов	72	<i>Gurina E.S.</i> Autistic subject through the prism of psychoanalytic views
<i>Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М.</i> Психологический компонент структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями	77	<i>Wildgrube S.A., Kramarenko E.V., Firsova G.M.</i> Psychological component of the structural attractor of disease in adolescents with cardiovascular diseases
<i>Лепшина С.М., Ряполова Т.Л., Лепшина Е.А., Атаев О.В., Дубосар Е.В.</i> Особенности копинг-стратегий больных мультирезистентным туберкулезом легких	81	<i>Lepshina S.M., Ryapolova T.L., Lepshina E.A., Ataev O.V., Dubosar E.V.</i> Features of coping strategy of patients with multidrug-resistant pulmonary tuberculosis
<i>Жемчугова И.И.</i> Роль питательных веществ в поддержании когнитивного благополучия	87	<i>Zhemchugova I.I.</i> The role of nutrients in maintaining cognitive well-being

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ

УДК 159.922+616.9:578.826.1:159.944.4

Абрамов В.А.

НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ КРИЗИСНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С КОРОНАВИРУСНЫМ СТРЕССОМ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

*Кто заражен страхом болезни,
тот уже заражен болезнью страха*
Мишель Монтень

В условия пандемического распространения коронавирусной инфекции и соответствующей (устрашающей) интерпретации этого события у многих людей возникает ряд специфических психических (эмоциональных) феноменов и физиологических реакций, которые, с нашей точки зрения, можно соотнести с фазами адаптационного синдрома или пандемического стресса [1].

Стресс – психофизическая реакция человека на трудную жизненную ситуацию, это состояние, при котором событие или череда событий воспринимаются как представляющие угрозу жизнедеятельности. Стресс может быть активизирующим (эустресс) и разрушительным (дистресс). Психологический стресс (эмоциональная реакция) всегда опережает физиологический. Основными модальностями эмоционального восприятия коронавирусной стрессовой ситуации являются переживания тревоги, страха и паники. Эти эмоциональные состояния соответствуют трем классическим стадиям развития стресса: стадии тревоги, стадии резистентности и стадии истощения (Г. Селье).

Травматический пандемический стресс - реакция человека на широкий спектр событий, представляющих повышенные требования к его адаптационным ресурсам. Стресс, как известно, включает психологическую составляющую (эмоциональный стресс), связанный с блокадой потребностей человека и его способности к самореализации и физиологическую составляющую (физиологический стресс), проявляющийся в реакциях организма. Физиологическая составляющая стресса включает все проблемы связанные с непосредственным заражением коронавирусом, а

психологическая – с отрицательными витальными переживаниями в связи с восприятием ситуации как несущей в себе опасность для жизни и здоровья, и угрозу близким.

Пандемический стресс – это масштабная угроза существованию, распространяется значительно быстрее самого вируса, подготавливая для него благоприятную «почву» и повышая восприимчивость человека к возникновению инфекционного заболевания. Наиболее чутким индикатором пандемического стресса на начальных этапах его развития является уровень психической адаптации. Первичным является эмоциональное восприятие коронавирусной ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой, но до поры до времени не имеющей к данному человеку непосредственного отношения. В дальнейшем трудная жизненная ситуация начинает восприниматься как экстремальная или критическая, а стресс - как пандемический стресс, требующий адаптационной перестройки функциональных систем человека, постепенной мобилизации и расходования адаптационных ресурсов.

Традиционный термин «стресс» используется для обозначения неспецифических реакций разного уровня в ответ на экстремальные воздействия любых значимых для человека факторов. Психологический коронавирусный стресс также является неспецифической психической реакцией на информацию устрашающего характера - это состояние чрезмерной психической напряженности (психической дезинтеграции) и вегето-соматических дисфункций, развивающееся в условиях неблагоприятного экстремального воздействия информационных факторов. Таким образом,

психологический коронавирусный стресс в своей основе является информационным стрессом, то есть, источником его развития или специфическим триггерным фактором служат внешние сообщения. Однако коронавирусный стресс - это не результат информационных перегрузок (именно так чаще всего рассматривается причина информационного стресса), а реакция человека на соответствующее содержание информации о травмирующих психику событиях и их возможных последствиях. Эта информация воспринимается как угроза инфекционного заражения – экстремальное воздействие значимого информационного фактора и обязательно предполагает высокое напряжение энергетических ресурсов.

Одной из ведущих причин информационного коронавирусного стресса является недостаточный контроль за происходящими событиями и сложившейся ситуацией в целом. Неконтролируемость ситуации определяет субъективную ее оценку как угрожающую и невозможность адаптировать к ней свою когнитивную схему (схему интерпретации событий).

Проявления коронавирусного информационного стресса начинаются сразу после восприятия (первичная оценка) и когнитивной оценки (вторичная оценка) стрессора. Первичная оценка стрессорного воздействия коронавирусной информации (primary appraisal) заключается в вопросе - « что это значит для меня лично?». Информация воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах как масштаб непосредственной угрозы и как масштаб отдельных неблагоприятных последствий. Восприятие и оценка стрессора (информации коронавирусного содержания) сопровождаются соответствующими эмоциями: растерянностью, озабоченностью, страхом, тревогой, надеждой и др. Вторичная когнитивная оценка этой информации (secondary appraisal) – это оценка личностного смысла ситуации, собственных ресурсов, и возможности решить проблему; она выражается в вопросе – « что я могу сделать?». Далее включаются более сложные процессы регуляции поведения: мотивация, цели, ценности. Однако непосредственной причиной коронавирусного информационного стресса является субъективная оценка смысловой (семантической) составляющей ситуации в ее доминирующем негативном контексте (опас-

ность, неопределенность, непредсказуемость развития, противоречивость ситуации и, главное – недостаточный контроль за ситуацией). Такой оценке способствует избыточность и высокий темп предъявления информации.

Стресс затрагивает физиологические, биохимические и психологические параметры человека. Однако наиболее интегративным показателем субъективного ответа на воздействие коронавирусной ситуации является изменение поведения. Специфика его заключается в невозможности устранения коронавирусной ситуации. Это порождает формы пассивного реагирования, направленные на переживание экстремального фактора и минимизацию вредных его последствий в рамках карантинно-ограничительных мер. Поведение при этом может изменяться в диапазоне от снижения активности и нарушений сложных форм целенаправленной деятельности, ее планирования и оценивания при умеренной степени психической напряженности до дезорганизации поведения с преобладанием стереотипных реакций, не адекватных ситуаций и не имеющих приспособительного значения, или состояний выученной беспомощности при более выраженных степенях психической напряженности.

Коронавирусный стресс начинается сразу после восприятия человеком информации о событии потенциального угрожающего характера, после осознания им чрезвычайной субъективной значимости этого события и предполагаемой угрозы, исходящей от распространения коронавируса. Стресс может проявляться как в режиме ожидания неблагоприятной ситуации, так и в режиме ее проживания (карантин, самоизоляция и т.п.). Он сталкивает человека с ситуацией, обладающей повышенной неопределенностью, для которой нет готовых способов решения, воспринимающейся как неподконтрольная и превышающая обычные адаптационные возможности и способы реагирования, в силу чего она способна вызвать у человека растерянность, замешательство и беспомощность.

Многочисленные потенциальные риски для психического благополучия и дальнейшего личностного функционирования в ситуации, связанной с опытом переживания коронавирусного стресса, можно свести к следующему:

1. Риск ограничения социальных связей и нарушения межличностного общения (са-

моизоляция, отсутствие профессиональных контактов, социальная депривация).

2. Риск стигматизирующего влияния положительного коронавирусного теста.

3. Риск потери работы, финансовой независимости, снижения качества жизни.

4. Риск формирования психических феноменов, негативно влияющих на качество жизни и социальное благополучие человека.

5. Риск нарушения информационно-психологической безопасности, формирования когнитивных искажений (иррациональных убеждений).

6. Риск разрушения нормативных моделей, регулирующих поведение людей в обычных условиях.

7. Риск утраты социального статуса, осознания жизненной перспективы и контроля над рациональными компонентами образа жизни.

Пандемия коронавируса воспринимается и переживается людьми как кризисная (экстремальная) жизненная ситуация, как реальность новой экстремальной логики жизни или как коронавирусный психологический стресс. У многих лиц этой кризис может стать поворотным пунктом в жизни, новой жизненной реальностью. Способ познания этого опыта и его интеграции в общий жизненный опыт человека во многом определяет успешность и качество его жизни и психологического благополучия в дальнейшем. Субъективное проживание этого опыта пронизано базовыми темами человеческой экзистенции (существования), на которых держится весь жизненный опыт человека. Накопление опыта переживания коронавирусной реальности может оказывать неблагоприятное влияние на психологическое благополучие человека и качество его социальной жизни. В широком смысле слова – это опыт жизни, осознания масштабных вызовов своему собственному бытию в условиях пандемической экстремальной ситуации. Конкретизируя опыт коронавирусной реальности, можно выделить:

- Опыт жизни со страхом заболеть;

- Опыт жизни в условиях самоизоляции и социальных ограничений;

- Опыт столкновения с противоречивой информацией (в т.ч. дезинформацией) о проблемах коронавирусной пандемии;

- Опыт жизни в условиях негативных психологических эффектов пандемического стресса COVID-19 и особого способа существования;

- Опыт переживания угроз целостности своего «Я» (самооценки, способности самореализации, смысла жизни, жизненных ценностей и т.п.) и безопасности своего существования как фундаментальной фабулы переживаний коронавирусной реальности;

- Опыт жизни в условиях длительного постэпидемического психологического дистресса;

Каждая из стадий развития стресса характеризуется специфическими особенностями адаптационной активности человека, его физических и психических ресурсов. Однако в условиях хронического пандемического стресса наиболее чутким индикатором стресса является психический уровень адаптации. Это позволяет соотнести те или иные эмоционально-стрессовые феномены с фазами развития стресса (хронического стресса) в формате пандемического эустресса и дистресса.

Пандемический страх (тревога). Анализ многочисленных данных о коронавирусной инфекции и реакции на нее в различных странах мира позволяет считать, что основной и самый опасный вирус – это вирус страха, тревоги и паники, который распространяется значительно быстрее коронавируса. Именно в такой последовательности происходит утяжеление психоэмоционального компонента коронавирусного пандемического стресса как результата информационного самозаражения человека на различных этапах его формирования. И дело здесь не только в скорости распространения вируса, но и в тех неблагоприятных и болезненных формах психического реагирования, которые сопровождают ситуацию коронавирусного стресса на пандемическом этапе и после его завершения.

Первыми признаками психологического стресса являются беспокойство и тревожные ожидания, связанные не с непосредственным воздействием инфекционного фактора, а с устрашающими представлениями о нем. Количественные и качественные особенности этих проявлений зависят, главным образом, от субъективной когнитивной оценки события. Тревога в форме озабоченности и естественной настороженности в связи с предчувствием потенциальной опасности заражения коронавирусом является естественной реакцией человека на сложившуюся ситуацию. Однако довольно быстро, по мере распространения в медиаресурсах и соцсетях информации об усложнении коронавирусной

ситуации, у населения повышается уровень тревожности, которая со временем становится постоянной, изматывающей и лишает человека возможности адекватно функционировать во многих сферах жизни.

Тревога, как и страх – нормальная психологическая реакция на трудную жизненную ситуацию, способствующая мобилизации адаптивных ресурсов на преодоление ситуации, представляющей угрозу выживания. Однако повышенный уровень тревожности в условиях пандемии может выходить за пределы нормы и становится фактором, дезорганизующим жизнедеятельность человека и приводящим к ухудшению или утрате ресурсов психологической устойчивости, необходимых для нормального самочувствия, и повышению уязвимости к формированию фобических реакций коронавирусного содержания.

В США в ситуации с эпидемией COVID-19 почти 1/2 людей испытывали серьезный уровень тревоги и 40% опасались, что они сами или их близкие могут заболеть COVID-19 в тяжелой форме и умереть. При этом все симптомы чаще встречались у женщин и отрицательно коррелировали с возрастом [2]. Близкие результаты были получены ранее в КНР: симптомы выраженной тревоги отмечались у 30% населения, депрессии – у 17% [3], а травматические стрессовые симптомы – у 35%. И также эта симптоматика чаще наблюдалась у женщин и учащейся молодежи [4].

ПТСР – частое стресс-связанное состояние при эпидемиях. Введенный в США карантин привел к существенному стрессу среди населения, и его длительность коррелировала с развитием симптомов ПТСР [5]. Симптомы фрустрации, страха, чувство одиночества, социальной отгороженности и отчуждения, разочарования и бесперспективности, ожидание угрозы, оживление негативных переживаний из прошлой жизни (флешбэки), яркие образные представления о собственном заражении коронавирусной инфекцией, ночные кошмары, бессонница, раздражительность и вспышки гнева, домашнее насилие, поведение избегания, иррациональные поступки, включая покупку оружия и военной амуниции, и импульсивные решения бегства из находящихся на карантине населенных пунктов – вот неполный список симптомов ПТСР, массово наблюдающихся в США в период эпидемии COVID-19 [6] и являющихся значимыми факторами риска для развития хронического ПТСР [7].

Онлайн-скрининг по нескольким специальным шкалам и опросникам среди более 18 тыс. человек в Италии за период эпидемического пика COVID-19 с 26 марта по 5 апреля 2020 г., т.е. находящихся на карантине уже в течение 3-4 нед., обнаружил, что клинически значимые симптомы ПТСР наблюдались у 37% опрошенных, выраженного стресса – у 22,8%, расстройства адаптации – 21,8%, тревоги – 20,8%, депрессии – 17,3% и бессонницы – у 7,3% респондентов [8].

Тревога - устойчивое переживание эмоционального беспокойства. Это состояние связано с ожиданием неблагоприятия, грозящей опасности, угрозой физической безопасности, относящейся к ближайшему или отдаленному будущему. Тревога переживается человеком как неопределенное, смутное чувство возможного наступления неблагоприятных для него событий. Тревога коронавирусного происхождения, как правило, поддается логическому объяснению со стороны индивидуума, хотя и не всегда она соразмерна реальным обстоятельствам. Специфика и парадоксальность этого феномена заключается в том, что человек, испытывающий тревогу, делает все, чтобы ее вновь и вновь пережить, обращаясь к травмирующим источникам информации.

В стадии резистентности тревога может быть подавлена и устранена ресурсными возможностями человека или потерей субъективной значимости ситуации. Это позволяет говорить о возможности эустресса, когда мобилизация всех ресурсов приводит к полной адаптации к новым условиям и возвращению в зону комфорта. Однако в случае коронавирусной ситуации сопротивления и снижения тревоги не происходит из-за всевозрастающего объема негативной информации, относящейся к этой проблеме. Более того, нарастают деструктивные явления в виде дальнейшей когнитивной переработки тревоги и формирования безотчетных страхов (заболеть, умереть, потерять работу и т.п.), не имеющих достаточной логической аргументации.

Коронавирусный страх, в отличие от обычного страха, возникающего у любого человека при неблагоприятной ситуации, это пандемический страх – феномен, охватывающий все общество, негативно влияя не столько на психическое здоровье людей, сколько на их социальное самочувствие. Это страх заразиться коронавирусной инфекцией и реальной угрозой своему благополучию, глу-

бокая обеспокоенность собственной судьбой, здоровьем своих близких. Чаще всего этот страх носит преувеличенный характер, не пропорциональный реальной угрозе.

Динамика формирования пандемического страха включает три этапа: этап естественной настороженности, этап собственного страха и этап панического страха. В отличие от клинических фобий, сопровождающихся избеганием любой информации об объекте страха, пандемическому страху сопутствует упорное стремление к накоплению информации и углублению своих знаний, касающихся коронавирусной ситуации. Важно отметить, что большое количество информации об этом (как правило, противоречивой) не только не уменьшает страхи, напротив, их количество и интенсивность возрастают.

Панический коронавирусный страх проявляется беспрецедентными мерами безопасности и предосторожности, постоянным анализом опасных и устрашающих жизни сценариев развития пандемической ситуации, сосредоточенностью на мерах защиты, ограждения себя от заражения, включая меры, непропорциональные реальной опасности. Пандемический панический ажиотаж – это массовая чрезмерная искусственно вызванная и не оправдываемая действительностью реакция (оживление, сильное волнение, возбуждение), связанная с быстро распространяющейся информацией о значительной опасности коронавирусной инфекции и ее последствий. Темп распространения этой информации в соцсетях превращает мир в своеобразную самоиндуцирующуюся толпу, производя коллективный ажиотаж (ажитажное поведение) вокруг этой проблемы. Это поведение, как правило, связано с неправильной когнитивной оценкой ситуации и выходит за рамки здравого смысла, однако обеспечивает привлечение внимания к ней населения во всех странах мира.

Страх перед коронавирусом характеризуется комплексом проявлений, включая физические, эмоциональные и поведенческие симптомы.

Физические проявления реакции страха: учащенное сердцебиение, одышка, трудности с дыханием, стеснение или боль в груди, потливость, повышение температуры тела до субфебрильных значений, головная боль, быстрая утомляемость и слабость. Следует отметить, что физические компоненты страха

имеют сходство с симптомами вирусного заболевания. Это нередко приводит тревожных пациентов к мысли о коронавирусном заражении, что в еще большей степени усиливает тревогу, дезориентирует врачей, заставляет пациентов обращаться в лечебное учреждение, подвергая риску реального заражения себя и окружающих.

Эмоциональные симптомы страха: сильный, постоянный и непреодолимый страх перед заражением, иррациональные стереотипы мышления, беспокойство и нервозность при соприкосновении с окружающей средой, навязчивые мысли о воздействии вируса, приводящего к тяжелой болезни, переживания возможности летального исхода, тотальный страх смерти, чувство собственного бессилия и невозможности контролировать свое состояние.

Поведенческие симптомы пандемического страха: избегание ситуаций, в которых существует инфицирование, микробозависимое поведение, приверженность выполнению санитарно-гигиенических норм и защитных мероприятий.

Эмоциональные реакции на коронавирусную инфекцию колеблются в диапазоне от тревоги и чрезмерной боязни заражения с повышенным риском панических явлений до беспечности и отсутствия естественной осторожности, игнорирования разумных предупредительных и защитных мер с риском причинения вреда окружающим. Страх парализует волю, лишает возможности влиять на ситуацию, блокирует позитивную энергию, отвлекает от полезных дел. Поглощенность страхом заболеть ослабляет психологическую устойчивость и иммунитет человека, делают его более восприимчивым и к самой инфекции и к паническому реагированию на нее.

Страх концентрирует внимание и порождает мысли о мерах защиты, о том, как выжить в сложившейся ситуации (метафора «чуть не умер от страха» точно передает переживание сильного страха). Нередко страх нарушает поведение человека, делая его неадекватным ситуации (запуганный – значит неуправляемый).

Идеальная ситуация для появления страха – это ситуация неопределенности, потенциальной опасности заражения коронавирусом, который преподносится в средствах массовой информации как «ничего подобного в мире ранее не происходило». Это заставляет созна-

ние людей прорабатывать самые негативные сценарии развития событий, не соответствующие реальной тяжести ситуации варианты «спасения», нелогичные способы поведения в ответ на потенциальную опасность. Именно страх является источником всплеска «пандемического шопинга» и неординарных, граничащих с глупостью, мер защиты.

Благодаря страху, восприятие коронавирусной ситуации, как реального повода для беспокойства, осторожности и разумных гигиенических мер, очень быстро трансформируется в панические состояния.

Эти страхи объединены под общим названием гермофобии (болезнь микробов) или ковидофобии (коронафобия). Коронавирусный страх - это развитие тревожного состояния в сторону конкретизации переживания угрозы инфицирования коронавирусом под влиянием потока устрашающей информации, непропорциональное реальной опасности. Это состояние является не обычным инстинктом самосохранения, а проявлением нелогичных, иррациональных мыслей и поступков. Пандемический страх овладевает сознанием человека, лишает его возможности логично действовать и является необходимым этапом развития панических состояний, интенсивного страха и тревоги, выходящих за рамки разумного контроля.

Таким образом, спустя примерно 2-3 месяца после возникновения коронавирусного стресса при неблагоприятных обстоятельствах (массовое распространение удручающей информации) состояния тревоги и резистентности могут перейти в фазу истощения.

Еще Г. Селье убедительно доказал, что на третьей стадии стресса (фаза истощения) сопротивляемость организма инфекциям падает до критического уровня. Поэтому есть основания считать, что человек, пребывающий в состоянии коронавирусного стресса (напряжения, страха, паники) постепенно становится беззащитной мишенью для вируса. Несостоятельность защитных механизмов человека в этой фазе стресса охватывает как ресурсы организма (энергетическое истощение), когда его резервные возможности и согласованность жизненных функций утрачивается, так и снижение психологических ресурсов.

Третья стадия CoVстресса – это стадия истощения или угнетения всех систем и резервных возможностей организма. С физиологической точки зрения – это снижение

способности коры надпочечников выделять глюко- и минералокортикоиды, а также истощение запасов катехоламинов в синапсах симпатических нервных окончаний. Истощение психологических ресурсов заключается в снижении способности к самореализации (жизнестойкости, стрессоустойчивости, самоэффективности) и использованию адаптивных конинг-стратегий. Немаловажное значение имеет и уровень оказания социально-психологической (материальной, информационной, организационной и др.) поддержки, способствующей формированию стрессорезистентности, особенно на ранних стадиях адаптационного синдрома.

Панический эквивалент 3-й стадии коронавирусного стресса – это паника, паническое состояние. Каждый день пандемии приносит все больше поводов для паники, страх порождает еще больший страх. Коронавирус оказывает на человека двойное воздействие: инфекционное и воздействие негативной информацией. В частности, спровоцированная иррациональными убеждениями паника, формируется исключительно на основе триггерных информационных стимулов. Очень быстро эти стимулы (болезнь заражения) становятся для человека чрезвычайно значимыми, вызывая волну нездоровых проекций и эмоционально обусловленные формы поведения. Страх усиливается по мере распространения информации о введении и уничтожении ограничительных карантинных мер, увеличения времени эфирных просмотров соответствующей тематики, а также в связи с переживанием риска разрушения привычного жизненного уклада и утраты надежды на быстрое разрешение ситуации.

Слово «паника» происходит от имени Пана, греческого бога пастухов. Пастухи часто становились свидетелями того, как вследствие самой незначительной причины, особенно ночью, стада овец или коз, полностью выйдя из под контроля, бросались в воду, в огонь, или животное одно за другим прыгали в пропасть. Каждый подозрительный шорох заставляет насторожиться стадо. Молния, гром, ураган, плохая погода лишает его возможности нормального поведения; обезумевшее стадо разбегается по степи, овцы падают в воду, в огонь или же совершенно неподвижно застывают на одном месте. В это время их заносит снегом, заливают дождем, они замерзают, гибнут от голода, но не

делают никаких попыток укрыться или найти пищу. Так бессмысленно погибают не одно и не два, а тысячи животных». (Д. Брэм).

Паника (паническое состояние) – это состояние интенсивного страха, состояние растерянности, потери точки опоры, субъективной катастрофизации представлений о неизбежном заражении опасной для жизни инфекцией, а также интенсивных и длительных переживаний рефлексии масштабной самоизоляции в строгих рамках коронавирусной ситуации. Пандемическая паника проявляется снижением способности к самоуправлению, способности контролировать события, занимать определенную позицию, принимать решения относительно своей жизни, предчувствием непоправимых, трагических последствий коронавирусной ситуации.

Паника, панические страхи в связи с COVID-19 оказались фактором очень быстрого распространения коронавирусного стресса, ослабления иммунной системы и пандемического распространения инфекции. Они приобрели устойчивый и всеохватывающий характер, и достигли межнациональных масштабов. Основными предпосылками ее формирования явились:

- Высокая скорость распространения COVID-19;
- Возможность заражения от человека – вирусоносителя без симптомов болезни (в бессимптомный период);
- Неспособность медицины эффективно противостоять вирусу;
- Отсутствие вакцины.

Коронавирусная паника генерирует в сознании человека ряд вопросов, на которые нет точных ответов: «Заболēju ли я?», «Будет ли заболевание протекать тяжело?», «Могу ли я умереть?», «Когда изобретут вакцину?», «Могут ли заболеть и умереть мои пожилые родители?», «Что будет с моим бизнесом?», «Что будет с моим кредитом, если я потеряю работу?» и т.п. В качестве главных дестабилизирующих факторов выступают отсутствие вакцины и адекватных лекарств, неготовность медицины, быстрое распространение вируса и возможность летального исхода.

Однако пандемический стресс и паническое состояние возникает не только в связи с переживанием возможности заражения, но и в связи с совокупностью факторов, которые привносятся в жизнь человека карантинным режимом со всеми его ограничениями,

включая переживания по поводу будущей жизнедеятельности. Эти переживания делают невозможным гибкое реагирование на постоянные изменения ситуации [9] и затрудняют использование механизмов самоорганизации для сохранения эмоциональной стабильности человека. Более того, во время паники конкретная жизненная ситуация воспринимается как лишенная каких-либо форм защиты и поддержки, а собственный ресурс как резко ослабленный и не способный противостоять стрессу.

Паника - понятие, не имеющее однозначного определения, так как им обозначаются различные по своему семантическому содержанию состояния. Кроме того, понятие «паника» может рассматриваться в широком дисциплинарном контексте, включая социальные, политические, психологические, физиологические и медицинские подходы, в т.ч. в контексте «психопатологического социума» (социального безумия). Поэтому это понятие не является исключительно медицинским, психологическим, социальным или каким-либо другим понятием. Оно объединяет все перечисленные составляющие, но в зависимости от их структуры, выраженности и длительности паника может рассматриваться преимущественно в каком-либо одном контексте, приобретая соответствующую семантическую конфигурацию. С такой точки зрения паника (пандемическая паника) может принадлежать к разряду социопатий (паническому настроению или паническому поведению) или к психопатологическим феноменам (паническое расстройство, панические атаки). Психопатологические феномены паники – это, как правило, индивидуальные реакции на пандемию, в то время как социопатии имеют массовый характер. В частности, Е.И. Головаха и Н.В. Панина [10] относят панику, как и истерию, и агрессию к массовым нарушениям психических механизмов адаптации к социальным нормам, а социопатии (социальное безумие) рассматривают как массовую дезорганизацию в условиях ценностно-нормативного хаоса. Массовая паника – психологическая характеристика состояния массового страха перед реальной или воображаемой опасностью, нарастающего в процессе взаимного заражения (циркулярная реакция) и блокирующего способность рациональной оценки ситуации.

Понятие «паника» феноменостически охватывает определенный спектр состояний, характеризующихся потерей самообладания и установки на мобилизацию разумных и адекватных действий. Это состояние сильного безотчетного страха и дезорганизующего поведения, не поддающегося сознательному контролю, логическому мышлению и критической оценке. Это своеобразное переживание утраты автономии, субъективности, собственной защищенности, способности к самодетерминации и самореализации, утраты свободы выбора (внутренней свободы). Важнейшим компонентом паники является утрата поисковой активности или способности к поиску решения в условиях неопределенной ситуации.

Пандемическая паника – это преимущественно медийно формируемое и предвещаемое в массовом сознании устойчивого переживания непосредственной угрозы коронавирусной ситуации для собственной безопасности человека и его окружения. Паника «подогревается» многочисленными сообщениями (информационный пандемический бум) об очень быстром распространении вируса, неготовности медицинских учреждений, недостатке профилактических средств, вакцины, аппаратов ИВЛ, диагностических тестов, высоком уровне смертности. В разгар пандемии в интернете в течение одного дня можно было ознакомиться с информацией под следующими названиями: «Как убивает коронавирус», «Никогда такого не было, экономика остановилась», «Коронавирусом переболевает большая часть человечества», «Как коронавирус меняет сознание масс», «Ресурс надежд заканчивается», «Коронавирус – это прощание с прошлой жизнью», «Новая реальность: все рухнет быстрее, чем вы думаете», «Беспрецедентная ситуация: в ООН предрекли масштабный голод», «Пандемия может привести к массовому ожирению», «Остановка мировой экономики», «Коронавирус уничтожает Североатлантический альянс». В этом же апокалиптическом контексте употребляются понятия: «массовый психоз», «коронавирусная история», «всеобщая паника» и др.

Пандемическая паника может рассматриваться и как медицинская проблема, и как проблема социопатии. Как медицинская проблема, связанная с нарушением психологической адаптации, это паническое расстройство и панические атаки, а как социопатии

(массовая дезориентация личности в условиях ломки привычной системы социальной адаптации людей) – это паническое настроение и паническое поведение.

Феноменостических различий между этими состояниями не существует. Своеобразие пандемических панических социопатий заключается в содержательной их привязке к коронавирусной ситуации. Однако в реальной действительности наблюдается тесная взаимосвязь (взаимопроникновение) медицинской (психопатологической) и социопатической моделей панических проявлений, что не позволяет рассматривать их в контексте какого-либо одного направления.

Диагностические критерии панического расстройства и панических атак, возникающих у конкретного пациента, подробно описаны в МКБ-10, что исключает необходимость их дополнительного рассмотрения. Тем более, что пандемический характер реагирования не вносит в эти феномены какого-либо содержательного своеобразия. Паническое расстройство (панические атаки) – это психические расстройства, возникающие у конкретного человека в определенной фобической ситуации. Они имеют четко выраженный индивидуальный оттенок переживаний и являются сугубо психиатрическим аспектом паники как феномена и представляют собой наиболее неблагоприятный вариант ее развития.

Иначе обстоит дело с собственно пандемическими паническими состояниями: паническим настроением и паническим поведением. Эти состояния характеризуют массовое сознание, они непосредственно связаны с переживанием пандемической ситуации и пессимистическими оценками ее последствий в контексте собственного благополучия и благополучия своих близких.

Пандемическое паническое настроение проявляется сильным и постоянным волнением, осознанием реальности возникающей всеобщей угрозы. Ожидание беды быстро трансформируется в чувство непосредственной личностной опасности. Это состояние носит очевидный подражательный характер, оно индуцируется информацией, распространяемой в медиа пространстве, побуждая ориентироваться на поведение других (по типу цепной реакции). В отличие от панического расстройства, пандемическое паническое настроение ограничено конкретной ситуацией, связанной со страхом коронавируса, не рас-

пространяется на другие ситуации и носит перманентный, а не приступообразный характер как при панических атаках. Паническое настроение как личностный уровень восприятия и переработки коронавирусной угрозы формируется постепенно, под влиянием слухов и правдивой, хотя и противоречивой информации. Как ни странно, достоверная информация также может быть источником социопатии в связи с массовым осознанием угроз жизненной перспективе людей и неполноценностью способов включения их в социальную жизнь после окончания пандемии. Это порождает неопределенность социального статуса у значительного количества людей и риски их социальной востребованности.

Паническое поведение характеризуется растерянностью, хаотичностью и непредсказуемостью. Эмоционально продиктованные решения и поступки, совершаемые в этом состоянии, как правило, продиктованы преувеличенными представлениями об опасности. Люди перестают чувствовать себя активными субъектами сообщества, не имея конкретного плана действий. Паника в этом случае проявляется чувством бессилия и невозможности повлиять на ход событий и собственную перспективу.

Понятие «паника», являясь междисциплинарным понятием, используется в различных областях человекознания: в психологии, психиатрии, социальной психологии, политологии, социологии и др. Применительно к коронавирусной пандемической панике наиболее адекватным представляется взгляд на эту проблему в психологии (социальной психологии) и психиатрии. С точки зрения внешних проявлений клиническая (индивидуальная) и пандемическая (массовая) паника имеют много общего. И в том, и другом случае она соответствует критериям нарушенного психического здоровья по версии ВОЗ: несоответствие (неадекватность) психических реакций социальным обстоятельствам и ситуациям, неспособность самоуправления поведением в соответствии с социальными нормами и правилами, неспособность планировать собственную жизнедеятельность, неспособность изменять способ поведения в зависимости от смены жизненных ситуаций и др. Однако как с феноменологической, так и с точки зрения механизмов формирования этот феномен в социальной психологии и психиатрии рассматривается по-разному.

В психиатрии паника – это паническое расстройство, представленное самостоятельной диагностической категорией, связанной с нарушением психической адаптации, дезорганизацией сознания и поведения, выходящей за пределы нормы. Это, во-первых, индивидуальная реакция человека чаще всего на воображаемую опасность (на ситуацию, которая в данный момент не является реально опасной) и не воспринимается как угрожающая окружающими и, во-вторых – это реакция обеспокоенности и тревоги связана с первичными неприятными ощущениями (сердцебиение, головокружение и др.) или с конкретной психотравмирующей ситуацией.

Пандемическая коронавирусная паника (пандемическое состояние), охватившая население многих стран мира, по определению не может считаться исключительно клинической проблемой, так как она, во-первых, носит массовый характер, а, во-вторых, не проявляется субъективным ощущением болезни. Поэтому пандемическая паника должна рассматриваться не как негативная эмоциональная реакция, а как психический феномен, обобщенно и системно отражающий информационно возникающую нестабильность в обществе. Этот феномен не является непосредственным следствием угроз физическому благополучию человека, а представляет собой результат стихийного или целенаправленного разрушения ценностно-нормативных устоев общественной жизни, привычных ориентиров поведения.

Этот феномен обусловлен глобальной ломкой привычной системы социальной адаптации людей и невозможностью адаптироваться к новым, в т.ч. ограничительно-карантинным условиям, используя старые механизмы в социуме. Это приводит к потере контроля над ситуацией, неопределенности социального статуса, снижению уровня социальной востребованности, переживанию утраты (реально не очевидной) жизненной перспективы. Этому способствуют кардинальные изменения системы ценностей и целей, теряется смысл жизни, ощущение своей значимости и полезности, снижение уровня мотивации к деятельности и стремления к достижению результата.

Пандемическое паническое состояние в условиях затяжного коронавирусного стресса порождается возникающей в связи с этим социальной нестабильностью с драматизацией массовым сознанием сложившейся ситуации

и ухудшением социального самочувствия людей, вызванного разрушением нормативных образов поведения. Эта специфическая и системная психическая реакция заключается в интерпретации события катастрофическим образом, которая описывается как «ужасная, глубинная эмоция, вытягивающая нас за пределы нашей способности представить себе более ужасное переживание... для психиатра нет более значительной боли, чем взрывающаяся и лично разрушающая паническая атака» (Leongard J. et al., 2002).

Массовая пандемическая паника – это жизнь в иррациональном пространстве. Она овладевает сознанием людей, лишая их способности рационально оценивать ситуацию и действовать в соответствии с адаптивными социальными ориентирами. Если тревога и страхи – это дисбаланс психоэмоционального состояния людей, то паническое состояние – это феномен, который не только овладевает сознанием человека, но и управляет его поведением. Это обезличивает людей, способствует утрате способности к самоорганизации и самоуправлению и является источником маргинализации собственного положения.

Массовая пандемическая паника формируется в условиях непредсказуемости и ценностно-нормативной неопределенности дальнейшего образа жизни. Она считается «заразной», так как иррациональные мысли и действия могут распространяться на значительные контингенты людей, используя механизмы взаимного индуцирования и самостигматизации – признания себя жертвой обстоятельств и критического внешнего воздействия. Жизнедеятельность паникующих людей лишается смысла, значимых связей с другими людьми. Смыслоутрата сопровождается переживанием пустоты и бессмысленности жизни, утратой мотивов, необходимых для деятельности, четких сознательных представлений о направленности собственной жизни.

Таким образом, возникновение пандемической коронавирусной паники означает переход стресса в заключительную, третью стадию, которая характеризуется истощением своих сил, своей жизненной энергии, когнитивных функций, способности к целенаправленным и решительным действиям всех своих ресурсов. Все это позволяет рассматривать длительно

существующую панику не просто как одну из негативных эмоциональных реакций, а как панический, экзистенциальный кризис личности. Этот кризис представляет собой особый способ существования, «бытия-в-мире». Он проявляется утратой экзистенциальной свободы – ориентиров для сознания принимаемых решений и осмысленного выбора наилучших возможностей из тех, что предоставляется ситуацией и обстоятельствами, переживанием неспособности брать ответственность за собственную жизнь, потерей контроля над ситуацией, принятием образа «жертвы» обстоятельств. Такая дезинтеграция личности сопровождается утратой человеческого достоинства и делает человека уязвимым и беззащитным перед любым заболеванием.

Коронавирусная пандемия наносит удары по всем сферам жизнедеятельности человека, поэтому она перестает быть чисто медицинской проблемой. Сопутствующая пандемии масштабная паника – это реально страшная угроза для любого социума, она может спровоцировать хаос, полную потерю управляемости.

В целом, можно согласиться с мнением аналитиков института развития интеграционных процессов Минэкономразвития РФ о том, что любой кризис – это не только испытание системы на прочность, но и возможность взглянуть на некоторые, пока еще неочевидные, проблемы в перспективе. Неадекватная, нерациональная, паническая реакция на пандемию – тоже угроза для общества и политических систем. И в перспективе она может стать куда более серьезной проблемой, чем сам вирус.

Об этом и старинная притча: «Во время одной эпидемии в одном из селений праведник встретил Чуму и спросил, сколько жизней она унесет. Чума ответила – пять тысяч. Прошло время, болезнь закончилась, и оказалось, что умерло 15 тысяч человек.

И вот праведник опять встречает Чуму и спрашивает: как же так? Ты говорила про пять тысяч. Да, отвечает Чума. Я забрала только пять тысяч, а остальные умерли от страха.

Поэтому самый главный вывод, который нужно сделать в сложившейся ситуации – не следует паниковать, будем лечить и лечиться, соблюдая все необходимые рекомендации врачей.

Абрамов В.А.

НЕГАТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ КРИЗИСНОЙ ЖИЗНЕННОЙ СИТУАЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С КОРОНАВИРУСНЫМ СТРЕССОМ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В условия пандемического распространения инфекции и соответствующей (устрашающей) интерпретации этого события у многих людей возникает ряд специфических психических (эмоциональных) феноменов и физиологических реакций, которые, с нашей точки зрения, можно соотнести с фазами адаптационного синдрома или пандемического стресса.

Травматический пандемический стресс - реакция человека на широкий спектр событий, представляющих повышенные требования к его адаптационным ресурсам. Стресс, как известно, включает психологическую составляющую (эмоциональный стресс), связанный с блокадой потребностей человека и его способности к самореализации и физиологическую составляющую (физиологический стресс), проявляющийся в реакциях организма. Пандемический стресс – это масштабная угроза существованию, распространяется значительно быстрее самого вируса, подготавливая для него благоприятную «почву» и повышая восприимчивость человека к возникновению инфекционного заболевания. Наиболее чутким индикатором пандемического стресса на начальных этапах его развития является уровень психической адаптации.

Пандемическая паника – это преимущественно медийно формируемое и предвещаемое в массовом сознании устойчивого переживания непосредственной угрозы коронавирусной ситуации для собственной безопасности человека и его окружения. Паника «подогревается» многочисленными сообщениями (информационный пандемический бум) об очень быстром распространении вируса, неготовности медицинских учреждений, недостатке профилактических средств, вакцины, аппаратов ИВЛ, диагностических тестов, высоком уровне смертности. Пандемическая паника может рассматриваться и как медицинская проблема, и как проблема социопатии. Как медицинская проблема, связанная с нарушением психологической адаптации, это паническое расстройство и панические атаки, а как социопатии (массовая дезориентация личности в условиях ломки привычной системы социальной адаптации людей) – это паническое настроение и паническое поведение.

Коронавирусная пандемия наносит удары по всем сферам жизнедеятельности человека, поэтому она перестает быть чисто медицинской проблемой. Сопутствующая пандемии масштабная паника – это реально страшная угроза для любого социума, она может спровоцировать хаос, полную потерю управляемости.

Ключевые слова: стресс, пандемия, психопатологические феномены

Abramov V.A.

NEGATIVE EFFECTS OF A CRISIS LIFE ASSOCIATED WITH CORONAVIRAL STRESS

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Under the conditions of the pandemic spread of the infection and the corresponding (frightening) interpretation of this event, many people develop a number of specific mental (emotional) phenomena and physiological reactions, which, from our point of view, can be correlated with the phases of the adaptation syndrome or pandemic stress. Traumatic pandemic stress is a person's response to a wide range of events that represent increased demands on his adaptive resources. Stress, as you know, includes a psychological component (emotional stress) associated with a blockade of a person's needs and his ability to self-realization and a physiological component (physiological stress), manifested in the body's reactions. Pandemic stress is a large-scale threat to existence, it spreads much faster than the virus itself, preparing a favorable «soil» for it and increasing a person's susceptibility to the occurrence of an infectious disease. The most sensitive indicator of pandemic stress at the initial stages of its development is the level of mental adaptation. Pandemic panic is predominantly media-generated and foreshadowed in the mass consciousness of a stable experience of an immediate threat of a coronavirus situation for a person's own safety and his environment. Panic is «fueled» by numerous reports (information pandemic boom) about the very rapid spread of the

virus, the unavailability of medical institutions, the lack of preventive measures, vaccines, ventilators, diagnostic tests, and a high mortality rate. Pandemic panic can be viewed as both a medical problem and a sociopathic problem. As a medical problem associated with a violation of psychological adaptation, it is panic disorder and panic attacks, and as a sociopathy (mass disorientation of the personality in conditions of breaking the habitual system of social adaptation of people), it is panic mood and panic behavior. The coronavirus pandemic strikes all spheres of human life, so it is no longer a purely medical problem. A large-scale panic accompanying a pandemic is a really terrible threat to any society, it can provoke chaos, a complete loss of control.

Keywords: stress, pandemic, psychopathological phenomena

Литература

1. Акарачкова Е.С., Котова О.В., Кадырова Л.Р. Пандемия COVID-19. Стресс-связанные последствия: Учебное пособие для врачей. М., 2020. 31.
2. Schwartz B.J. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious. Especially for Loved Ones. APA News releases. 2020.
3. Wang C., Pan R., Wan X. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Env Res Public Health*. 2020; 17. 1729.
4. Qiu J., Shen B., Zhao M. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020; 33. 19-21.
5. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395 (10227): 912-20.
6. Galea S., Merchant R.M., Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*. 2020; 180 (6): 817-818.
7. Tracy M., Norris F.H., Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety* 2011; 28 (8); 666-675.
8. Rossi R., Socci V., Talevi D. et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. 2020.
9. Асмолов А.Г. Психология личности. М.: Изд-во Московского университета; 1990.
10. Головаха Е.И., Панина Н.В. Социальное безумие. История, теория и современная практика. Киев: Абрис; 1994. 168.

References

1. Akarachkova E.S., Kotova O.V., Kadyrova L.R. Pandemiya COVID-19. Stress-svyazannye posledstviya: Uchebnoe posobie dlya vrachei [Pandemic COVID-19. Stress-Related Consequences: A Study Guide for Physicians]. Moscow; 2020. 31 (in Russian).
2. Schwartz V.J. New Poll: COVID-19 Impacting Mental Well-Being: Americans Feeling Anxious. Especially for Loved Ones. ARA News releases. 2020.
3. Wang C., Pan R., Wan X. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Env Res Public Health*. 2020; 17. 1729.
4. Qiu J., Shen B., Zhao M. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: Implications and policy recommendations. *Gen Psychiatry*. 2020; 33: 19-21.
5. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E. et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*. 2020; 395 (10227): 912-20.
6. Galea S., Merchant R.M., Lurie N. The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. *JAMA Intern Med*. 2020; 180 (6): 817-818.

7. Tracy M., Norris F.H., Galea S. Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depress Anxiety* 2011; 28 (8): 666-675.
8. Rossi R., Socci V., Talevi D. et al. COVID-19 pandemic and lockdown measures impact on mental health among the general population in Italy. An N=18147 web-based survey. 2020.
9. Asmolov A.G. *Psikhologiya lichnosti [Psychology of Personality]*. Moscow: Izd-vo Moskovskogo universiteta; 1990 (in Russian).
10. Golovakha E.I., Panina N.V. *Sotsial'noe bezumie. Istoriya, teoriya i sovremennaya praktika [Social madness. History, theory and modern practice]*. Kiev: Abris; 1994. 168 (in Russian).

Поступила в редакцию 15.10.2020

ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

УДК 159.92:616.9:578.826.1:61-057.875

Абрамов В.Ал.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ДИСТРЕССА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОЙ ПАНДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Беспрецедентно высокий уровень напряжения в мире, вызванный коронавирусной пандемией, является достаточным основанием для того, чтобы все переживания, связанные с коронавирусной реальностью, рассматривать как трудную (экстремальную) ситуацию, то есть как широчайший спектр событий и обстоятельств, связанных между собой коронавирусом содержанием, воспринимаемый людьми как угрозу безопасности реализации жизненных целей.

Трудная ситуация возникает, когда имеется неуравновешенность в системе отношений человека с окружающим миром; наблюдается несоответствие между стремлениями, ценностями, целями субъекта и возможностями их реализации. Выделяют три группы трудных ситуаций: 1) трудные жизненные ситуации - болезнь, инвалидность, боязнь смерти; 2) трудные ситуации, связанные с выполнением задачи, деятельности - помехи, неудачи, противодействия; 3) трудные ситуации, связанные с социальным взаимодействием - оценка, критика, давление, конфликт [1].

Наиболее характерным психическим состоянием, развивающимся под воздействием трудной жизненной ситуации, является стресс. Стресс - состояние, возникающее при действии чрезвычайных или патологических раздражителей и приводящее к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма. Термин «стресс» введен в медицинскую литературу в 1936 г. Г. Селье, который определяет стресс как состояние организма, возникающее при предъявлении к нему любых требований [1].

Исходными пунктами, вызывающими состояние стресса, являются стрессовые события или стрессоры. Стрессоры могут быть физиологическими (боль, голод, жажда, чрезмерная

физическая нагрузка, высокая и низкая температура и т. п.) и психологическими (опасность, угроза, утрата, обман, обида, информационная перегрузка и т. п.). Последние, в свою очередь, подразделяются на эмоциональные и информационные [1].

Если рассматривать события в качестве стрессоров, то их можно систематизировать по размеру негативной значимости и по времени, требуемому на адаптацию. В зависимости от этого различают критические жизненные события, травматические стрессы, повседневные стрессоры или хронические стрессоры [2].

По типу воздействия на человека стрессы можно подразделить на системные стрессы, отражающие напряжение преимущественно биологических систем (вызываются отравлением, воспалением тканей, ушибами и т. п.) и психические стрессы, возникающие при любых воздействиях, вызывающих эмоциональную реакцию.

Наблюдающийся при стрессе общий адаптационный синдром, может иметь три стадии развития: стадию тревоги, при которой происходит мобилизация исходных сил организма; стадию резистентности; стадию истощения, которая отмечается при воздействии интенсивного раздражителя или при длительном воздействии слабого раздражителя, а также при функциональной слабости адаптивных механизмов организма; при этом синдром приобретает патогенный характер. В связи с этим Г. Селье выделены два вида стресса — эустресс и дистресс. Дистресс всегда неприятен, он связан с вредоносным воздействием. Эустресс имеет положительный эффект, т. к. активизируются психические процессы, эмоции носят стенический характер. Эустрессом называется такая потеря равновесия, которая возникает, когда субъект переживает соответ-

стве между требуемыми от него усилиями и имеющимися в его распоряжении ресурсами. Понятие дистресс отражает такие психические состояния и процессы, при которых, по крайней мере, на какое-то время, соотношение между требуемыми усилиями и имеющимися ресурсами кажется нарушенным, причем не в пользу ресурсов [3].

Дистресс (от англ. distress — «горе», «страдание»), «сильное недомогание», «истощение») — неблагоприятный стресс, в результате которого истощаются защитные силы организма, что приводит к срыву механизмов адаптации и развитию различных заболеваний, вплоть до смертельного исхода. Другими словами, дистресс — это состояние человека, потерявшего способность приспосабливаться к миру, в котором он живет [1].

Острый дистресс — дезорганизация поведения человека при неожиданном, «катастрофическом» (обычно представляющем угрозу жизни или ее основным ценностям) событии (например, при землетрясении, неожиданном нападении, утрате близких).

Хронический дистресс — длительное воздействие на человека неблагоприятных стресс-факторов (особенно психологических, социальных или экологических). Это, к примеру, может быть конфликтная, безвыходная ситуация, приносящая эмоционально негативные переживания [3,4,5].

Психологический стресс как особое психическое состояние является своеобразной формой отражения субъектом сложной, экстремальной ситуации, в которой он находится. Специфика психического отражения обуславливается процессами деятельности, особенностями которых (их субъективная значимость, интенсивность, длительность протекания и т. д.) в значительной степени определяются выбранными или принятыми целями, достижение которых побуждается содержанием мотивов деятельности [6].

Р. Лазарус и С. Фолкман при изучении системы взаимоотношений «человек-среда» представили психологический стресс как определенную взаимосвязь между человеком и чрезмерными требованиями среды, что связано с превышением его ресурсов и созданием угрозы для личного благополучия [7].

Р. Лазарус характеризует психологический стресс как обусловленное «угрозой» эмоциональное переживание, которое оказывает влияние на способность человека достаточно

эффективно осуществлять свою деятельность. В таком контексте между эмоцией (отрицательной по своей модальности) и эмоциональным стрессом нет существенного различия, так как в качестве определяющего фактора рассматривается влияние эмоционального напряжения на деятельность индивида [5].

Как считают А.В. Вальдман, М.М. Козловская и О.С. Медведев, в явлении эмоционального стресса следует различать:

а) комплекс непосредственных психологических реакций, который в общей форме можно определить как процесс восприятия и переработки личностно значимой для данного индивида информации, содержащейся в сигнале (воздействии, ситуации) и субъективно воспринимаемой как эмоционально-негативная (сигнал «угроза», состояние дискомфорта, осознание конфликта и т. д.);

б) процесс психологической адаптации к эмоционально-негативному субъективному состоянию;

в) состояние психической дезадаптации, обусловленной эмоциональными для данной личности сигналами, вследствие нарушения функциональных возможностей системы психической дезадаптации, что ведет к нарушению регуляции поведенческой активности субъекта [8].

Каждое из этих трех состояний (они принципиально сближаются с общими фазами развития стресса, но оцениваются по психологическим, а не соматическим проявлениям) сопровождается, по мнению авторов, широким комплексом физиологических сдвигов в организме.

Подчеркивая специфику психологического стресса и отличие от биологических и физиологических его форм, Р. Лазарус обращает внимание на необходимость использования адекватных понятий: «Психологические механизмы должны иметь отличный характер от физиологических, относясь к психологическим, а не физиологическим процессам. Мы можем искать формальные параллели и взаимосвязи, но процессы не являются тождественными, и мы не можем объяснить зависимость в одной системе, используя понятия, изобретенные в другой» [5].

Психологический стресс возникает при выполнении человеком продуктивной деятельности и является своеобразной формой отражения субъектом сложной ситуации, в которой он находится. Эта ситуация в целом

или ее отдельные элементы в силу внутренних причин становятся значимыми для человека, что и является самой общей предпосылкой для возникновения у него напряженности. В сложных условиях цель деятельности, внешние условия и способы осуществления действий выступают перед субъектом не только в своих объективных свойствах, но и в своем значении или смысле для него. Объективное содержание может не совпадать с тем значением, которое они имеют для данного субъекта. Этим в значительной мере и объясняются факты вариативности поведения разных лиц в одной и той же сложной ситуации. С этой точки зрения психологическая напряженность возникает в ситуациях, которые должны относиться к значительным событиям в жизни человека, что определяется его мотивами. Психологическая специфика состояний напряженности (стресса), следовательно, зависит не только от внешних воздействий, хотя они и должны быть достаточно сильными для человека, но и от личностного смысла цели деятельности, оценки ситуации, в которой он находится [9].

В психологической структуре психической напряженности особую роль играют мотивационные и эмоциональные компоненты. В теоретико-экспериментальных исследованиях Н.И. Наенко обоснована целесообразность разделения понятия «психическая напряженность» на два вида – операциональную и эмоциональную. Первый вид определяется процессуальным мотивом деятельности, который либо совпадает с ее целью, либо находится в близких с ней отношениях. Он характеризуется тесной связью объективного и субъективного содержания деятельности. Второй вид (эмоциональная напряженность) обуславливается доминирующим мотивом самоутверждения в деятельности, который резко расходится с ее целью и сопровождается эмоциональным переживанием, оценочным отношением к деятельности [9].

Анализ работ ряда исследователей, изучавших состояние психической напряженности, позволяет определить ее как неспецифическую реакцию активации организма и личности в ответ на воздействие сложной (экстремальной) ситуации, которая зависит не только от характера экстремальных факторов, но и от степени адекватности и восприимчивости к ним организма конкретного человека, а также от индивидуальных особенностей личностного отражения ситуации и регуляции поведения в ней [9-15].

Как уже было сказано, традиционно в психологии выделяют физиологический и психологический виды стресса. Психологический стресс включает в себя эмоциональный и информационный виды стресса. Однако Ю.В. Щербатых разделяет понятия «психологического» и «эмоционального» стресса, указывая, что эмоциональный стресс сопровождается выраженными эмоциональными реакциями, а в развитии психологического стресса преобладает когнитивная составляющая (анализ ситуации, оценка имеющихся ресурсов, построение прогноза дальнейших событий и т. д.). В то же время оба вида стресса имеют общую схему развития (тревога-адаптация-истощение), описанную еще Г. Селье. Многочисленные исследования доказали неразрывную связь стресса и эмоций, и в современной литературе можно встретить также термин «психоэмоциональный стресс» [16].

По мнению автора теории информационного стресса В. А. Бодрова, любой психологический стресс носит информационный характер, так как содержит информацию о каких-либо неблагоприятных событиях. Он определяет психологический стресс «как функциональное состояние организма и психики, которое характеризуется существенными нарушениями биохимического, физиологического, психического статуса человека и его поведения в результате воздействия экстремальных факторов психогенной природы (угроза, опасность, сложность или вредность условий жизни и деятельности)» [17-18].

Большинство авторов склонно рассматривать психологический стресс как транзактный процесс, отражающий взаимодействие человека с окружающим миром. Определение психологического стресса как состояния и как процесса правомерно и обоснованно, однако при этом остаются вопросы, которые прежде всего относятся к необходимости разработки дифференцирующих критериев последствий воздействия стрессоров, весьма различных как по своей интенсивности, так и по феноменологии [19].

В настоящее время ученые выделяют также социальный и профессиональный виды стресса [16,17,20,21]. Социальный стресс связан с переживанием критических жизненных ситуаций, многие из которых по-настоящему драматичны (потеря близких, социальные кризисы, отделение от семьи и друзей и др.), и является наиболее опасным, так как представ-

ляет угрозу физическому, психологическому и психическому здоровью. При исключительности стрессорного фактора (например, военные действия) используется понятие травматического стресса. Семантическое поле понятия «травматический стресс» включает в себя такие понятия как «травма», «травматический стресс», «посттравматический стресс», «травматические стрессоры», «травматические ситуации» и «посттравматическое стрессовое расстройство», которые контекстуально зависимы [22].

Целью настоящего исследования было изучить особенности уровней дистресса у студентов медицинского вуза, пребывающих в условиях коронавирусного стресса.

Материал и методы исследования

С целью оценки уровня дистресса вызванного пандемией COVID-19, с сентября по декабрь 2020 года было обследовано 209 студентов медиков: 54 мужчины (25,8%) и 155 женщин (74,2%) (средний возраст обследуемых составил 20 лет). Ранжирование обследуемых на группы сравнения происходило в зависимости от гендерной принадлежности, а также на основании изменения уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией. Уровни стрессогенности определялись на основании мировых статистических показателей заболеваемости-смертности от COVID-19 за период с сентября по декабрь 2020 года. В течении всего периода обследования показатель заболеваемости-смертности возрастал в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Все обследован-

ные были разделены на 4 группы: 1 группа (81 человек) – обследовалась в сентябре, 2-я группа (52 человека) – в октябре, 3-я группа (36 человек) – в ноябре и 4-я группа (40 человек) – в декабре.

Для оценки уровня дистресса использовалась шкала PSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона. Шкала PSM-25 предназначена для измерения стрессовых ощущений в соматических, поведенческих и эмоциональных показателях. Методика была первоначально разработана во Франции, затем переведена и валидизирована в Англии, Испании и Японии. Перевод и адаптация русского варианта методики выполнены Н. Е. Водопьяновой. Шкала состоит из 25 утверждений, характеризующих психическое состояние, от испытуемого требуется оценить свое состояние с помощью 8 бальной шкалы. Полученные по шкале баллы суммируются для получения интегрального показателя психической напряженности.

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа.

Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования

Полученные данные по шкале психологического стресса показали, что у большинства обследуемых (71,4%) преобладает низкий уровень стресса (средний балл $72,1 \pm 1,34$). У 25,3% обследуемых определялся средний уровень стресса (средний балл $117,8 \pm 0,75$) и у 3,3% обследуемых был выявлен высокий уровень стресса (средний балл $164,4 \pm 0,48$).

Таблица 1

Распределение обследуемых с различным уровнем психологического стресса в зависимости от пола

Уровни психологического стресса	Пол			
	Мужчины (n=54 человека)		Женщины (n=155 человек)	
	% (абс.)	Средний балл (X)±m	% (абс.)	Средний балл (X)±m
Высокий уровень	5,5% (3)	169,6±1,23	2,6% (4)	160,5±1,48
Средний уровень	22,2% (12)	107,6±1,03	26,4% (41)	120,7±1,12
Низкий уровень	72,3% (39)	70,6±2,34	71,0% (110)	72,7±2,79

**Распределение обследуемых с различным уровнем психологического стресса
в зависимости от пандемической обстановки**

Уровни психологического стресса	Месяц							
	Сентябрь (n=81 человек)		Октябрь (n=52 человека)		Ноябрь (n=36 человек)		Декабрь (n=40 человек)	
	% (абс.)	(X)±m	% (абс.)	(X)±m	% (абс.)	(X)±m	% (абс.)	(X)±m
Высокий уровень	1,4% (1)	162,0±0,0	7,8% (4)	162,0±2,8	2,8% (1)	159,0±0,0	2,5% (1)	182,0±0,0
Средний уровень	20,9%* (17)	120,7±1,75	19,2%* (10)	108,8±1,25	30,5%* (11)	120,4±1,44	37,5%* (15)	118,6±1,88
Низкий уровень	77,7%* (63)	70,6±2,4	73,0%* (38)	71,9±1,98	66,7%* (24)	70,2±1,87	60,0%* (24)	78,3±2,01

Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,01$.

Распределение обследуемых по уровню психологического стресса, в зависимости от гендерной принадлежности, представлены в таблице 1.

Как видно из представленной таблицы, статистически значимых различий уровней психологического стресса, в зависимости от гендерной принадлежности, не наблюдается, что свидетельствует о том, что лица мужского и женского пола, реагируют на пандемическую ситуацию связанную с COVID-19 одинаково.

В ходе изучения различий уровней психологического стресса в зависимости от уровня стрессогенности ситуации связанной с новой коронавирусной инфекцией (табл. 2), была выявлена стойкая тенденция к нарастанию психической напряженности у обследуемых лиц наряду с ухудшением пандемической обстановке в мире. Так, в сентябре 2020 года низкий уровень психологического стресса определялся у 77,7% обследуемых, а уже в декабре этого же года количество лиц по данному показателю сократилось до 60,0%, а также выросло количество обследуемых

со средним уровнем психической напряженности 37,5% против 20,9% в сентябре. Полученные данные позволяют утверждать, что с ухудшением пандемической ситуации связанной с COVID-19 растет уровень психической напряженности, что в свою очередь, может негативно сказаться на общем психическом состоянии лиц молодого возраста и увеличивает вероятность развития психосоматических расстройств.

Таким образом, длительное пребывание в условиях пандемической коронавирусной ситуации влечет за собой повышение уровня психологического стресса. Характерным является наличие высокого уровня тревожности, раздражительности с преобладанием обид и вербальных форм агрессии, что соответственно снижает качество и уровень жизни у лиц молодого возраста, препятствуя нормальному функционированию в социальном и бытовом плане. Все вышеописанное свидетельствует о необходимости разработки и внедрения комплекса мер по работе с лицами молодого возраста, направленных на снижение уровня дистресса.

Абрамов В.Ал.

**ОЦЕНКА УРОВНЯ ДИСТРЕССА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОЙ ПАНДЕМИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Беспрецедентно высокий уровень напряжения в мире вызванный коронавирусной пандемией, является достаточным основанием для того, чтобы все переживания, связанные с коронавирусной реальностью, рассматривать как трудную (экстремальную) ситуацию, то есть как широчайший спектр событий и обстоятельств, связанных между собой коронавирусным содержанием, воспринимаемый

людьми как угрозой безопасности реализации жизненных целей. Наиболее характерным психическим состоянием, развивающимся под воздействием трудной жизненной ситуации, является стресс. Стресс - состояние, возникающее при действии чрезвычайных или патологических раздражителей и приводящее к напряжению неспецифических адаптационных механизмов организма. Дистресс — неблагоприятный стресс, в результате которого истощаются защитные силы организма, что приводит к срыву механизмов адаптации и развитию различных заболеваний, вплоть до смертельного исхода. Другими словами, дистресс — это состояние человека, потерявшего способность приспосабливаться к миру, в котором он живет.

Целью настоящего исследования было изучить особенности уровней дистресса у студентов медицинского вуза, пребывающих в условиях коронавирусного стресса.

С целью оценки уровня дистресса вызванного пандемией COVID-19, с сентября по декабрь 2020 года было обследовано 209 студентов медиков: 54 мужчины (25,8%) и 155 женщин (74,2%) в преимущественно молодом возрасте (средний возраст респондентов составил 20 лет).

Анализ результатов исследования позволил установить, что длительное пребывание в условиях пандемического коронавирусного стресса, влечет за собой повышение уровня психологического стресса. На этом фоне возможно развитие психосоматических расстройств, эмоционального выгорания, происходит снижение адаптационных ресурсов, что увеличивает вероятность появления расстройств адаптации. Характерным является наличие высокого уровня тревожности, раздражительности с преобладанием обид и вербальных форм агрессии, что соответственно снижает качество и уровень жизни у лиц молодого возраста, препятствуя нормальному функционированию в социальном и бытовом плане. Все вышеописанное свидетельствует о необходимости разработки и внедрения комплекса мер по работе с лицами молодого возраста, направленных на снижение уровня стрессогенности.

Ключевые слова: стресс, дистресс, пандемия, COVID-19

Abramov V.Al.

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DISTRESS IN MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS IN THE CONDITIONS OF CORONAVIRAL STRESS

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The unprecedented high level of stress in the world caused by the coronavirus pandemic is sufficient reason for all experiences associated with the coronavirus reality to be considered as a difficult (extreme) situation, that is, as the widest range of events and circumstances related to coronavirus content, perceived by people as a threat to the security of the realization of life goals. The most characteristic mental state developing under the influence of a difficult life situation was stress. Stress is a condition that occurs under the action of extreme or pathological stimuli and leads to the tension of non-specific adaptive mechanisms of the body. Distress is an unfavorable stress, as a result of which the body's defenses are depleted, which leads to the disruption of adaptation mechanisms and the development of various diseases, up to and including death. In other words, distress is a condition of a person who has lost the ability to adapt to the world in which he lives.

The aim of this study was to study the characteristics of the levels of distress in medical students undergoing coronavirus stress.

In order to assess the level of distress caused by the COVID-19 pandemic, from September to December 2020, 209 medical students were examined: 54 men (25.8%) and 155 women (74.2%) at a predominantly young age (the average age of respondents was 20 years old).

Analysis of the results of the study made it possible to establish that prolonged exposure to pandemic coronavirus stress inevitably entails an increase in the level of psychological stress. Against this background, the risk of developing psychosomatic disorders, emotional burnout increases, adaptation resources decrease, which increases the likelihood of adaptation disorders. A characteristic feature is the presence of a high level of anxiety, irritability with a predominance of resentment and verbal forms of aggression, which, accordingly, reduces the quality and standard of life in young people, hindering normal functioning in the social and everyday life. All of the above indicates the need to develop and implement a set of measures to work with medical students, aimed at reducing the level of stress.

Keywords: stress, distress, pandemic, COVID-19

Литература

1. Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Голоденко О.Н., и др. Психическое здоровье и личностные ресурсы в экстремальных условиях жизнедеятельности: Монография. Д.; 2017. 352.
2. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия: рекомендации по социальной адаптации и самопомощи. М.: Институт психотерапии; 2000. 128.
3. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс; 1979. 123.
4. Гринберг Д. Управление стрессом. СПб.: Питер; 2002. 494.
5. Лазарус Р.С. Теория стресса и психофизиологические исследования. Под ред. Л. Леви. Л.: Медицина; 1970. 230.
6. Тимошенко Т. В. Проблема стресса (дистресса) и когнитивные теории. Инженерный вестник Дона. 2011; 18(4): 25-28.
7. Lazarus R. S. Stress, Folkman S. Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984. 456.
8. Вальдман А.В., Козловская М.М., Медведев О.С. Фармакологическая регуляция эмоционального стресса. М.: Медицина; 1979. 324.
9. Наенко Н.И. Психическая напряженность. М.: Изд-во МГУ; 1976. 112.
10. Завалова Н.Д., Пономаренко В.В. Психическое состояние человека в особых условиях деятельности. Психологический журнал. 1983; 6: 92 - 105.
11. Занковский А.Н. Психическая напряженность как свойство личности. Психическая напряженность в трудовой деятельности - под ред. Л.Г. Дикой. М.: Изд-во Ин-та психологии АН СССР; 1989: 225–237.
12. Немчин Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. Л.: ЛГУ; 1983. 234.
13. Vitaliano P., Russo J., Carr J., Maiuro R., Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. Multivariate Behavioral Research. 1985; 20: 3-26.
14. Wierwill W.W., Connor S.A. Evolution of 20 workload measures using a psychomotor task in a moving-base aircraft simulator. Human Factors. 1983; 25: 1-16.
15. Williges R.S., Wierwill W.W Behavioral measures of aircrew mental workload. Human Factors. 1979; 21: 49 - 674.
16. Щербатых Ю. В. Психология стресса и его коррекция. СПб.: Питер; 2006. 256.
17. Бодров В. А. Информационный стресс. М.: ПЕР СЭ; 2000. 352.
18. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. Москва: ПЕР СЭ; 2006 528.
19. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб: Речь; 2004. 83.
20. Никифоров Г. С. Психология здоровья. СПб.; 2002. 256.
21. Лазарус Р.С. Индивидуальная чувствительность и устойчивость к психологическому стрессу. Психологические факторы на работе и охрана здоровья. М.- Женева; 1989: 121-126.
22. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход: автореф. дис. ... доктора психол. наук. СПб.; 2008. 35.

References

1. Abramov V.A., Ryapolova T.L., Golodenko O.N., i dr. Psikhicheskoe zdorov'e i lichnostnye resursy v ekstremal'nykh usloviyakh zhiznedeyatel'nosti: Monografiya [Mental health and personal resources in extreme conditions of life: Monograph]. Donetsk; 2017. 352 (in Russian).
2. Pushkarev A.L., Domoratskii V.A., Gordeeva E.G. Posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo: diagnostika, psikhofarmakoterapiya, psikhoterapiya: rekomendatsii po sotsial'noi adaptatsii i samopomoshchi [Post-traumatic stress disorder: diagnosis, psychopharmacotherapy, psychotherapy: recommendations for social adaptation and self-help]. Moscow: Institut psikhoterapii; 2000. 128 (in Russian).
3. Sel'e G. Stress bez distressa [Stress without distress]. Mocsow: Progress; 1979. 123 (in Russian).
4. Grinberg D. Upravlenie stressom [Stress Management]. Saint Petersburg: Piter; 2002. 494 (in Russian).
5. Lazarus R.S. Teoriya stressa i psikhofiziologicheskie issledovaniya [Stress theory and psychophysiological research]. Pod red. L. Levi. Saint Petersburg: Meditsina; 1970. 230 (in Russian).

6. Timoshenko T. V. Problema stressa (distressa) i kognitivnye teorii [The problem of stress (distress) and cognitive theories]. *Inzhenernyi vestnik Dona*. 2011; 18(4): 25-28 (in Russian).
7. Lazarus R. S. Stress, Folkman S. Appraisal and Coping. New York: Springer; 1984. 456.
8. Val'dman A.V., Kozlovskaya M.M., Medvedev O.S. Farmakologicheskaya regulyatsiya emotsional'nogo stressa [Pharmacological regulation of emotional stress]. Moscow.: Meditsina; 1979. 324 (in Russian).
9. Naenko N.I. Psikhicheskaya napryazhennost' [Mental tension]. Moscow: Izd-vo MGU; 1976. 112 (in Russian).
10. Zavalova N.D., Ponomarenko V.V. Psikhicheskoe sostoyanie cheloveka v osobykh usloviyakh deyatelnosti [The mental state of a person in special conditions of activity]. *Psikhologicheskii zhurnal*. 1983; 6: 92 – 105 (in Russian).
11. Zankovskii A.N. Psikhicheskaya napryazhennost' kak svoistvo lichnosti. Psikhicheskaya napryazhennost' v trudovoi deyatelnosti - pod red. L.G. Dikoi [Mental tension as a personality trait. Mental tension in labor activity]. Moscow: Izd-vo In-ta psikhologii AN SSSR; 1989: 225–237 (in Russian).
12. Nemchin T.A. Sostoyanie nervno-psikhicheskogo napryazheniya [The state of neuropsychic stress]. Saint Petersburg: LGU; 1983. 234 (in Russian).
13. Vitaliano P., Russo J., Carr J., Maiuro R., Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*. 1985; 20: 3-26.
14. Wierwill W.W., Connor S.A. Evolution of 20 workload measures using a psychomotor task in a moving-base aircraft simulator. *Human Factors*. 1983; 25: 1-16.
15. Williges R.S., Wierwill W.W Behavioral measures of aircrew mental workload. *Human Factors*. 1979; 21: 49 - 674.
16. Shcherbatykh Yu. V. Psikhologiya stressa i ego korrektsiya [Psychology of stress and its correction]. Saint Petersburg: Piter; 2006. 256 (in Russian).
17. Bodrov V. A. Informatsionnyi stress [Information stress]. Moscow: PER SE; 2000. 352 (in Russian).
18. Bodrov V.A. Psikhologicheskii stress: razvitie i preodolenie [Psychological stress: development and overcoming]. Moscow: PER SE; 2006 528 (in Russian).
19. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress. Foundations of theory, diagnosis, therapy]. Saint Petersburg: Rech'; 2004. 83 (in Russian).
20. Nikiforov G. S. Psikhologiya zdorov'ya [Psychology of health]. Saint Petersburg; 2002. 256 (in Russian).
21. Lazarus R.S. Individual'naya chuvstvitel'nost' i ustoichivost' k psikhologicheskomu stressu. Psikhologicheskie faktory na rabote i okhrana zdorov'ya [Individual sensitivity and resistance to psychological stress. Psychological factors at work and health protection]. Moscow- Zheneva; 1989: 121-126 (in Russian).
22. Tarabrina N.V. Psikhologiya posttravmaticheskogo stressa: integrativnyi podkhod: avtoref. dis. ... doktora psikhol. nauk [Psychology of post-traumatic stress: an integrative approach: Doc.psych. sci.diss.abs.]. Saint Petersburg; 2008. 35 (in Russian).

Поступила в редакцию 25.12.2020

УДК 036.21:616.89-008.441.1-057.875

Соловьева М.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID 19

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Вопрос стремительного нарастания частоты возникновения состояний тревоги и нервно-психического напряжения у различных групп населения является стабильно актуальным на протяжении последних десятилетий и во многом определяется продолжающимся влиянием на психику человека многочисленных факторов современной жизни, их экстремальным характером, значимостью и динамикой. При этом тревожность, как естественная адаптационная реакция, в целом ряде значимых ситуаций уже не обеспечивает формирование нового уровня эмоционально-волевой регуляции и перехода на более высокий уровень функционирования, а, напротив, снижает возможности личностной адаптации и может служить фундаментом для развития целого ряда преневротических и невротических состояний.

Важно также отметить, что на протяжении последнего периода времени, в условиях нашего региона действует ряд факторов, создающих дополнительные источники напряжения, прежде всего обусловленных военным конфликтом, которые в течение последнего года усугублялись за счет развития пандемии COVID 19. В связи с этим можно предполагать дополнительный рост тревожности населения, прежде всего среди лиц, относящихся к наиболее уязвимым категориям.

Ранее рядом авторов были выделены два типа психических стрессоров: «1) ситуации перенапряжения в любых ее формах (усвоение больших объемов материала, соревнования, олимпиады, зачеты, коллоквиумы, опросы, экзамены, защиты дипломов и др.); 2) процесс самого воспитания и обучения с повседневными формами сложного взаимодействия больших и мелких повседневных конфликтов, выступающих в роли стресса». К последним вполне можно отнести указанные рядом

исследователей, изменение уровня социальных требований, необходимость адаптации к новой социальной роли, и в связи с этим - корректировки потребностей и системы ценностей, более гибкого регулирования поведения, формирования новой системы взаимоотношений, преувеличения возможной неудачи в сочетании с личностной неуверенностью и в связи с этим актуализации переживаний по поводу оценки другими людьми и самооценки [1,2,5,6,8].

В условиях пандемии COVID 19 к данным факторам дополнительно можно отнести рост общей неопределённости, опасения по поводу возможности заболеть тяжелым заболеванием, смену динамического стереотипа обучения, большую социальную изоляцию. Кроме этого, согласно данным мировых исследований, человек в условиях пандемии может испытывать следующие чувства: «страх заразиться, вина за заражение, одиночество, беспокойство из-за отсутствия точной информации, страх финансовых потерь, страх потерять работу, усталость от ситуации неопределенности, разочарование в связи новыми правилами и положениями, родительский стресс, отрицание ситуации, самообвинение» [4].

Ситуативная тревожность – это обусловленное реакцией на объективные факторы временное состояние выраженного беспокойства, которое может быть устойчивым для определенных ситуаций.

Личностная тревожность – это черта личности, проявляющаяся в постоянном ощущении напряжения, беспокойства, возможной неудачи, угрозы собственному «я» в широком диапазоне ситуаций, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги: один из основных параметров индивидуальности [3], который может быть на-

прямую связан с условиями и особенностями формирования личности и быть проявлением нарастания внутриличностного конфликта под влиянием неблагоприятной жизненной ситуации. Повышение уровня личностной тревожности часто сопровождается постоянным контролированием ситуации, беспредметным напряжением, беспокойством, трудностями в принятии решения, чувством грядущей опасности или неудачи, что часто приводит к перерасходованною психофизиологических ресурсов и последующему истощению, усталости, сонливости, снижению концентрации внимания и т.д.

Проявления тревожности на физиологическом уровне сердцебиением, учащением дыхания, увеличением минутного объема циркуляции крови, возрастанием общей возбудимости, снижением порога чувствительности. В личностном плане высокотревожные студенты имеют ряд психологических особенностей, описанных в работах российских ученых: более низкий или, напротив, очень высокий, уровень мотивации достижения успеха в обучении, неуверенность в себе, своих знаниях, снижение самооценки, недоверчивость, мнительность, чувство страха перед неизвестным, пассивность, безынициативность, стремление пунктуально следовать правилам [7,8]. Тревожные студенты, как правило, не пользуются всеобщим признанием в группе, но и не оказываются в изоляции. При этом, тревожные студенты могут быть как застенчивыми, так и, напротив, сверхообщительными, назойливыми или озлобленными [7,8].

Важной особенностью тревожных студентов являются специфические изменения когнитивной сферы, снижающие качество усвоения учебной информации и возможности ее применения на практике. В ранее проведенных исследованиях установлено, что при длительно сохраняющемся состоянии тревоги происходит сужение поля внимания и его перераспределение. Оно концентрируется на аспектах ситуации, относящихся к триггерным моментам тревоги, иная информация игнорируется: намного хуже отслеживается и фиксируется. Данное состояние напряжения и контроля может сохраняться длительное время и приводить к истощению психических резервов, что может проявляться в появлении астенического компонента. При этом обращает на себя внимание ухудшение памяти, упрощение процессов мышления, появлении

тенденции к стереотипным мыслям, или ранее найденным решениям, хотя они и не соответствуют актуальной ситуации [8,9,10,13].

В тоже время фиксация на ситуациях возможного неуспеха или неблагополучия может приводить к тому, что обучающийся прикладывает максимум стараний для того, чтобы их избежать и пунктуально, в полном объеме выполняет все задания, фиксирован на получении высоких результатов и оценок со стороны окружающих, как факторах, снижающих тревогу и повышающих самооценку. Это также может приводить к астенизации при чрезмерности нагрузки и недостаточности возможности переключения и отдыха.

Важной особенностью является то, что такие студенты «действуют гораздо успешнее в стабильной, привычной для них обстановке», и могут значительно чаще, чем другие давать нервные срывы в более сложных, нестандартных условиях - учебных, профессиональных и межличностных. «Высокая успешность здесь служит не столько высоким достижениям, сколько приспособлением для того, чтобы не испытывать тревожности, по крайней мере в достаточно знакомых условиях» [12].

Кроме этого может существовать вытесненная тревога, проявляющаяся как чрезмерное спокойствие, отсутствие признаков тревожности. При этой форме тревожности срабатывают механизмы психологической защиты в результате чего тревога не осознается и отрицается. При этом внешние проявления тревожности отсутствуют, а поведение напротив, характеризуется неестественным, чрезмерным спокойствием. Эта форма легко может переходить в открытые формы тревожности.

В свете вышесказанного, является актуальным изучение тревожности студентов, как фактора, непосредственно оказывающего влияние на качество их профессиональной подготовки и уровень их готовности к дальнейшей профессиональной деятельности. Согласно данным различных источников среди студентов медицинских ВУЗов России в период до пандемии число лиц с повышенной тревожностью находилось в диапазоне от 23,7% до 69,3% [2,8,10].

Целью работы являлось изучение тревожности у студентов медицинского ВУЗа в принципиально новых условиях пандемии 2020 года.

Материал и методы исследования

В исследовании приняло участие 209 студентов четвертого курса ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО лечебного и педиатрического факультетов, из них в сентябре – 61 человек (мужчин – 18 ($29,5 \pm 5,8\%$), женщин - 43 ($70,5 \pm 5,8\%$)) в октябре – 61 (мужчин - 10 ($16,4 \pm 4,7\%$), женщин - 51 ($83,6 \pm 4,7\%$)), в ноябре – 39 (мужчин 12 ($30,8 \pm 7,4\%$), женщин 28 ($71,8 \pm 7,2\%$)) и в декабре – 48 (мужчин 9 ($18,8 \pm 5,6\%$), женщин 39 ($81,3 \pm 5,6\%$)).

Для определения уровня реактивной (ситуационной) и личностной тревожности была использована методика самооценки Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина (1978), для исследования уровня нервно-психического напряжения - методика «Оценка нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин, 1981).

Метод математической обработки результатов предполагал использование статистических методов анализа. Расчеты проводились с использованием лицензионных пакетов статистического анализа – «Statistica 5.5» (StatSoft), «MedStat» (Альфа) на IBM PC/AT.

Результаты исследования

При проведении исследований на базе кафедры психиатрии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО в период, предшествующий пандемии (в 2017-2019г.г.), высокие показатели реактивной тревожности были выявлены у $8,4 \pm 1,3\%$ студентов, личностной тревожности – у $40,7 \pm 2,4\%$. На протяжении 2020 года в мире нарастала напряженность, обусловленная быстрым распространением COVID-19. Особенно быстрый рост числа заболевших отмечался на протяжении осени 2020 года, что сопровождалось увеличением объема негативной информации, ростом ограничений, социальной изоляции, повторным введением дистанционной формы обучения. В связи с этим, можно было предположить рост

показателей ситуативной и личностной тревожности у студентов, находящихся на дистанционном обучении.

Согласно полученным данным, среди принявших участие в исследовании, в сентябре – реактивная тревожность была повышена у 8 человек ($13,1 \pm 4,3\%$), личностная у 31 ($50,8 \pm 6,4\%$), в октябре высокая реактивная тревожность отмечалась у 16 ($26,2 \pm 5,6\%$) человек, личностная у 36 ($59,2 \pm 6,3\%$), в ноябре – реактивная у 7 ($17,9 \pm 6,1\%$), личностная у 25 ($64,1 \pm 7,7\%$) человек, в декабре – у 7 ($14,6 \pm 5,1\%$) человек, личностная - у 34 ($70,8 \pm 6,6\%$) (табл. 1).

Из приведенных данных видно, что уровень реактивной (ситуационной) тревожности был максимальным в октябре, на протяжении первого месяца дистанционного обучения, а затем при выработке нового стереотипа жизни и обучения стал постепенно снижаться. При этом значения показателя все же оставались выше, чем аналогичные в период до пандемии, что может отражать более высокий уровень напряжения в текущих ситуациях, более выраженное беспокойство по поводу успешности их завершения, меньшей определенности в перспективе, возможности получения отрицательного результата деятельности.

Отчетливо виден рост от месяца к месяцу показателя личностной тревожности, который достиг максимальных значений в декабре 2020 года, что может свидетельствовать о формировании тревожности, как черты личностного реагирования у все большего числа студентов.

Согласно данным о распределении показателей тревожности по гендерному признаку, уровень реактивной тревожности на протяжении всего периода времени преобладал у женщин, что может быть объяснено их большей эмоциональной включенностью в ситуацию. Показатель высокой личностной

Таблица 1

Показатели высокой реактивной (ситуационной) и личностной тревожности у обследованных за период сентябрь-декабрь 2020г.

Месяц	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
Сентябрь	$13,1 \pm 4,3\%$	$50,8 \pm 6,4\%$
Октябрь	$26,2 \pm 5,6\%$	$59,2 \pm 6,3\%$
Ноябрь	$17,9 \pm 6,1\%$	$64,1 \pm 7,7\%$
Декабрь	$14,6 \pm 5,1\%$	$70,8 \pm 6,6\%$

Распределение высоких показателей реактивной (ситуационной) и личностной тревожности обследованных за период сентябрь-декабрь 2020г. по гендерному признаку

Студенты	Сентябрь		Октябрь		Ноябрь		Декабрь	
	ВРТ (N=8)	ВЛТ (N=31)	ВРТ (N=16)	ВЛТ (N=36)	ВРТ (N=7)	ВЛТ (N=25)	ВРТ (N=7)	ВЛТ (N=34)
Мужчины	1	9	2	1	-	6	1	6
% от числа мужчин, принимавших участие в исследовании в каждом месяце	5,6±5,4%	50±11,8%	20±12,6%	10±9,5%	0%	50%	11,1±10,5%	66,7±15,7%
Женщины	7	22	14	35	7	19	6	28
% от числа женщин, принимавших участие в исследовании в каждом месяце	16,5±5,6%	51,2±7,6%	27,5±6,3%	68,6±6,5%	25±8,2%	67,9±8,8%	15,4±5,8%	71,8±7,2%

Примечание: ВРТ – высокая реактивная (ситуационная) тревожность;

ВЛТ – высокая личностная тревожность.

тревожности в сентябре у женщин и у мужчин существенно не отличался и определялся у половины студентов. В дальнейшем он более представлен у женщин и максимального различия достигает в октябре, в период перехода на дистанционное обучение и нарастания изоляции. Однако этот вопрос нуждается в дополнительном уточнении в связи с малой представленностью мужчин в исследовании.

В свете вышесказанного представляет интерес вопрос определения уровня нервно-психического напряжения (НПН), как показателя влияния тревоги на общее состояние и продуктивность деятельности студентов, а также как критерия успешности их адаптации при нарастании стрессогенности ситуации ее и частых изменений. Актуальность данного вопроса дополняется полученными в ряде исследований данными о том, что высокий уровень НПН, в сочетании с высокой личностной тревожностью, является предиктом развития невротических реакций и состояний [11]. Это клинико-психологический феномен, характеризующийся переживанием человека дискомфорта на

физическом и психическом уровне в случае его чрезмерного негативного выражения. «Выделяются три уровня НПН: слабое – состояние комфорта, постоянная сохранность психического и соматического состояния, среднее – состояние активизации на когнитивном, эмоциональном, соматическом уровнях, готовность к работе и повышение эффективности деятельности, и резко выраженное – состояние дискомфорта, дезорганизация психического и соматического состояний, снижение продуктивности деятельности» [11, 14].

Проведенное исследование и полученные результаты позволили выделить особенности формирования НПН обследованного контингента в период роста психоэмоциональной напряженности в связи с ростом пандемии и связанным с этим дистанционным характером обучения.

Так, в сентябре высокий уровень НПН был выявлен только у одного обследованного из общего числа, принявших участие в исследовании, у 17 (27,9±5,7%) отмечался средний уровень (вторая ступень НПН) у

**Распределение обследованных с умеренным уровнем НПН за период
сентябрь-декабрь 2020г. по гендерному признаку**

Студенты	Сентябрь	Октябрь	Ноябрь	Декабрь
Мужчины	3	6	-	2
% от числа мужчин, принимавших участие в исследовании в каждом месяце	16,7±8,8%	60±15,5%	0	22,2±13,9%
Женщины	16	24	9	19
% от числа женщин, принимавших участие в исследовании в каждом месяце	34,8±7%	47,1±7%	32,1±8,8%	48,7±8%

остальных уровень НПН соответствовал первой ступени, характеризующейся низким уровнем напряжения и состоянием адаптации.

В октябре средний уровень напряжения был выявлен у 30 (49,2±6,4%) обследованных, у остальных сохранялся низкий уровень (первая ступень).

В ноябре средний уровень определялся у 9 (23,1±6,7%) обследованных, низкий – у 30 (76,9±6,7%), в декабре высокий уровень выявлен у 1 (2,1±2,1%), средний - у 21 (43,8±7,2%), у остальных 26 (54,2±7,2%) уровень НПН определялся как низкий и соответствовал 1 ступени.

Таким образом, уровень НПН обследованных, несмотря на рост тревожности не превышал средних показателей, и свидетельствовал о сохранности адаптационных процессов, готовности к действиям по преодолению фрустрирующих ситуаций. У мужчин максимального уровня он достиг в октябре, у женщин – в октябре и декабре.

Ситуация перехода на дистанционное обучение в октябре явилась стрессовой для обоих контингентов, женщины могли более эмоци-

онально воспринимать окончание семестра и приближение сессии. При этом наличие лишь умеренного уровня напряжения позволяет предположить, что ситуации неблагоприятия, вызывая рост личностного напряжения, стимулирует активность по выходу из ситуации, поиску новых личностных решений, активацию личностных качеств, которые могут быть при этом использованы. В то же время, во избежание негативных последствий постоянного переживания чувства тревоги могут быть применены следующие стратегии:

- активное использование только достоверной информации, осознанность в принятии решений;
- принятие своих чувств в ситуации стресса;
- забота о физическом здоровье, следование здоровому образу жизни, соблюдение определенного распорядка дня;
- общение с семьей, друзьями и другими людьми, способными оказать психологическую и социальную поддержку, в том числе с использованием электронных средств связи;
- альтруизм, активная взаимопомощь, сочувствие, психосоциальное поведение [4,14].

Соловьева М.А.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И УРОВНЯ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО
НАПРЯЖЕНИЯ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID 19**

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

На протяжении последнего года в мире отмечается рост тревожности и нервно-психического напряжения, обусловленных распространением пандемии COVID 19, у различных слоев населения.

Студенты в данной ситуации являются одним из наиболее уязвимых контингентов, т.к. к ряду стрессогенных факторов, возникающих при учебе в высших учебных заведениях, присоединяется следующие: рост общей неопределённости, опасения по поводу возможности заболеть тяжелым заболеванием, смена динамического стереотипа жизни и обучения, большая социальная изоляция. В связи с этим представляется актуальным исследование уровня реактивной и личностной тревожности и уровня нервно-психического напряжения у студентов медицинского ВУЗа.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 209 студентов четвертого курса ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО лечебного и педиатрического факультетов, из них в сентябре – 61 человек, в октябре – 61, в ноябре – 39 и в декабре – 48. Для определения уровня реактивной (ситуационной) и личностной тревожности была использована методика самооценки Ч.Д.Спилбергера - Ю.Л.Ханина (1978), для исследования уровня нервно-психического напряжения - методика «Оценка нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин, 1981).

Результаты и обсуждение. Согласно полученным данным среди принявших участие в исследовании, в сентябре – реактивная тревожность была повышена у 8 человек ($13,1 \pm 4,3\%$), личностная у 31 ($50,8 \pm 6,4\%$), в октябре высокая реактивная тревожность отмечалась у 16 ($26,2 \pm 5,6\%$) человек, личностная у 36 ($59,2 \pm 6,3\%$), в ноябре – реактивная у 7 ($17,9 \pm 6,1\%$), личностная у 25 ($64,1 \pm 7,7\%$) человек, в декабре – у 7 ($14,6 \pm 5,1\%$) человек, личностная - у 34 ($70,8 \pm 6,6\%$). Согласно данным о распределении показателей тревожности по гендерному признаку, уровень реактивной тревожности на протяжении всего периода времени преобладал у женщин, что может быть объяснено их большей эмоциональной включенностью в ситуацию. Показатель высокой личностной тревожности в сентябре у женщин и у мужчин существенно не отличаются и определяются у половины студентов.

Высокий уровень НПН в сентябре был выявлен только у одного студента из общего числа, принявших участие в исследовании, у 17 ($27,9 \pm 5,7\%$) отмечался средний уровень (вторая ступень НПН) у остальных уровень НПН соответствовал первой ступени, характеризующейся низким уровнем напряжения и состоянием адаптации. В октябре средний уровень напряжения был выявлен у 30 ($49,2 \pm 6,4\%$) студентов, у остальных сохранялся низкий уровень НПН (первая ступень). В ноябре средний уровень определялся у 9 ($23,1 \pm 6,7\%$) респондентов, низкий – у 30 ($76,9 \pm 6,7\%$), в декабре высокий уровень выявлен у 1 студента ($2,1 \pm 2,1\%$), средний - у 21 ($43,8 \pm 7,2\%$), у остальных 26 ($54,2 \pm 7,2\%$) уровень НПН определялся как низкий и соответствовал 1 ступени. Таким образом, уровень НПН у студентов, несмотря на рост тревожности не превышал средних показателей, и свидетельствовал о сохранности адаптационных процессов, готовности к действиям по преодолению фрустрирующих ситуаций.

Выводы. Наличие лишь умеренного уровня напряжения позволяет предположить, что ситуации неблагополучия, вызывая рост личностного напряжения, стимулируют активность по выходу из ситуации, поиску новых личностных решений, активацию личностных качеств, которые могут быть при этом использованы. В то же время, во избежание негативных последствий постоянного переживания чувства тревоги могут быть предложены ряд стратегий по ее минимизации, улучшению психологического состояния и продуктивности деятельности студентов.

Ключевые слова: пандемия COVID 19, тревожность, уровень нервно-психического напряжения, студенты

Solovyova M.A.

RESEARCH ON ANXIETY AND LEVEL OF NERVOUS-MENTAL VOLTAGE IN YOUNG PEOPLE DURING COVID 19 PANDEMIC

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Over the past year, the world has seen an increase in anxiety and mental stress caused by the spread of the COVID 19 pandemic in various segments of the population. Students in this situation are one of the most vulnerable contingents, because A number of stress factors that arise during studies in higher educational institutions are joined by the following: an increase in general uncertainty, fears about the possibility of contracting a serious illness, a change in the dynamic stereotype of life and education, and greater social isolation. In this regard, it seems relevant to study the level of reactive and personal anxiety and the level of neuropsychic stress in medical students.

Materials and methods. 209 fourth-year students of DONNMU IM took part in the research. M.M. GORKOGO medical and pediatric faculties, of which in September - 61 people, in October - 61, in November - 39, and in December - 48. To determine the level of reactive (situational) and personal anxiety, the self-assessment technique of Ch.D. Spielberger was used - Yu.L. Khanina (1978), for the study of the level of neuropsychic stress - the technique "Assessment of neuropsychic stress" (T.A. Nemchin, 1981).

Results and discussion. According to the data obtained among those who took part in the study, in September, reactive anxiety was increased in 8 people ($13.1 \pm 4.3\%$), personal anxiety in 31 ($50.8 \pm 6.4\%$), in October high reactive anxiety was noted in 16 ($26.2 \pm 5.6\%$) people, personality in 36 ($59.2 \pm 6.3\%$), in November - reactive in 7 ($17.9 \pm 6.1\%$), personality in 25 ($64.1 \pm 7.7\%$) people, in December - in 7 ($14.6 \pm 5.1\%$) people, personal - in 34 ($70.8 \pm 6.6\%$). According to the data on the distribution of anxiety indicators by gender, the level of reactive anxiety prevailed in women throughout the entire period of time, which can be explained by their greater emotional involvement in the situation. The indicator of high personal anxiety in September in women and men does not differ significantly and is determined in half of the students.

A high level of SNP in September was revealed in only one student out of the total number who took part in the study, 17 ($27.9 \pm 5.7\%$) had an average level (second level of SNP), the rest of the level of SNP corresponded to the first stage, characterized by low the level of stress and the state of adaptation. In October, the average level of stress was detected in 30 ($49.2 \pm 6.4\%$) students, the rest remained at a low level (first stage). In November, the average level was determined in 9 ($23.1 \pm 6.7\%$) respondents, a low level - in 30 ($76.9 \pm 6.7\%$), in December, a high level was found in 1 student ($2.1 \pm 2.1\%$), average - in 21 ($43.8 \pm 7.2\%$), in the remaining 26 ($54.2 \pm 7.2\%$), the level of SNP was defined as low and corresponded to stage 1. Thus, the level of SNP among students, despite the increase in anxiety, did not exceed the average indicators, and testified to the safety of adaptation processes, readiness to take actions to overcome frustrating situations.

Conclusions. The presence of only a moderate level of stress suggests that situations of trouble, causing an increase in personal tension, stimulate activity to get out of the situation, search for new personal solutions, and activate personal qualities that can be used in this case. At the same time, in order to avoid the negative consequences of the constant experience of anxiety, a number of strategies can be proposed to minimize it, improve the psychological state and productivity of students' activity.

Keywords: COVID 19 pandemic, anxiety, level of neuropsychic stress, students

Литература

1. Александров А.Г., Лукьяненок П.И. Изменение уровней тревожности студентов в условиях учебной деятельности. Научное обозрение. Медицинские науки. 2016; 6: 5-14. URL: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=938> (дата обращения: 14.12.2020).
2. Абасова Г.Б., Диханбаева Г.А., Абдихадирова А. Проблема тревожно-депрессивных расстройств у студентов высшего учебного медицинского заведения. Вестник КазНМУ, специализированный выпуск. 2012; 4: 1-3.
3. Бреслав Г.М. Психология эмоций: учебное пособие для вузов. Москва: Смысл; 2007. 544.
4. Быховец Ю.В., Дан М.В., Никитина Д.А. Международный опыт исследований и практических рекомендаций населению в период пандемии коронавируса. Институт психологии РАН. URL: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/bih.html (дата обращения: 14.12.2020).
5. Гаврилова Е.С., Яшин Д.А., Ванин Е.Ю., Яшина Л.М. Сравнительная оценка факторов риска хронических неинфекционных заболеваний и тревожно-депрессивной симптоматики среди студентов разных вузов мегаполиса. Современные проблемы науки и образования. 2016; 2. URL: <https://science-education.m/ru/article/view?id=24166>(дата обращения: 14.12.2020).
6. Гаврилова Е.С., Яшин Д.А., Яшина Л.М. Распространенность тревоги и депрессии среди студенческой молодежи и ее ассоциации с основными факторами риска хронических неинфекционных заболеваний. Современные проблемы науки и образования. 2015; 5. URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22163> (дата обращения: 14.12.2020).

7. Гримак Л.П. Резервы человеческой психики. Введение в психологию активности. Москва: URSS; 2015. 238.
8. Маслова Н.Н. и соавт., Исследование показателей выраженности тревожности и депрессии у студентов-медиков. Смоленский медицинский альманах. 2015; 2: 92-95
9. Корсакова Н.К. Связь тревожности и продуктивности познавательной деятельности. Психология в вузе. 2010: 84–94.
10. Кочергина К.Н., Яскевич Р.А. Анализ уровня личностной и ситуативной тревожности у студентов медицинского университета. Международный студенческий научный вестник. 2017; 6. URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=17877> (дата обращения: 14.12.2020).
11. Немчин Т.А. Состояния нервно-психического напряжения. Л.: Изд-во ЛГУ; 1983. 166.
12. Прихожан А.М. Психология тревожности: дошкольный и школьный возраст. СПб.: Питер, 2007. 192.
13. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. М.: Прогресс, 1979. 392.
14. Русякова Е.Е., Голубь А.А., Киселева Ю.П. Особенности нервно-психического напряжения у современных студентов в условиях вынужденной самоизоляции. Мир науки. Педагогика и психология. 2020; 8. (3). URL: <https://mir-nauki.com/PDF/31PSMN320.pdf> (дата обращения: 14.12.2020).

References

1. Aleksandrov A.G., Luk`yanyonok P.I. Izmenenie urovnej trevozhnosti studentov v usloviyakh uchebnoj deyatel`nosti [Changes in students' anxiety levels in the context of educational activities]. Nauchnoe obozrenie. Mediczinskie nauki. 2016; 6: 5-14. Available at: <https://science-medicine.ru/ru/article/view?id=938> (accessed: 14.12.2020) (in Russian).
2. Abasova G.B., Dikhanbaeva G.A., Abdikhadirova A. Problema trevozhno-depressivny`kh rasstrojstv u studentov vy`sshego uchebnogo mediczinskogo zavedeniya [The problem of anxiety-depressive disorders among students of a higher educational institution]. Vestnik KazNMU, speczializirovanny`j vy`pusk. 2012; 4: 1-3 (in Russian).
3. Breslav G.M. Psikhologiya e`moczij: uchebnoe posobie dlya vuzov [Psychology of emotions: textbook for universities]. Moscow: Smy`sl; 2007. 544 (in Russian).
4. Byhovec YU.V., Dan M.V., Nikitina D.A. Mezhdunarodnyj opyt issledovanij i prakticheskikh rekomendacij naseleniyu v period pandemii koronavirusa [International experience of research and practical recommendations to the population during the coronavirus pandemic]. Institut psihologii RAN. Available at: http://www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/bih.html (accessed: 14.12.2020) (in Russian).
5. Gavrilova E.S., Yashin D.A., Vanin E.YU., Yashina L.M. Sravnitel`naya ocenka faktorov riska hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij i trevozhno-depressivnoj simptomatiki sredi studentov raznyh vuzov megapolisa [Comparative assessment of risk factors for chronic non-communicable diseases and anxiety-depressive symptoms among students of different universities in the metropolis]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2016; 2. Available at: <https://science-education.m/ru/article/view?id=24166> (accessed: 14.12.2020) (in Russian).
6. Gavrilova E.S., Yashin D.A., Yashina L.M. Rasprostranennost` trevogi i depressii sredi studencheskoj molodezhi i ee associacii s osnovnymi faktorami riska hronicheskikh neinfekcionnyh zabolevanij [Prevalence of anxiety and depression among college students and its association with major risk factors for chronic noncommunicable diseases]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2015; 5. Available at: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22163> (accessed: 14.12.2020) (in Russian).
7. Grimak L.P. Rezervy chelovecheskoj psihiki. Vvedenie v psihologiyu aktivnosti [Reserves of the human psyche. An introduction to the psychology of activity]. Moscow: URSS; 2015. 238 (in Russian).
8. Maslova N.N. i soavt., Issledovanie pokazatelej vyrazhennosti trevozhnosti i depressii u studentov-medikov [Study of indicators of the severity of anxiety and depression in medical students]. Smolenskij mediczinskij al`manah. 2015; 2: 92-95 (in Russian).

9. Korsakova N.K. Svyaz' trevozhnosti i produktivnosti poznavatel'noj deyatel'nosti [The relationship between anxiety and the productivity of cognitive activity]. *Psihologiya v vuze*. 2010: 84–94 (in Russian).
10. Kochergina K.N., Yaskevich R.A. Analiz urovnya lichnostnoj i situativnoj trevozhnosti u studentov medicinskogo universiteta [Analysis of the level of personal and situational anxiety among medical students]. *Mezhdunarodnyj studencheskij nauchnyj vestnik*. 2017; 6. Available at: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=17877> (accessed: 14.12.2020) (in Russian).
11. Nemchin T.A. Sostoyaniya nervno-psihicheskogo napryazheniya [States of neuropsychic stress]. L.: Izd-vo LGU; 1983. 166 (in Russian).
12. Prihozhan A.M. Psihologiya trevozhnosti: doshkol'nyj i shkol'nyj vozrast [Psychology of anxiety: preschool and school age]. Saint Petersburg.: Piter, 2007. 192 (in Russian).
13. Rejkovskij YA. Eksperimental'naya psihologiya emocij [Experimental psychology of emotions]. Moscow: Progress, 1979. 392 (in Russian).
14. Ruslyakova E.E., Golub' A.A., Kiseleva Y.P. Osobennosti nervno-psihicheskogo napryazheniya u sovremennyh studentov v usloviyah vyzhdennoj samoizolyacii [Peculiarities of neuropsychic stress in modern students in conditions of forced self-isolation]. *Mir nauki. Pedagogika i psihologiya*. 2020; 8. (3). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/31PSMN320.pdf> (accessed: 14.12.2020) (in Russian).

Поступила в редакцию 29.12.2020

УДК 616.89-008.454:616.9:578.826.1+159.96

Коваленко С.Р.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В последнее время мы все чаще сталкиваемся с инфекционными заболеваниями, о которых ранее никто не знал. Этому способствуют различные изменения окружающей среды, увеличение плотности населения, повышение миграционной активности и т.д. Одной из самых опасных на данный момент является новая коронавирусная инфекция (COVID-19). Впервые проявившаяся в конце 2019 года, она уже успела войти в историю как чрезвычайная ситуация международного масштаба, быстро превратившаяся в глобальную пандемию. Всего за два года количество зараженных в мире превысило шестьдесят миллионов человек, из них более миллиона случаев закончились летальным исходом.

Как и любая эпидемическая вспышка, пандемия COVID-19 имеет множество негативных воздействий как для общества в целом, так и для отдельно взятых людей. Психика человека во время пандемии также является постоянной мишенью для различных стрессовых факторов. Стрессоры, характерные для COVID-19, включают: страх заболеть и умереть, страх социальной изоляции, помещения в карантин, потери средств к существованию, потери близких, а также переживание беспомощности, скуки и одиночества в условиях изоляции. Эти стрессоры могут провоцировать возникновение новых симптомов или привести к обострению уже существующих нарушений психического здоровья. У людей, которые проходят обследования в связи с COVID-19, особенно в условиях стационара могут возникать тревожные и депрессивные проявления в результате потенциального риска смерти, боязни заразить окружающих и беспокойства за оставленных членов семьи, которые могут нуждаться в помощи. Соблюдение самоизоляции, использование социального дистанцирования, насыщен-

ность информационного поля новостями о последствиях коронавирусной инфекции повышают уровень негативных психологических воздействий, из-за чего большинство людей находится в состоянии хронического стресса.

Но не у всех людей стрессовые факторы, связанные с пандемией COVID-19 инфекцией, способны вызвать стресс, все зависит от личностных ресурсов и адаптационных способностей человека.

Г. Селье определял стресс как «неспецифическую нейрогормональную реакцию организма на любое предъявляемое ему требование» [6]. Термин «стресс» в современной литературе используется для обозначения состояния человека в экстремальных условиях на биохимическом, физиологическом и психологическом уровнях. На бытовом уровне стрессом называют любое психологическое напряжение. Понятие об эмоциональном стрессе вводит Р. Лазарус [2]. По его мнению, эмоциональный стресс связан с активизацией познавательной деятельности, посредством которой человек определяет для себя степень угрозы и сопоставляет возникающие трудности с собственными возможностями их преодоления. В содержание термина эмоциональный стресс включают и первичные эмоциональные психические реакции, возникающие при критических психологических воздействиях, и эмоционально-психические симптомы, порожденные телесными повреждениями, аффективные реакции при стрессе и физиологические механизмы, лежащие в их основе [3].

Развитие стресса и приспособление к нему проходит несколько стадий. Первая стадия проявляется при первом появлении стрессора и носит название стадии тревоги. Для этой стадии характерны снижение уровня рези-

стентности организма, нарушение некоторых соматических и вегетативных функций. Затем организм мобилизует резервы и включает механизмы саморегуляции защитных процессов. Если защитные реакции эффективны, тревога утихает и организм возвращается к нормальной активности. Большинство стрессов разрешается на этой стадии. Такие краткосрочные стрессы могут быть названы острыми реакциями стресса.

Вторая стадия, стадия резистентности, наступает при продолжительном воздействии стрессора, когда возникает необходимость поддержания защитных реакций организма. Происходит сбалансированное расходование адаптационных резервов на фоне адекватного внешним условиям напряжения функциональных систем.

И последняя стадия – это стадия истощения. Наступает при нарушении механизмов регуляции защитно-приспособительных механизмов в период борьбы организма с чрезмерно интенсивным и длительным воздействием стрессоров. Адаптационные резервы существенно уменьшаются. Сопrotивляемость организма снижается, следствием чего могут стать не только функциональные нарушения, но и морфологические изменения в организме. Данная стадия характерна для хронического стресса и может привести к различным психическим нарушениям.

По мере увеличения распространенности заболевания увеличивается количество данных о возникающих психоневрологических проявлениях. В мире у пациентов с COVID-19 депрессия наблюдается в 49,06% случаев, тревога – в 56,60%, расстройства сна – в 67,92%, а в 24,53% случаев были зарегистрированы факты самоповреждений и самоубийств [1]. В связи с эпидемией COVID-19 в США было установлено, что около 50% населения испытали повышенный уровень тревоги, 40% опасались заболевания в тяжелой форме и смертельного исхода. Симптомы чаще встречались у женщин и коррелировали с возрастом [4]. Скрининговое исследование, проведенное среди более чем 18 000 человек в Италии в марте–апреле 2020 года после 3–4 недель карантина показало наличие симптомов ПТСР у 37%, выраженного стресса — у 22,8% больных, расстройства адаптации — у 21,8%, клинически значимой тревоги — у 20,8%, депрессии — у 17,3%, бессонницы — у 7,3% обследуемых [5].

Цель данного исследования оценить уровень развития депрессии у лиц молодого возраста, находящихся в состоянии хронического стресса в связи с пандемией коронавирусной инфекции.

Материалы и методы исследования

Для оценки уровня депрессии в период с сентября по декабрь 2020 года было проведено обследование 209 студентов медицинского университета (средний возраст – 20 лет). Распределение по гендерной принадлежности: 155 женщин (74,2%) и 54 (25,8%) мужчин. Все обследуемые были разделены на группы исходя из гендерной принадлежности, а также по уровню стрессогенности ситуации, связанной с пандемией COVID-19 инфекции. Уровень стрессогенности определялся исходя из мировых данных заболеваемости/смертности с сентября по декабрь 2020 года. В течение всего периода обследования отмечался рост показателя заболеваемости/смертности в среднем на 37% ежемесячно. Все обследуемые были разделены на 4 группы: первая группа (81 человек) – обследовались в сентябре, вторая группа (52 человека) – в октябре, третьей группа (36 человек) – в ноябре и четвертая группа (40 человек) – в декабре. За период проведения исследования каждый месяц в мире отмечался прирост заболеваемости-смертности в связи с COVID-19, в среднем, на треть.

Исследование проводилось с помощью шкалы (тест-опросник) депрессии Бека. Данная методика включает в себя 21 утверждение, каждый пункт оценивается от 0 до 3 баллов в соответствии с нарастанием тяжести симптома. Интерпретация результатов: от 0 до 13 баллов – состояние без депрессии; 14-19 баллов – легкая депрессия; 20-28 баллов – умеренная депрессия; 29-63 – тяжелая депрессия соответственно. В методике также выделяются две субшкалы: когнитивно-аффективная субшкала и субшкала соматических проявлений депрессии.

Для расчетов использовались программы «Microsoft Excel», «Statistica 5.5», сравнительный анализ проводился с помощью t-критерий Стьюдента.

Результаты и их обсуждение

Анализируя общие данные, полученные при обследовании с помощью шкалы депрессии Бека, можно отметить следующее. Среднестатистические данные по всей выборке соответ-

Распределение обследуемых в зависимости от гендерной принадлежности

Уровень депрессии	Мужчины (n = 54)	Женщины (n = 155)
		% (абс.)
Состояние без депрессии	92,6% (50)	80% (126)
Легкая	3,7% (2)	10,3% (16)
Умеренная	3,7% (2)	7,1% (11)
Тяжелая	0% (0)	2,6% (4)
		Ср. значения (баллы)
Сред. Значение (С-А)	3,33±2,59	4,76±3,88
Сред. Значение (S-P)	1,98±1,98	2,87±2,62
Сред. Значение (Общее)	5,29±4,26	7,63±6,28 *

Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,05$

С-А – когнитивно-аффективная субшкала

S-P – субшкала соматических проявлений депрессии

ствуют «состоянию без депрессии» ($7,05 \pm 5,8$ балла), при этом показатели «когнитивно-аффективной» субшкалы ($4,41 \pm 3,58$ балла) более выражены (на уровне статистической значимости при $p \leq 0,01$) нежели показатели субшкалы «соматических проявлений» ($2,65 \pm 2,49$). Количественный анализ показал, что у 84,2% (176 человек) обследуемых наблюдалось состояние без депрессии, у 8,7% (18 человек) обследуемых была выявлена легкая депрессия, у 6,2% (13 человек) – умеренная, и лишь 1,9% (4) человек тяжелая степень депрессии.

В таблице 1 представлены результаты групп сравнения исходя из гендерной принадлежности.

Средние значения находились в пределах нормы (состояние без депрессии), однако у женщин показатели ($7,63 \pm 6,28$) выше, чем у мужчин ($5,29 \pm 4,26$). Такая же тенденция отмечалась в абсолютных величинах. У мужчин состояние без депрессии наблюдалось у 92,6% (50 человек) обследуемых. У мужчин легкую и умеренную степень депрессии демонстрировали только 3,7% (по 2 человека), а тяжелая степень отсутствовала. У женщин 10,3% (16 человек) обследуемых показатели соответствовали легкой депрессии, 7,1% (11 человек) – умеренной и 2,6% (4 человека) – тяжелой степени депрессии. Данные результаты свидетельствуют о том, что женщины более склонны к депрессивным реакциям в ответ

на стрессовую ситуацию, вызванную пандемией коронавирусной инфекции. Мужчины в свою очередь эмоционально стабильны и в ситуации хронического стресса способны в большей мере к адаптивному поведению.

В таблице 2 отображены результаты распределения обследуемых согласно стрессогенности ситуации, связанной с пандемией COVID-19 инфекции.

Анализируя полученные данные, следует отметить, что наибольшую степень выраженности депрессии демонстрировали обследуемые второй группы (месяц обследования – октябрь). Это отражалось как в средних показателях ($9,16 \pm 7,38$), так и в абсолютных величинах. Полученные данные свидетельствуют о том, что проявления депрессии у лиц молодого возраста увеличивают свою интенсивность, пропорционально ухудшению эпидемической ситуации в мире.

Выводы:

1. Несмотря на то, что в среднем полученные данные соответствовали норме, а обследуемые были молодого возраста и вели социально активный образ жизни, тем не менее у 16% обследуемых наблюдалась депрессивная симптоматика. У 4 человек наблюдался тяжелый уровень депрессии. Также у всех обследуемых когнитивно-аффективная симптоматика превалировала над соматическими проявлениями депрессии.

**Распределение обследуемых в зависимости от уровня стрессогенности ситуации в мире
(заболеваемость-смертность)**

Уровень депрессии	Сентябрь (n = 81)	Октябрь (n = 52)	Ноябрь (n = 36)	Декабрь (n = 40)
	% (абс.)			
Состояние без депрессии	85,2% (69)	69,2% (36)	91,7% (33)	90% (36)
Легкая	11,1% (9)	13,5% (7)	2,8% (1)	2,5% (1)
Умеренная	3,7% (6)	11,5% (6)	5,5% (2)	5% (2)
Тяжелая	0% (0)	5,8% (3)	0% (0)	2,5% (1)
	Ср. значения (баллы)			
Сред. Значение (С-А)	3,98±3,06	5,63±4,56	3,67±3,17	4,17±3,26
Сред. Значение (S-P)	2,33±2,34	3,57±3,04 *	1,92±1,85	2,63±2,4
Сред. Значение (Общее)	6,32±4,11	9,16±7,38 *	5,58±5,01	6,8±5,35

Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,05$

С-А – когнитивно-аффективная субшкала

S-P – субшкала соматических проявлений депрессии

2. Женщины в большей степени склонны к проявлениям депрессии под воздействием хронического стресса. Им в большей степени свойственна тревожность, повышенная утомляемость, подавленность и сдержанная речь. Возможны нарушения режима питания. Также в числе характерных симптомов: снижение интереса к любимым занятиям, бессонница,

потеря или резкий набор веса, нерешительность, неспособность сконцентрироваться на чем либо, заторможенность.

3. Существует пропорциональная связь между увеличением случаев депрессии у лиц молодого возраста и ухудшением эпидемической ситуации в мире, связанной с COVID-19 инфекцией.

Коваленко С.Р.

**ОЦЕНКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ У ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ
ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА ВО ВРЕМЯ ПАНДЕМИИ
КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

В статье описаны проблемы, связанные с новой коронавирусной инфекцией и обусловленным ею хроническим стрессом. Влияние пандемической ситуации в мире на возникновение депрессивных нарушений у лиц молодого возраста. Непосредственно цель данного исследования оценить уровень развития депрессии у лиц молодого возраста находящихся в состоянии хронического стресса в связи с пандемией коронавирусной инфекции.

В результате проведенного исследования было отмечено, что в среднем полученные данные соответствовали норме, тем не менее у 16% обследуемых наблюдалась депрессивная симптоматика. У 4 человек наблюдался тяжелый уровень депрессии. Также у всех обследуемых когнитивно-аффективная симптоматика превалировала над соматическими проявлениями депрессии. Женщины в большей степени склонны к проявлениям депрессии под воздействием хронического стресса. А также отмечалась взаимосвязь между увеличением случаев депрессии у лиц молодого возраста и ухудшением эпидемической ситуации в мире связанной COVID-19 инфекцией.

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, COVID-19, стресс, депрессия

ASSESSMENT OF THE LEVEL OF DEPRESSION IN PERSONS UNDER THE EXPOSURE OF CHRONIC STRESS DURING THE PANDEMIC OF CORONAVIRUS INFECTION

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article describes the problems associated with the new coronavirus infection and the chronic stress associated with it. Influence of the global pandemic situation on the occurrence of depressive disorders in young people. The immediate goal of this study is to assess the level of development of depression in young people who are in a state of chronic stress in connection with the coronavirus pandemic.

As a result of the study, it was noted that, on average, the data obtained corresponded to the norm; nevertheless, depressive symptoms were observed in 16% of the interviewees. 4 people had a severe level of depression. Also, in all respondents, cognitive-affective symptoms prevailed over somatic manifestations of depression. Women are more prone to manifestations of depression under the influence of chronic stress. And also there was a relationship between an increase in cases of depression in young people and a worsening of the epidemic situation in the world associated with COVID-19 infection.

Keywords: coronavirus infection, COVID-19, stress, depression

Литература

1. Пизова Н.В., Пизов А.В. Депрессия и посттравматическое стрессовое расстройство при новой коронавирусной инфекции. *Лечебное дело*. 2020; 82-88.
2. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования. Эмоциональный стресс. Под ред. Л. Леви. Л.: Медицина, 1970; 178–208.
3. Юнусова С.Г., Розенталь А.Н., Балтина Т.В. Стресс. Биологический и психологический аспекты. Ученые записки Казанского университета. Серия Гуманитарные науки. 2008; 140-150.
4. Schwati BJ. New Poll: COVID-19 Impacting mental well-being: American feeling anxious, especially for loved ones. APA News releases. [Published online 25 March 2020]. URL: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-beingamericans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adultsare-less-anxious>
5. Rossi R, Succi V, Talevvi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F et al. COVID-19 pandemic and lockdown measure impact on mental health among the general population in Italy. MedRxiv preprint. [Ahead of print, published online 14 April 2020]. doi:10.1101/2020.04.09.20057802
6. Selye H. Stress and myocardial necroses. *The New Physician*. 1959; 8: 11–23.

References

1. Pizova N.V., Pizov A.V. Depressiya i posttravmaticheskoe stressovoe rasstroistvo pri novoi koronavirusnoi infektsii [Depression and PTSD in Novel Coronavirus Infection]. *Lechebnoe delo*. 2020; 82-88 (in Russian).
2. Lazarus R. Teoriya stressa i psikhofiziologicheskie issledovaniya [Stress theory and psychophysiological research]. *Emotsional'nyi stress*. Pod red. L. Levi. L.: Meditsina, 1970; 178–208 (in Russian).
3. Yunusova S.G., Rozental' A.N., Baltina T.V. Stress. Biologicheskii i psikhologicheskii aspekty [Stress. Biological and psychological aspects]. *Uchenye zapiski Kazanskogo universiteta. Seriya Gumanitarnye nauki*. 2008; 140-150 (in Russian).
4. Schwati BJ. New Poll: COVID-19 Impacting mental well-being: American feeling anxious, especially for loved ones. APA News releases. [Published online 25 March 2020]. URL: <https://www.psychiatry.org/newsroom/news-releases/new-poll-covid-19-impacting-mental-well-beingamericans-feeling-anxious-especially-for-loved-ones-older-adultsare-less-anxious>
5. Rossi R, Succi V, Talevvi D, Mensi S, Niolu C, Pacitti F et al. COVID-19 pandemic and lockdown measure impact on mental health among the general population in Italy. MedRxiv preprint. [Ahead of print, published online 14 April 2020]. doi:10.1101/2020.04.09.20057802
6. Selye H. Stress and myocardial necroses. *The New Physician*. 1959; 8: 11–23.

Поступила в редакцию 20.12.2020

УДК 616.9:578.826.1-036.21]-053.7+159.9

Альмешкина А.А.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В нынешней реальности, в которой протекает жизнедеятельность человека, очень много условий, которые стимулируют развитие стресса, в том числе появление коронавирусной инфекции и ее последствия. В связи с этим у многих здоровых психически людей снижается ощущение защищенности и безопасности. Психотравмирующая ситуация в виде угрозы жизни в наше время становится привычным атрибутом мирного существования [1]. Так как помимо проживания с 2014 года в военной обстановке на Донбассе добавилась такая проблема как COVID-19. В экстремальной ситуации, которая связана с постоянной неопределенностью и изменчивостью, невозможностью дать точный прогноз, противоречивостью требований и оценок происходящего, существование человека видоизменяет повседневный уклад жизни, выходит за пределы обычной реальности в новую – с высокой угрозой здоровью и жизни человека, его близких. Происходит расхождение требований наличной реальности и нависшей угрозы, реальность которой порой отклоняется. Устойчивая вера в постоянство мира, собственную неуязвимость и символическое переживание бессмертия оказываются под психологическим ударом, что способствует осознанию конечности человеческих возможностей. В связи с чем каждому из нас требуется пересмотр ценностно-смысловых отношений к миру и трансформация образа жизни, так как перед нами встает фундаментальная экзистенциальная задача на жизнь, на бытие. Угроза небытия определяет существование человека, становится неспецифической характеристикой даже обыденной жизненной ситуации, а не только экзистенциальной [2, 1].

Коронавирусная инфекция может оказывать влияние не только на соматическое здоровье, но и вызывать нарушения психического и психологического здоровья. С каждым

месяцем нарастал уровень стрессогенности коронавирусной ситуации, в связи с тем, что ежемесячно увеличивались показатели заболеваемости и смертности, вводились карантинные мероприятия, осуществлялся переход на удаленную работу/дистанционное обучение, оказывалось влияние средств массовой информации на психику человека. У психически здоровой личности наблюдается высокий уровень личностного потенциала, а личность с низким уровнем функциональности является психически незащищенной в отношении внешних стимулов (например, пандемии COVID-19). Уровень включенности личностных ресурсов (личностного потенциала) является одним из факторов, который определяет личностную целостность (функциональность) и устойчивость в различных ситуациях жизнедеятельности. Следовательно, индикатором качества психического здоровья человека является личностная функциональность, которую можно измерить с помощью личностного потенциала [3].

Согласно Д. А. Леонтьеву, личностный потенциал является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а ведущим феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала предстает самодетерминация личности, то есть реализация деятельности в относительной свободе от заданных условий этой деятельности. По определению Д.А. Леонтьева личностный потенциал – это «интегральная системная характеристика индивидуально-психологических особенностей личности, лежащая в основе способности личности исходить из устойчивых внутренних критериев и ориентиров в своей жизнедеятельности и сохранять стабильность смысловых ориентаций и эффективность деятельности на фоне давлений и изменяющихся внешних условий» [4, с. 4-5]. Занимаясь вопросами личностного

потенциала он отметил, что в первую очередь нужно обратить внимание на позитивные черты личности (ресурсы личности). Термин «позитивный личностный ресурс» обозначает личностные черты, способствующие благополучной адаптации личности к окружающему миру и практическому овладению им, а также предотвращают развитие психической патологии, отклоняющегося поведения, личностных нарушений. Именно позитивные, сильные стороны личности играют роль «буфера», снижая риск возникновения расстройств и других нарушений адаптации [5, с. 58].

Личностный потенциал лежит в основе личностной автономии, самодетерминации и саморегуляции личности. Он состоит из трех компонентов, которые соответствуют трем функциям саморегуляции. Первая функция – ориентации (самоопределения), основной задачей которой является расширение диапазона возможностей действий, которые может для себя выявить субъект, увеличение возможных смыслов, которые может нести в себе ситуация, и самоопределение по отношению к ним. Данная функция организует выбор целей, имея большой спектр возможных вариантов, уместный отказ от исчерпавших или дискредитировавших себя целей, пластичное переключение с одних на другие, то есть саморазвитие, самосовершенствование. Вторая функция – реализации, которая обеспечивает подавление неопределенности, сужение диапазона возможностей, преодоление их излишка с помощью выполнения выбора и перехода к реализации поставленных целей до благополучного осуществления в деятельности. Третья функция – сохранения (совладания), которая активизируется в ситуации борьбы с неблагоприятными стрессогенными событиями. Она предоставляет поддержание устойчивости и целостности вследствие деформирующих воздействий, гибкое совладание с травмирующими обстоятельствами, которые заставляют личность изменить свои действия, при сохранении смысловых ориентаций и базовых структур [6, с. 556-557, 7].

Феноменологию, которая отражает эффекты выраженности или недостаточности личностного потенциала, в различных подходах в психологии выражали такими терминами, как воля, ориентация на действие, сила Эго, внутренняя опора, локус контроля и другие. Лучше всего ему соответствует понятие «жизнестойкость». Жизнестойкость является

одной из составляющих личностного потенциала, которые выделил Д.А. Леонтьев [8]. Личностную переменную «hardiness» ввели С. Мади и С. Кобейс, что с английского языка переводится «стойкость», «выносливость». Д.А. Леонтьев в 2000 году данную ключевую личностную характеристику предложил обозначать на русском языке как жизнестойкость. Она характеризует степень способности личности выдерживать стресс, при этом сохраняя внутреннее равновесие и не снижая успешность деятельности. Жизнестойкость вписывается в систему понятий экзистенциальной теории личности и соответствует понятию «отвага быть», введенным экзистенциальным философом П. Тиллихом, что предполагает готовность «действовать вопреки» ощущению «заброшенности», онтологической тревоге и тревоге потери смысла. Жизнестойкость, в ситуации экзистенциальной дилеммы, дает возможность человеку выдержать тревогу, которая сопровождает выбор неизвестности (будущего), а не неизменности (прошлого) [9], что также актуально в ситуации, связанной с COVID-19. Человек изначально считает, что его жизнь имеет смысл и у него есть силы справиться со своей тревогой и страхом. Жизнестойкость понимается как убеждения человека, которые препятствуют неблагоприятным последствиям стресса и дают ему возможность оставаться активным. Она может не совпадать с реальностью – человек может считать, что жизнь под его контролем, но в действительности события происходят помимо его воли. Вместе с тем развитие жизнестойких убеждений человека ведет к росту его активности, в конечном счете его реакция на стресс становится менее болезненной. Согласно С. Мади, жизнестойкие убеждения должны соответствовать реальности. Он считает, что жизнестойкость формирует мужество именно признавать, а не отрицать, стресс и мужество стремиться превратить его в преимущество [10, 8].

Жизнестойкость включает в себя три относительно автономных компонента (вовлеченность, контроль, принятие риска), их выраженность препятствует формированию внутреннего напряжения в психотравмирующих ситуациях благодаря стойкому совладанию со стрессами и оценки их как менее значимых. Человек с выраженным компонентом вовлеченности получает удовольствие от своей деятельности, убежден в

том, что вовлеченность в происходящее дает ему максимальную возможность найти что-то стоящее и интересное. А при отсутствии этой убежденности является причиной появления ощущения отвергнутости. Контроль определяется как убежденность в том, что повлиять на результат происходящего позволяет борьба, даже если успех не гарантирован. Человек чувствует, что собственную деятельность выбирает самостоятельно. В противовес этому – ощущение собственной беспомощности. Принятие риска – убежденность человека в том, что все, что с ним происходит, оказывает помощь в его развитии за счет активного усвоения знаний, полученных из опыта [9].

На развитие стресса влияют различные факторы. Это и врожденная чувствительность организма, и внешние события (например, COVID-19), и различные убеждения, умение человека совладать с психотравмирующей ситуацией. Воздействие первых двух факторов не всегда можно контролировать, но формирование жизнестойкости и трансформационных копинг-стратегий способствует смягчению последствий стресса. Ведь если человек способен активно действовать и уверен, что может повлиять на ситуацию, то она воспринимается менее травматичной, то есть жизнестойкость влияет на оценку ситуации, а также способствует активному преодолению трудностей [9].

Развитие жизнестойкости могло бы способствовать повышению качества жизни и преобразовать стрессовые события и препятствия в источник роста и развития. Этот внутренний ресурс зависит от самого человека, это то, что он сам может переосмыслить и изменить, то, что способствует поддержанию физического, психического и социального здоровья, это установка, которая в различных жизненных ситуациях придает жизни ценность и смысл [1].

Цель работы - оценить уровень развития жизнестойкости у лиц молодого возраста (ЛМВ), в зависимости от гендерной принадлежности и от напряженности пандемической ситуации в мире и в регионе проживания.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие студенты медицинского университета в возрасте от 20 до 25 лет (медиана возраста исследуемых составила 21 год (20-21)) в сентябре-декабре 2020 года. Выборка составила 180 человек:

139 (77,2%) девушек и 41 (22,8%) юноша. В течение всего периода обследования показатель заболеваемости/смертности возраст в среднем на 37% ежемесячно. Это позволило оценить динамику изучавшихся показателей в зависимости от уровня стрессогенности коронавирусной ситуации. Группы были разделены в зависимости от гендерной принадлежности (мужчины/женщины) и от уровня напряженности пандемической ситуации (1 группа (65 чел.) – обследовались в сентябре, 2 группа (48 чел.) – в октябре, 3 группа (33 чел.) – в ноябре и 4 группа (34 чел.) – в декабре). В исследовании использовались социально-психологический (психодиагностический) метод и метод математической обработки результатов. Социально-психологический метод был направлен на исследование показателей жизнестойкости ЛМВ, находящихся в условиях пандемии COVID-19. Изучение структуры жизнестойкости проводилось с использованием методики «Теста жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонова, Е.И. Рассказовой [9]. Она включает в себя 45 пунктов, которые содержат прямые и обратные утверждения. Опросник содержит 4 показателя: вовлеченность, контроль, принятие риска [11] и общий показатель жизнестойкости. Сначала суммируются баллы по каждой субшкале отдельно (вовлеченность, контроль и принятие риска), после чего подсчитывается общий балл жизнестойкости. Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2». Предварительно проводили проверку распределения на нормальность. Если распределение не отличалось от нормального, для представления значений количественных признаков вычисляли значения среднего арифметического (M) и стандартного отклонения (SD), в случае, когда распределение отличалось от нормального, определяли медиану (Me) и значения нижнего и верхнего квартилей (Q1-Q3). При сравнении средних двух независимых выборок, в связи с тем, что распределение не отличалось от нормального и при гомогенности дисперсий использовался критерий Стьюдента, а в случае, когда распределение отличалось от нормального, для сравнения двух выборок применялся критерий Манна-Уитни. Во всех случаях отличие считалось статистически значимым при уровне значимости $p < 0,05$.

**Общие результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов
у лиц молодого возраста с помощью методики «Теста жизнестойкости»
С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой**

	M±SD (95% ДИ)	Количество респондентов с уровнем ниже среднего	Количество респондентов со средним уровнем	Количество респондентов с уровнем выше среднего
Общий балл жизнестойкости	82,43 ± 20,2 (95% ДИ: 79,67–85,19)	14,4% (26 чел.)	64,4% (116 чел.)	21,2% (38 чел.)
Вовлеченность	34,98 ± 9,35 (95% ДИ: 33,7–36,25)	27,4% (49 чел.)	58,7% (106 чел.)	13,9% (25 чел.)
Контроль	30,09 ± 8,09 (95% ДИ: 28,98–31,19)	11,5% (21 чел.)	68,3% (123 чел.)	20,2% (36 чел.)
Принятие риска	17,37 ± 4,86 (95% ДИ: 16,71–18,03)	3,85% (7 чел.)	54,8% (99 чел.)	41,35% (74 чел.)

Результаты исследования и их обсуждение

При определении индивидуальной степени выраженности жизнестойкости и ее компонентов с помощью методики «Теста жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой было выявлено: общий балл жизнестойкости – 82,43 ± 20,2 (79,67–85,19); вовлеченность – 34,98 ± 9,35 (33,7–36,25); контроль – 30,09 ± 8,09 (28,98–31,19); принятие риска – 17,37 ± 4,86 (16,71–18,03). При изучении общих результатов в зависимости от степени выраженности жизнестойкости и ее компонентов получены следующие данные: средний уровень общего балла жизнестойкости определяется у 64,4% (116 чел.) обследуемых, выше среднего – у 21,2% (38 чел.) испытуемых и ниже среднего – у 14,4% (26 чел.) ЛМВ; средний уровень вовлеченности выявлен у 58,7% (106 чел.) испытуемых, выше среднего – у 13,9% (25 чел.) обследуемых, ниже среднего – у 27,4% (49 чел.) ЛМВ; средний уровень контроля получен у 68,3% (123 чел.) испытуемых, выше среднего – у 20,2% (36 чел.) обследуемых, ниже среднего – у 11,5% (21 чел.) ЛМВ; средний уровень принятия риска обнаружен у 54,8% (99 чел.) обследуемых, выше среднего – у 41,35% (74 чел.) испытуемых, ниже среднего – у 3,85% (7 чел.) ЛМВ (табл. 1).

Соответственно, общая мера жизнестойкости у ЛМВ достаточно развита (превалируют средние и выше среднего показатели – 85,6%). Следовательно, у этой категории испытуемых данная составляющая личностного потенциала мотивирует их преобразовывать появляющиеся в жизни новые стрессовые ситуации в новые возможности и тем самым преодоле-

вать неблагоприятные средовые условия, то есть превращает изменения в возможности, дает шанс воспользоваться имеющимися внутренними ресурсами, при этом сохраняя внутреннюю сбалансированность, позволяет легко адаптироваться к новым условиям жизни, проявляя высокую устойчивость к стрессогенным факторам. Сниженный уровень жизнестойкости у части обследуемых (14,4%) говорит о том, что в создавшихся новых условиях они не видят новых возможностей в происходящих изменениях, возможно задумываются и переосмысливают правильность выбора профессии, в связи с изменениями, возникшими из-за COVID-19.

Выявлен также средний уровень вовлеченности по всей выборке, следовательно, можно предположить, что большая часть испытуемых со средней и выше средней выраженностью данного компонента (72,6%) умеют испытывать искреннюю радость от собственной деятельности, уверены, что участие в происходящих событиях дает им шанс найти в жизни что-то интересное и значимое. Они успешно преодолевают актуальные и потенциальные стрессы благодаря тому, что данная категория ЛМВ находит в обыденных делах множество ценного и интересного, погружаясь в учебный процесс и занимая активную творческую позицию. У небольшого количества обследуемых (27,4%) выявили уровень вовлеченности ниже среднего, что говорит о том, что они могут чувствовать подавленность и отверженность, быть уверены, что жизнь проходит мимо них, что может быть следствием введения карантинных ограничений, выхода на дистанционную форму

Результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов у лиц молодого возраста в зависимости от гендерной принадлежности с помощью методики «Теста жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой

	Девушки M±SD (95% ДИ) (n=139 человек)	Юноши M±SD (95% ДИ)/ Me (Q1-Q3) (n=41 человек)	Статистическая значимость различия, p
Общий балл жизнестойкости	82,23 ± 20,68 (95% ДИ: 78,97–85,49)	83,06 ± 18,82 (95% ДИ: 77,76–88,35)	0,803
Вовлеченность	34,94 ± 9,55 (95% ДИ: 33,44–36,45)	34 (Q1-Q3: 28-42)	0,991
Контроль	29,63 ± 8,2 (95% ДИ: 28,34–30,92)	30 (Q1-Q3: 26-38)	0,272
Принятие риска	17,66 ± 4,89 (95% ДИ: 16,88–18,43)	16,49 ± 4,7 (95% ДИ: 15,17–17,81)	0,138

обучения, влияния средств массовой информации, роста показателей заболеваемости и смертности, в связи с пандемией COVID-19.

У подавляющего большинства ЛМВ выражен уровень контроля (средние и выше среднего показатели – 88,5%), что свидетельствует о том, что они уверены, что борьба может повлиять на результат происходящего, даже если не гарантирован успех, они переживают свои действия, поступки и происходящие события, как результат собственного выбора и инициативы, считают, что самостоятельно выбирают собственный путь. У небольшой части обследуемых выявили показатели контроля ниже среднего (11,5%), что говорит о возможности формирования, в нынешних условиях, чувства собственной беспомощности, мнения, что от их решения ничего не зависит.

Интересен тот факт, что выраженность компонента принятия риска по всей выборке имеет средние показатели (ближе к высоким) и у 96,15% испытуемых данный компонент находится либо на среднем, либо на уровне выше среднего. Это может значить, что такие испытуемые уверены в том, что что бы не происходило с ними и что бы не случилось - все только способствует их развитию благодаря знаниям, которые они получили из этого опыта и последующему их использованию. Они видят жизнь как возможность приобретения опыта и готовы действовать вопреки трудностям, даже при отсутствии гарантий на успех, готовы идти на риск. И только 3,85% обследуемых имеют показатели принятия риска ниже среднего уровня и, возможно, при возникающих трудностях не смогут пользоваться полученным опытом в

должной мере, предпочтут довольствоваться малым и не считают стремление к комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности.

При определении уровня жизнестойкости и ее компонентов у ЛМВ в зависимости от гендерной принадлежности статистически значимых различий выявлено не было: общий балл жизнестойкости (девушки - 82,23 ± 20,68 (78,97–85,49), юноши - 83,06 ± 18,82 (77,76–88,35); p=0,803); вовлеченность (девушки - 34,94 ± 9,55 (33,44–36,45), юноши - 34 (28-42); p=0,991); контроль (девушки - 29,63 ± 8,2 (28,34–30,92), юноши - 30 (26-38); p=0,272); принятие риска (девушки - 17,66 ± 4,89 (16,88–18,43), юноши - 16,49 ± 4,7 (15,17–17,81); p=0,138) (табл. 2.). Что согласуется с данными, полученными при апробации «Теста жизнестойкости» на русскоязычной выборке. Соответственно, жизнестойкость в некоторой степени противопоставляется внешним условиям, будь то внешние препятствия или демографические характеристики [12]. Но хоть мы и не выявили статистически значимых гендерных различий в степени выраженности разных компонентов жизнестойкости, но видим, что выраженность контроля несколько выше у юношей, а принятия риска – у девушек. Это, конечно, может быть связано с разницей в мощности женской и мужской выборки. Но тем не менее гендерные стереотипы приписывают именно мужчинам мужество, воинственность и уверенность в том, что борьба может повлиять на результат происходящего с человеком (контроль). А стереотип, характеризующий героическую женщину, которая «коня на скаку остановит, в горящую избу войдет» соотносится с тем,

Результаты исследования жизнестойкости и ее компонентов у лиц молодого возраста в зависимости от пандемической ситуации в мире (по месяцам) с помощью методики «Теста жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой

	Сентябрь M±SD (95% ДИ) (n=65 человек)	Октябрь M±SD (95% ДИ) (n=48 человек)	Ноябрь M±SD (95% ДИ) (n=33 человек)	Декабрь M±SD (95% ДИ) (n=34 человек)
Общий показатель жизнестойкости	84,38 ± 20,33 (95% ДИ: 79,76–88,99)	77,91 ± 19,18 (95% ДИ: 72,67–83,14)	85,38 ± 19,37 (95% ДИ: 78,92–91,84)	82,08 ± 21,67 (95% ДИ: 75,15–89)
Вовлеченность	36,18 ± 8,973 (95% ДИ: 34,15–38,22)	32,46 ± 9,115 (95% ДИ: 29,98–34,95)	36,32 ± 9,681 (95% ДИ: 33,1–39,55)	34,8 ± 9,722 (95% ДИ: 31,69–37,91)
Контроль	30,9 ± 8,46 (95% ДИ: 28,98–32,82)	28,35 ± 7,42 (95% ДИ: 26,33–30,38)	30,62 ± 7,61 (95% ДИ: 28,08–33,16)	30,38 ± 8,589 (95% ДИ: 27,63–33,12)
Принятие риска	17,3 ± 5,282 (95% ДИ: 16,1–18,5)	17,09 ± 4,904 (95% ДИ: 15,75–18,43)	18,43 ± 4,1 (95% ДИ: 17,07–19,8)	16,9 ± 4,645 (95% ДИ: 15,41–18,39)

что женщины в большей степени уверены в том, что что бы с ними ни происходило – это способствует их личностному развитию и из всего можно получить полезный опыт, которые они осмысливают и учитывают в дальнейшем. Они могут считать полезными действия вопреки трудностям и при отсутствии уверенности в успехе (принятие риска). Они остаются открытыми окружающему миру и социуму.

Число заболевших и умерших в мире ежемесячно возрастало, вводились карантинные мероприятия, осуществлялся переход ЛМВ на дистанционное обучение, а также оказывалось влияние средств массовой информации на психику человека, в связи с чем мы исследовали степень выраженности жизнестойкости и ее компонентов в зависимости от напряженности пандемической ситуации в мире и в регионе проживания.

Были выявлены статистически значимые различия между степенью выраженности вовлеченности у ЛМВ в первой и второй группе напряженности пандемической ситуации 2020 года (1 группа - 36,18 ± 8,97 (34,15–38,22), 2 группа - 32,46 ± 9,12 (29,98–34,95); p=0,022). Других статистически значимых различий между степенью выраженности жизнестойкости и ее компонентов, в зависимости от стрессогенности пандемической ситуации в мире выявлено

не было (табл. 3.). Под воздействием таких стрессовых факторов, как рост показателей заболеваемости и смертности, влияние средств массовой информации, введение карантинных ограничений, переход ЛМВ с очной формы обучения (сентябрь 2020 года), когда осуществлялось взаимодействие с преподавателем и одногруппниками, на дистанционное обучение (октябрь 2020 года), когда необходимо было задействовать такую личностную черту как самостоятельность, степень выраженности вовлеченности незначительно снизилась (при этом не вышла за рамки среднего уровня). А, соответственно, несколько снизились силы и мотивация к реализации, лидерству, здоровому образу мыслей и поведению. Под влиянием данных стрессогенных факторов у ЛМВ несколько снизилась способность чувствовать себя значимым и ценным для полного погружения в решение жизненных задач, однако уже в 3 группе по напряженности пандемической ситуации выраженность вовлеченности восстановилась за счет общего уровня жизнестойкости и других ее компонентов, а, следовательно, произошла адаптация ЛМВ к влиянию средств массовой информации, к росту показателей заболеваемости и смертности, к введению карантинных ограничений и к дистанционной форме обучения.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА
В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Цель исследования. Оценить уровень развития жизнестойкости у лиц молодого возраста, в зависимости от гендерной принадлежности и от напряженности пандемической ситуации в мире и в регионе проживания.

Материал и методы. В исследовании приняли участие студенты медицинского университета в возрасте от 20 до 25 лет (медиана возраста исследуемых составила 21 год (20-21)) в сентябре-декабре 2020 года. Выборка составила 180 человек: 139 (77,2%) девушек и 41 (22,8%) юноша. Группы были разделены в зависимости от гендерной принадлежности (мужчины/женщины) и от уровня напряженности пандемической ситуации (1 группа (65 чел.) – обследовались в сентябре, 2 группа (48 чел.) – в октябре, 3 группа (33 чел.) – в ноябре и 4 группа (34 чел.) – в декабре). В исследовании использовались социально-психологический (психодиагностический) метод и метод математической обработки результатов. Изучение структуры жизнестойкости проводилось с использованием методики «Теста жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой. Математическая обработка результатов проводилась с использованием пакета статистического анализа «MedStat v.5.2».

Результаты и их обсуждение. При определении уровня жизнестойкости и ее компонентов у лиц молодого возраста в зависимости от гендерной принадлежности статистически значимых различий выявлено не было: общий балл жизнестойкости (девушки - $82,23 \pm 20,68$ (78,97–85,49), юноши - $83,06 \pm 18,82$ (77,76–88,35); $p=0,803$); вовлеченность (девушки - $34,94 \pm 9,55$ (33,44–36,45), юноши - 34 (28-42); $p=0,991$); контроль (девушки - $29,63 \pm 8,2$ (28,34–30,92), юноши - 30 (26-38); $p=0,272$); принятие риска (девушки - $17,66 \pm 4,89$ (16,88–18,43), юноши - $16,49 \pm 4,7$ (15,17–17,81); $p=0,138$). Что согласуется с данными, полученными при апробации «Теста жизнестойкости» на русскоязычной выборке. Были выявлены статистически значимые различия между степенью выраженности вовлеченности у лиц молодого возраста в первой и второй группах напряженности пандемической ситуации 2020 года (сентябрь 2020 года - $36,18 \pm 8,97$ (34,15–38,22), октябрь 2020 года - $32,46 \pm 9,12$ (29,98–34,95); $p=0,022$).

Выводы. Под воздействием таких стрессовых факторов, как рост показателей заболеваемости и смертности, влияние средств массовой информации, введение карантинных ограничений, переход ЛМВ с очной формы обучения (сентябрь 2020 года) на дистанционное обучение (октябрь 2020 года) степень выраженности вовлеченности незначительно снизилась (при этом не вышла за рамки среднего уровня). А, соответственно, несколько снизились силы и мотивация к реализации, лидерству, здоровому образу мыслей и поведению.

Под влиянием данных стрессогенных факторов у ЛМВ несколько снизилась способность чувствовать себя значимым и ценным для полного погружения в решение жизненных задач, однако уже в 3 группе по напряженности пандемической ситуации выраженность вовлеченности восстановилась за счет общего уровня жизнестойкости и других ее компонентов, а, следовательно, произошла адаптация ЛМВ к влиянию средств массовой информации, к росту показателей заболеваемости и смертности, к введению карантинных ограничений и к дистанционной форме обучения. Ведь жизнестойкость - это тот внутренний ресурс, который человек может осмыслить и изменить для того, чтобы поддержать свое здоровье.

Ключевые слова: жизнестойкость, вовлеченность, контроль, принятие риска, личностный потенциал, студенты, COVID-19

RESEARCH OF HARDINESS IN PERSONS OF YOUNG AGE
IN THE COVID-19 PANDEMIC

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Objective. To assess the level of hardiness development among young people, depending on gender and the intensity of the pandemic situation in the world and in the region of residence.

Material and methods. The study involved students of a medical university aged 20 to 25 years (the median age of the subjects was 21 years (20-21)) in September-December 2020. The sample consisted of 180 people: 139 (77.2%) girls and 41 (22.8%) boys. The groups were divided depending on gender (men/women) and on the level of tension of the pandemic situation (group 1 (65 people) - were surveyed in September, group 2 (48 people) - in October, group 3 (33 people) - in November and group 4 (34 people) - in December). The study used the socio-psychological (psychodiagnostic) method and the method of mathematical processing of the results. The study of the structure of hardiness was carried out using the method of “Test of hardiness” S. Maddy in the adaptation of D.A. Leontyev, E.I. Rasskazova. Mathematical processing of the results was carried out using the package of statistical analysis “MedStat v.5.2”.

Results and its discussion. When determining the level of hardiness and its components among young people, depending on gender, no statistically significant differences were found: the general score of hardiness (girls - 82.23 ± 20.68 (78.97-85.49), boys - 83.06 ± 18.82 (77.76–88.35); $p = 0.803$); commitment (girls - 34.94 ± 9.55 (33.44-36.45), boys - 34 (28-42); $p = 0.991$); control (girls - 29.63 ± 8.2 (28.34–30.92), boys - 30 (26-38); $p = 0.272$); challenge (girls - 17.66 ± 4.89 (16.88–18.43), boys - 16.49 ± 4.7 (15.17–17.81); $p = 0.138$). This is consistent with the data obtained during the testing of the “Test of hardiness” in the Russian-speaking sample. Statistically significant differences were revealed between the degree of commitment in young people in the first and second groups of tension of the pandemic situation in 2020 (September 2020 - 36.18 ± 8.97 (34.15–38.22), October 2020 – 32.46 ± 9.12 (29.98–34.95); $p = 0.022$). There were no other statistically significant differences between the severity of hardiness and its components, depending on the pandemic situation in the world (by months).

Findings.

Under the influence of such stress factors as an increase in morbidity and mortality rates, the influence of the media, the introduction of quarantine restrictions, the transition of persons of young age from full-time education (September 2020) to distance learning (October 2020) the degree of commitment engagement slightly decreased (at the same time did not go beyond the average level). And, accordingly, the strength and motivation for implementation, leadership, a healthy way of thinking and behavior decreased slightly.

Under the influence of these stress factors, persons of young age slightly decreased their ability to feel significant and valuable for complete immersion in solving life problems, however, already in group 3 according to the intensity of the pandemic situation, the severity of commitment recovered due to the general level of hardiness and its other components, and, consequently, there was an adaptation of young people to the influence of the media, to an increase in morbidity and mortality rates, to the introduction of quarantine restrictions and to distance learning. After all, hardiness is the inner resource that a person can comprehend and change in order to maintain their health.

Keywords: hardiness, commitment, control, challenge, personal potential, students, COVID-19

Литература

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии. Сибирская психология сегодня: Сб. научн. трудов. Вып. 2. Под ред. Горбатовой М.М., Серого А.В., Яницкого М.С. Кемерово: Кузбассвузиздат; 2004: 82-90.
2. Магомед-Эминов М.Ш. Психологические рекомендации о поведении и деятельности человека в экстремальной ситуации пандемии (COVID-19). Пресс-служба МГУ. 2020. URL: <https://www.msu.ru/info/virusprevention/docs/phyrecomend.pdf> (дата обращения: 15.01.2021).
3. Абрамов В.А. Представление о функциональности (функциональных возможностях) личности как субъекта самовосприятия. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 2 (46): 7-14.

4. Леонтьев Д.А. Введение: личностный потенциал как объект изучения. В кн.: Леонтьев Д.А. (ред.) Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011: 2-7.
5. Леонтьев Д.А. Подход через позитивные черты личности: от психологического благополучия к добродетелям и силам характера. В кн.: Леонтьев Д.А. (ред.) Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011: 57-69.
6. Леонтьев Д.А. Промежуточные итоги: от идеи к концепции, от переменных к системной модели, от вопросов к новым вопросам. В кн.: Леонтьев Д.А. (ред.) Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011: 552-559.
7. Климов В.М., Галай И.А., Айзман Р.И. Личностный потенциал студентов как фактор профессионального успеха (обзор литературы). Сибирский педагогический журнал. 2015; 4: 53-59.
8. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала. В кн.: Леонтьев Д.А. (ред.) Личностный потенциал: структура и диагностика. М.: Смысл; 2011: 136-166.
9. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл; 2006. 63.
10. Maddi S. The Courage and Strategies of Hardiness as Helpful in Growing Despite Major, Disruptive Stress. *American Psychologist*. 2008; 63 (6): 563-564.
11. Евтушенко Е.А. Жизнестойкость личности как психологический феномен. Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2016; 1 (58): 72-78.
12. Климов А.А. Жизнестойкость и ее взаимосвязь с личностными ценностями студентов. Вестник Самарской гуманитарной академии. Серия: Психология. 2011; 2: 14-23.

References

1. Aleksandrova L.A. K kontseptsii zhiznestoykosti v psikhologii [Towards the concept of hardiness in psychology]. *Sibirskaya psikhologiya segodnya: Sbornik nauchnykh trudov. Vypusk 2. Pod red. Gorbатовой М.М., Serogo A.V., Yanitskogo M.S. Kemerovo: Kuzbassvuzizdat; 2004: 82-90 (in Russian).*
2. Magomed-Eminov M.Sh. Psikhologicheskie rekomendatsii o povedenii i deyatelnosti cheloveka v ekstremal'noy situatsii pandemii (COVID-19) [Psychological advice on human behavior and activities in an extreme situation of a pandemic (COVID-19)]. Press-sluzhba Moskovskogo gosudarstvennogo universiteta. 2020. Available at: <https://www.msu.ru/info/virusprevention/docs/phyrecomend.pdf> (accessed: 15.01.2021) (in Russian).
3. Abramov V.A. Predstavlenie o funktsional'nosti (funktsional'nykh vozmozhnostyakh) lichnosti kak sub'ekta samovospriyatiya [Presentation of personality functionality (functional features) as a subject of self-perception]. *Zhurnal psikiatrii i meditsinskoi psikhologii*. 2019; 2 (46): 7-14 (in Russian).
4. Leont'ev D.A. Vvedenie: lichnostnyy potentsial kak ob'ekt izucheniya [Introduction: personal potential as an object of study]. V kn.: Leont'ev D.A. (red.) Lichnostnyy potentsial: struktura i diagnostika. Moscow: Smysl; 2011: 2-7 (in Russian).
5. Leont'ev D.A. Podkhod cherez pozitivnye cherty lichnosti: ot psikhologicheskogo blagopoluchiya k dobrodetelyam i silam kharaktera [Approach through positive personality traits: from psychological well-being to virtues and strengths of character]. V kn.: Leont'ev D.A. (red.) Lichnostnyy potentsial: struktura i diagnostika. Moscow: Smysl; 2011: 2-7 (in Russian).
6. Leont'ev D.A. Promezhutochnye itogi: ot idei k kontseptsii, ot peremennykh k sistemnoy modeli, ot voprosov k novym voprosam [Subtotals: from idea to concept, from variables to system model, from questions to new questions]. V kn.: Leont'ev D.A. (red.) Lichnostnyy potentsial: struktura i diagnostika. Moscow: Smysl; 2011: 2-7 (in Russian).
7. Klimov V.M., Galai I.A., Aizman R.I. Lichnostnyy potentsial studentov kak faktor professional'nogo uspekha (obzor literatury) [Personal potential of students as the factor of professional success (review literature)]. *Sibirskiy pedagogicheskiy zhurnal*. 2015; 4: 53-59 (in Russian).
8. Leont'ev D.A. Zhiznestoykost' kak sostavlyayushchaya lichnostnogo potentsiala [Hardiness as a component of personal potential]. V kn.: Leont'ev D.A. (red.) Lichnostnyy potentsial: struktura i diagnostika. Moscow: Smysl; 2011: 2-7 (in Russian).

9. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoykosti [Hardiness Survey]. Moscow: Smysl; 2006. 63 (in Russian).
10. Maddi S. The Courage and Strategies of Hardiness as Helpful in Growing Despite Major, Disruptive Stress. *American Psychologist*. 2008; 63 (6): 563-564.
11. Evtushenko E.A. Zhiznestoykost' lichnosti kak psihologicheskiy fenomen [Personality hardiness as a psychological phenomenon]. *Lichnost', sem'ya i obshchestvo: voprosy pedagogiki i psihologii*. 2016; 1 (58): 72-78 (in Russian).
12. Klimov A.A. Zhiznestoykost' i ee vzaimosvyaz' s lichnostnymi cennostyami studentov [Hardiness and its relationship with students' personal values]. *Vestnik Samarskoy gumanitarnoy akademii. Seriya: Psihologiya*. 2011; 2: 14-23 (in Russian).

Поступила в редакцию 12.12.2020

УДК 616.9:578.826.1+612.017.1+159.944.4

Мельниченко В.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ И САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Пандемический коронавиральный стресс – это неспецифическая реакция человека на широкий спектр событий, представляющих повышенные требования к его адаптационным ресурсам. Такой стресс, в свою очередь, состоит из двух компонентов – эмоционального, связанного с блокадой потребностей человека и его общей саморегуляции, и физиологического – проявляющегося на организменном уровне.

Анализ степени общей стрессогенности и ущерба, связанного с переживанием коронавиральной реальности, определяется первичной и вторичной когнитивной оценкой ситуации. При первичной оценке решается вопрос об угрожающем характере ситуации: в какой мере данная ситуация определяет степень «потери» или «угрозу потери»? При вторичной оценке – вопрос о ресурсных возможностях справиться с ситуацией (копинг): какие есть возможности (внешние и внутренние ресурсы) для избавления от опасности, снижения вероятности потерь, изменения ситуации или адаптации к ней [1]. В основе первичной и вторичной оценки лежат определенные когнитивные модели, которые могут как способствовать активации и поддержанию оптимального уровня адаптационного потенциала, так и снижать, искажать, реальную действительность.

К специфическим когнитивным моделям относят ранние дезадаптивные схемы (РДС) — «паттерны, состоящие из мыслительных процессов, эмоций, телесных ощущений и воспоминаний относительно себя и взаимоотношений с другими людьми. Сформировавшись в детстве или ранней юности, они продолжают свое существование на протяжении всей жизни и являются дисфункциональными в значительной степени» [2]. Основоположителем теории о ранних дезадаптивных схемах является Дж. Янг, ее базовые постулаты

вышли из когнитивной психологии. В России РДС начали изучать с 2010 года, но на данный момент в отечественной психологии имеется небольшое количество публикаций. Суммируя выводы, содержащиеся в них, было установлено, что чем меньше уровень выраженности ранних дезадаптивных схем, тем выше уровень психологического благополучия. Также у лиц, обращавшихся за психологической помощью, наблюдается повышение уровня выраженности большего числа ранних дезадаптивных схем [3].

Так как дисфункциональные схемы могут долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, они легко приводятся в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией) [4]. При этом любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы. Ранние дезадаптивные схемы нарушают нормальную социальную адаптацию, ограничивая поведение человека, так как являются ригидными, самоподдерживающимися механизмами, которые заставляют человека отражать только соответствующую схемам информацию, воспринимаются им как фактическое, достоверное знание о себе и об окружающем мире.

Для активации ранних дезадаптивных схем зачастую необходимо определенное «пусковое» событие, которое активизирует ту или иную схему, которая ранее не проявлялась и не осознавалась человеком. Схемы могут «запускаться» как релевантными событиями, так и настроением человека, и часто это сопровождается высоким уровнем аффекта и низким уровнем критичности к своему состоянию. Все это мешает человеку удовлетворить свои основные потребности и, как правило, приводит к неблагоприятным последствиям для самого человека либо для окружающих его людей, препятствует построению и поддержанию гармоничных отношений [5].

Следующим важным компонентом меняющейся идентичности является процессуально-деятельностный компонент личностного потенциала человека – его саморегуляция. Анализ научной литературы по исследуемой проблеме показал, что саморегуляция представляет собой процесс сознательного воздействия человека на собственную сферу психических явлений с целью осуществления деятельности, которой личность овладевает и направляет для решения поставленных задач. Как следствие, происходит корректировка результатов действия. Существует произвольная и непроизвольная саморегуляция. Произвольная форма характеризуется сознательным контролем поведения с целью достижения желаемого. С помощью осознанной саморегуляции человек развивает индивидуальность. Непроизвольная больше направлена на выживание и самосохранение – срабатывают подсознательные механизмы защиты [6].

На саморегуляцию влияют следующие аспекты: внешние условия среды; особенности личности; особенности взаимоотношений между личностью и окружением; цели деятельности. Адекватный уровень саморегуляции обеспечивает человека преимуществами, такими как: сдерживание первых негативных порывов в конфликтной ситуации, рациональный анализ ситуации в момент кризиса или стресса, активное противостояние невзгодам, сохранение общего жизненного тонуса, восстановление эмоциональных сил.

Так как пандемическая ситуация непосредственно является пусковым механизмом процессов дезадаптации и личностной дезорганизации, цель данного исследования заключается в изучении когнитивных и деятельностных составляющих личностного потенциала у лиц, пребывающих в условиях коронавирусного стресса.

Материалы и методы

Для оценки различных аспектов индивидуальной саморегуляции использовался опросник «Стиль саморегуляции поведения СПП - 98» В.И. Моросановой. Опросник СПП-98 состоит из 46 утверждений, каждое из которых имеет 4 степени согласия с ним обследуемого, и включает шесть шкал, выделяемые в соответствии с основными регуляторными процессами (планирования, моделирования, программирования, оценки результатов) и

регуляторно - личностными свойствами (гибкости и самостоятельности).

Методика «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (Young Shema Questionnaire-Short Form Revised, YSQ S3R) была разработана в 2005 году Дж. Янгом – основоположником психотерапевтического направления – схема – терапия. В 2013 году Касьяник П.М., Романова Е.В. перевели и адаптировали данную методику на русский язык. В инструкции респондентам предлагается 90 вопросов, которые входят в 18 ранних дезадаптивных схем, объединенных в 5 доменов:

1. Разрыв связей и отвержение (Эмоциональная депривированность, Покинутость / Нестабильность, Недоверие / Ожидание жестокого обращения, Социальная отчужденность, Дефективность / Стыдливость);

2. Дефицит автономии и боязнь проявить себя (Зависимость / Беспомощность, Уязвимость, Запутанность / Неразвитая идентичность, Неуспешность);

3. Нарушение границы (Привилегированность / Грандиозность, Недостаточность самоконтроля);

4. Направленность на других (Покорность, Самопожертвование, Поиск одобрения);

5. Сверхбдительность и подавление эмоций (Негативизм / Пессимизм, Подавленность эмоций, Жесткие стандарты / Придирчивость, Пунитивность).

Было обследовано 246 студентов 4 курса педиатрического и лечебного факультета № 2, обучающихся на кафедре психиатрии, наркологии и медицинской психологии в период с сентября по декабрь 2020 года. Студенты были распределены на четыре группы исследования в зависимости от изменения уровня стрессогенности ситуации, связанной с новой коронавирусной инфекцией, ежемесячно. Данные уровни были выделены на основании мировых статистических показателей «заболеваемости-смертности» от коронавирусной инфекции, которые в среднем возрастали на 25% каждый месяц. Первый пик прироста заболевших был отмечен в апреле 2020 года. Он совпал с активной работой Всемирной организации здравоохранения, которая при поддержке Международной федерации обществ Красного Креста и Красного Полумесяца, ЮНИСЕФ и других международных агентств опубликовала рекомендации по ограничительным мерам в отношении вспышек COVID-19 (закрытие государственных границ, физическое дистан-

Статистические различия показателей саморегуляции обследованных в зависимости от пандемической обстановки в целом

Показатель психодиагностической методики	Среднее значение, (X) ± m			
	Сентябрь (n = 88 чел.)	Октябрь (n = 71 чел.)	Ноябрь (n = 42 чел.)	Декабрь (n = 45 чел.)
Планирование	5,4±1,8	6,1±1,6*	5,7±2,0	5,8±2,1
Моделирование	4,6±1,8	5,7±1,7	5,4±1,5	5,5±1,6
Программирование	5,4±1,8	5,6±1,7	6,0±1,8	6,3±1,8
Оценивание результатов	5,2±1,6*	5,8±1,7	5,5±1,6	6,0±1,6*
Гибкость	5,2±1,7	6,5±1,7*	6,7±1,5	5,9±1,7
Самостоятельность	5,9±2,2	5,4±2,1	4,3±2,0	4,8±2,2
Общий уровень саморегуляции	25,2 ±6,3	28,5±6,0*	28,3±6,3	29,4±7,4*

Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,01$ (непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса).

цирование), организовала брифинги с информацией о нехватке средств индивидуальной защиты, лекарственных средств первой необходимости, гласно сообщила о том, что имеются доказательства передачи вируса от инфицированных COVID-19 лиц, находящихся как на симптоматической, так и на предсимптомной и бессимптомной стадиях, отметив возможность заражения от человека, у которого еще не появились симптомы заболевания. Второй пик прироста заболевших был отмечен в сентябре 2020 года, что, по нашему мнению, объяснимо несколькими событиями: 1. Увеличением социальных контактов в связи с началом учебного года, торгового и производственного циклов; 2. Мировой гонкой по разработке средств для борьбы с COVID-19 (вакцины); 3. Усилением вредных последствий распространения дезинформации о чрезвычайных эпидемических ситуациях; 4. Стихийным использованием в терапевтической практике кортикотропной терапии; 5. Увеличением численности заболевшего населения, смертности. Опираясь на данные критерии, мы предположили, что сентябрь 2020 года – период с минимальным уровнем развития стрессогенности текущей ситуации, октябрь – период с уровнем развития стрессогенности ситуации ниже среднего значения, ноябрь 2020 года – с уровнем развития стрессогенности ситуации выше среднего значения; а декабрь – период с максимальным уровнем развития стрессогенности ситуации.

В первую группу исследования (1 период) вошло 88 человек (35%), во вторую группу (2 период) – 71 чел. (29%), в третью (3 период) – 42 чел. (17%) и в четвертую (4 период) – 45 чел. (18%).

Результаты исследования и их обсуждение

Данные исследования были сгруппированы в зависимости от пандемической обстановки в мире за период с сентября по декабрь 2020 года. Резкий скачок общей саморегуляции был отмечен в октябре 2020 года (2 период с уровнем развития стрессогенности ситуации ниже среднего значения). В этот период статистические данные заболеваемости и смертности стремительно подскочили на 40 % от исходных. Данное свидетельство укрепляет наше предположение о том, что население, в частности студенты, непосредственно реагирует на информационную повестку и соответственно ей динамически меняют ход своей произвольной деятельности. Особенно характерным становится для этого процесса достоверное увеличение показателей планирования (6,1±1,6) и гибкости (6,5±1,7) (табл.1). Далее в декабре 2020 года отмечается второй пик саморегуляторной активности студенческой среды (29,4±7,4). Так как в этот период заканчивается семестр и начинается экзаменационная сессия обследуемые старались своевременно рассчитаться с академической задолженностью, дистанционно

**Статистические различия показателей ранних дезадаптивных схем обследованных
в зависимости от пандемической обстановки в целом**

№ п/п	Ранние дезадаптивные схемы	Месяц, 2020 год							
		Сентябрь		Октябрь		Ноябрь		Декабрь	
		X	m	X	m	X	m	X	m
1	Эмоциональная депривированность	14,8	3,3	16,2	3,0	18,3	3,1	16,8	3,2
2	Покинутость	39,5	4,7	41,1*	4,5	38,3	3,5	33,8	3,0
3	Недоверие	32,0	4,0	34,0	4,6	32,0	3,2	37,0	3,7
4	Социальная отчужденность	21,1	3,2	19,1	2,2	20,2	1,6	23,9	2,5
5	Дефективность/стыдливость	11,9	3,0	12,0	2,0	11,6	1,6	14,1	2,0
6	Неуспешность	26,6	4,3	23,4	2,3	23,2	2,5	27,9	2,1
7	Зависимость/беспомощность	15,0	4,0	17,5	3,0	19,2	2,0	20,0	2,6
8	Уязвимость	23,0	3,7	26,0	3,4	23,0	2,1	23,0	2,2
9	Ступанность/неразвитая идентичность	25,5	3,8	23,6	4,1	25,5	3,2	26,1	3,2
10	Покорность	25,2	3,7	26,9	3,4	29,6	3,4	29,3	3,6
11	Самопожертвование	34,0	4,1	40,0*	3,0	36,0	4,1	42,0*	3,4
12	Поиск одобрения	44,2	5,3	46,8*	4,5	41,5*	4,0	44,0*	3,7
13	Подавление эмоций	32,6	4,9	32,6	4,3	26,9	3,7	34,7	4,0
14	Жесткие стандарты/придирчивость	44,3	5,0	47,8*	5,6	44,9*	4,3	53,0*	4,1
15	Негативизм/пессимизм	36,1	4,3	36,4	5,1	36,1	3,6	34,6	3,5
16	Пунитивность	33,0	4,0	28,0	2,6	32,0	3,5	32,0	3,6
17	Привигелированность	35,0*	3,7	43,0	5,2	38,0	3,2	42,0*	3,8
18	Недостаточность самоконтроля	31,8	3,3	33,26*	3,7	33,2	2,4	31,8	2,6
	Общий показатель	202,0	9,3	217,0*	9,0	213,0	10,3	223,0	11,5

Примечание: * - отличие статистически значимо, $p < 0,01$ (непараметрический критерий множественных сравнений Краскела-Уоллиса).

завершить образовательные модули. Данные мероприятия потребовали дополнительные усилия и оценки результатов ($6,0 \pm 1,6$) учебной деятельности, что достоверно зафиксировано высокими баллами по соответствующим шкалам методики ССП-98.

Как мы видим из таблицы 2 - прослеживается постепенное увеличение баллов по ранним дезадаптивным схемам с 1 периода (сентябрь) по 4 период исследования (декабрь). Наиболее существенными на наш

взгляд являются показатели: самопожертвование ($40,0 \pm 3,0$); поиск одобрения ($46,8 \pm 4,5$); жесткие стандарты ($47,8 \pm 5,6$). Такое распределение не является случайным. Обследованный контингент в первую очередь представлен студентами медицинского вуза, что накладывает на них определенный биоэтический отпечаток. Требования и надежды, которые возложены обществом на их плечи, подчас несоизмеримы и нереалистичны. В условиях новой коронавирусной инфекции интерес

Взаимосвязь ранних дезадаптивных схем и саморегуляции произвольной активности

Показатель РДС	ССП - 98														
	Сентябрь				Октябрь				Ноябрь				Декабрь		
	Программирование	Оценка результатов	Гибкость	ОУС	Программирование	Оценка результатов	Гибкость	Самостоятельность	Планирование	Оценка результатов	Гибкость	ОУС	Планирование	Гибкость	ОУС
1	0,32	-0,25	0,15	0,32	0,24	0,25*	0,12	-0,12	0,36	-0,15	0,24	-0,27*	-0,19	0,24	0,24*
2	-0,27*	-0,3#	0,27	0,24*	0,37	-0,32	0,2*	-0,22*	0,28	-0,72*	0,22	0,55	-0,22*	0,22*	0,31
3	-0,23	-0,39#	-0,3#	0,24	0,24*	-0,37*	-0,17	0,13	-0,2*	0,1	0,35*	0,37	0,39*	0,3	0,12*
4	-0,24*	-0,35#	0,42	-0,25*	-0,38*	-0,47*	-0,45*	0,53	-0,3*	0,01	-0,38	-0,17	-0,17*	0,13	0,53
5	-0,23	0,44	-0,38	0,47	-0,64	-0,38	0,33#	0,61	0,44	-0,49#	0,23	0,15	-0,27	0,28	-0,49
6	-0,23*	-0,38#	-0,32#	-0,25*	0,11	0,76	-0,38	-0,19#	-0,51*	-0,31#	0,05	0,24*	0,11	-0,19	-0,38
7	0,41	-0,35#	-0,48	-0,26*	0,24	0,73	0,15*	-0,31*	-0,27#	-0,36	-0,26	0,36	-0,41	0,21*	0,22*
8	-0,2	-0,26#	0,34	0,77	-0,22	-0,46#	0,17	0,58	0,24	0,16	0,11	0,1	-0,42#	0,27	0,34*
9	-0,46	-0,27*	-0,22*	-0,24	-0,41*	-0,51	0,57	-0,36	0,5	0,22	-0,7	-0,37	-0,19	0,35#	0,04
10	0,32	-0,17	0,01	0,45	0,77	0,44	-0,35*	-0,52	-0,42*	0,34	-0,32*	0,28	-0,32*	-0,19	0,62*
11	0,34	0,44	0,29*	0,33	-0,4	0,31	0,34#	0,01	0,28	-0,31*	-0,15	0,54	-0,15	0,32*	0,4
12	0,65	-0,41	0,71	0,31	0,36#	-0,35	0,15	0,29	-0,43	-0,12	0,27	0,2	-0,44	-0,48	-0,41
13	-0,62	-0,49	-0,32#	0,11	-0,26*	0,05	-0,16	0,68	0,21	-0,1	0,14	0,32	0,2	0,17	0,22
14	-0,32	-0,23*	0,46	0,01	0,27*	0,01	-0,36#	-0,34	-0,29*	-0,46	0,15	-0,3#	-0,35	-0,38	

Примечание 1: 1 - Эмоциональная депривированность; 2 –Покинутость; 3 –Недоверие; 4 - Социальная отчужденность; 5 - Дефективность; 6 – Неуспешность; 7 - Зависимость; 8 – Уязвимость; 9 – Покорность; 10 - Подавление эмоций; 11 - Жесткие стандарты; 12 - Негативизм; 13 - Недостаточность самоконтроля; 14 – Общий показатель РДС.

Примечание 2: * - $p < 0,05$; # - $p < 0,01$.

к медицинскому работнику возрос в разы. Вместе с тем ожидания гуманистического и альтруистического толка также приумножились. Такая «вынужденная» среда стала формировать молодого специалиста новой формации, принимающего и экстремальноориентированного. Следовательно, дезадаптивные схемы «услужливости», «самопожертвования» существенно увеличились (табл.2). Это приводит обследуемых к избеганию близких контактов, усиливает их раздражение по отношению к значимым другим, которые не отвечают им взаимностью, иногда низводит их к нахальству и скандальности для привлечения внимания к своей персоне.

В ходе сравнительного анализа по Спирмену показателей саморегуляции и ранних дезадаптивных схем были выявлены достоверные различия на уровнях значимости $p < 0,01$, $p < 0,05$ (табл. 3). Домены, связанные с разрывом связей и отвержение, а также дефицитом автономии и боязнь проявить себя, средними отрицательными связями находятся во взаимодействии с оценкой результатов саморегуляции вне зависимости от периода пребывания в условиях коронавирусного стресса. Эти же домены положительно связаны с программированием и общим уровнем саморегуляции. Следовательно, чем дольше существует ситуация пандемической активности, тем больше напряжения и усилий

нагнетается в системе произвольной саморегуляции. Отметим, что в ноябре-декабре 2020 года особое внимание обследуемые уделяли гибкости (пластичности) своим волевым и когнитивным процессам. Этот результат свидетельствует о том, что обследуемые проживают определенный опыт коронавирусной реальности: страх заболеть, жить в условиях длительного постэпидемического психологического дистресса, постоянно находится в изоляции, сталкиваться с дезинформацией, относящейся к пандемической ситуации.

Длительное пребывание в условиях пандемического коронавирусного стресса негативно сказывается на регуляторных процессах с последующим выбором дисфункциональных дезадаптивных когнитивных схем. Информационно спровоцированный пандемический CoV-стресс, который продолжал развиваться с сентября по декабрь 2020 года, постепенно вызывал у обследуемых нагнетание адаптационных процессов, их истощение, что непосредственно сказывалось на мыслительных и процессуально-деятельностных компонентах личностного потенциала обследованных участников.

Оценивая результаты исследования можно предположить, что на студенческую среду оказывает большее влияние не непосредственная угроза распространения коронавирусной инфекции, а ограничения и изменение стиля обучения в медицинском вузе. Студенты, которые в октябре 2020 года были вынуждены перейти на дистанционные формы обучения, испыты-

вали большую потребность, чем остальные обследуемые, в планировании и моделировании их деятельности, что нашло отражение в увеличении данных показателей по методике ССП-98. Чем дольше продолжается изоляция, тем больше пластичности регуляторных процессов и свойств требуется обследуемым для перестройки образовательных планов, целей, задач в условиях риска и неопределенности, продиктованных коронавирусной ситуацией. Общий уровень саморегуляции своим поведением и свойствами во всех группах исследования находится в пределах средних значений, что свидетельствует об адекватной компенсации неблагоприятного влияния стрессовых факторов, связанных с новой коронавирусной инфекцией.

Активность дезадаптивных схем увеличилась с сентября по декабрь 2020 года постепенно. Сначала наблюдалась социальная отчужденность, массовые панические реакции и состояния, спутанность, подавление эмоций на смену которым пришли негативизм, самопожертвование и грандиозность (эгоистичность), восприятие коронавирусной ситуации как неприемлемой, негативной. И так, мы наблюдаем определенный процесс смены настроений, привычного уклада жизни, взглядов и стремлений. Чем дольше существует человек в условиях пандемического стресса, тем яснее меняется модель его поведения и мировоззрения, заостряется внимание к мелочам, вызывается сплочение близких контактов с частичным игнорированием общественного блага.

Мельниченко В.В.

ВЗАИМОСВЯЗЬ РАННИХ ДЕЗАДАПТИВНЫХ СХЕМ И САМОРЕГУЛЯЦИИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ, ПРЕБЫВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ КОРОНАВИРУСНОГО СТРЕССА

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

В статье представлен анализ когнитивных (ранние дезадаптивные схемы) и деятельностных (саморегуляция) составляющих личностного потенциала у лиц, пребывающих в условиях коронавирусного стресса.

Согласно цели исследования были сформированы четыре группы в зависимости от изменения уровня стрессогенности ситуации, связанной с новой коронавирусной инфекцией в период с сентября по декабрь 2020 года.

Как показывает исследование, длительное пребывание в условиях пандемического коронавирусного стресса негативно сказывается на регуляторных процессах с последующим выбором дисфункциональных дезадаптивных когнитивных схем. Информационно спровоцированный пандемический CoV-стресс, постепенно вызывал у респондентов нагнетание адаптационных процессов, их истощение, что непосредственно сказывалось на мыслительных и процессуально-деятельностных компонентах личностного потенциала обследованных участников. С сентября по октябрь наблюдалась социальная отчужденность, массовые панические реакции

и состояния, спутанность, подавление эмоций на смену которым к концу ноября 2020 года пришли негативизм, самопожертвование и грандиозность (эгоистичность), восприятие коронавирусной ситуации как неприемлемой, негативной. Чем дольше существует человек в условиях пандемического стресса, тем яснее меняется модель его поведения и мировоззрения, заостряется внимание к мелочам, вызывается сплочение близких контактов с частичным игнорированием общественного блага.

Ключевые слова: ранние дезадаптивные схемы, саморегуляция, коронавирусный стресс

Melnichenko V.V.

INTERCONNECTION OF EARLY MALADAPTIVE SCHEMES AND SELF-REGULATION OF RANDOM ACTIVITY IN PERSONS STAYING IN CONDITIONS OF CORONAVIRAL STRESS

State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article presents an analysis of the cognitive (early maladaptive schemes) and activity (self-regulation) components of personal potential in people under coronavirus stress.

According to the purpose of the study, four groups were formed depending on the change in the level of stressfulness of the situation associated with a new coronavirus infection in the period from September to December 2020.

As the study shows, prolonged exposure to pandemic coronavirus stress negatively affects regulatory processes with the subsequent choice of dysfunctional maladaptive cognitive circuits. Information-provoked pandemic COV-stress gradually caused the respondents to intensify adaptation processes, their depletion, which directly affected the mental and procedural-activity components of the personal potential of the surveyed participants. From September to October, there was social alienation, massive panic reactions and states, confusion, suppression of emotions, which were replaced by negativism, self-sacrifice and grandeur (selfishness) by the end of November 2020, the perception of the coronavirus situation as unacceptable, negative. The longer a person exists under conditions of pandemic stress, the clearer the change in the model of his behavior and worldview, the sharpening of attention to detail, the rallying of close contacts with partial disregard of the public good.

Keywords: early maladaptive regimens, self-regulation, coronavirus stress

Литература

1. Абрамов В.А. Коронавирусный стресс: риски для психического здоровья человека. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2020; 3 (51): 4-15.
2. Young J. E., Kl. Osko, J., Weishaar, M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press; 2003. 470.
3. Мироненко Т.А. Обзор отечественных исследований ранних дезадаптивных схем. Молодой ученый. 2017; 1 (135): 409-411.
4. Мельниченко В.В. Дисфункциональность когнитивных моделей как фактор нарушения саморегуляции больных с различным уровнем дезорганизации личности. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2019; 1 (45): 65-70.
5. Шевелева Е. В. Понятие и исследования ранних дезадаптивных схем в психологии и психотерапии. Молодой ученый. 2017; 1 (135): 416-419.
6. Лебедева Д.Л., Никонорова Ю.В., Тараканова Н.А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. СПб.: Речь; 2006. 336.

References

1. Abramov V.A. Koronavirusnyi stress: riski dlya psikhicheskogo zdorov'ya cheloveka [Coronavirus stress: risks to human mental health]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2020; 3 (51): 4-15 (in Russian).

2. Young J. E., Kl. Osko, J., Weishaar, M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Press; 2003. 470.
3. Mironenko T.A. Obzor otechestvennykh issledovaniy rannikh dezadaptivnykh skhem [Review of domestic studies of early maladaptive schemes]. Molodoi uchenyi. 2017; 1 (135): 409-411 (in Russian).
4. Mel'nichenko V.V. Disfunktsional'nost' kognitivnykh modelei kak faktor narusheniya samoregulyatsii bol'nykh s razlichnym urovnem dezorganizatsii lichnosti [Dysfunctionality of cognitive models as a factor in self-regulation disorders in patients with different levels of personality disorganization]. Zhurnal psikiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2019; 1 (45): 65-70 (in Russian).
5. Sheveleva E. V. Ponyatie i issledovaniya rannikh dezadaptivnykh skhem v psikhologii i psikhoterapii [The concept and research of early maladaptive schemes in psychology and psychotherapy]. Molodoi uchenyi. 2017; 1 (135): 416-419 (in Russian).
6. Lebedeva D.L., Nikonorova Yu.V., Tarakanova N.A. Entsiklopediya priznakov i interpretatsii v proektivnom risovanii i art-terapii [An encyclopedia of signs and interpretations in projective drawing and art therapy]. Saint Petersburg.: Rech'; 2006. 336 (in Russian).

Поступила в редакцию 24.12.2020

УДК 616.895.8+159.95/96

Бойченко А.А.¹, Ряполова Т.Л.¹, Жигулина И.В.²

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ВИКТИМИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

²Республиканская клиническая психиатрическая больница г. Донецк, ДНР

Процесс виктимизации, как нарушение процесса нормальной социализации индивидуума, рассматривается с точки зрения социально-психологических подходов как возможная детерминанта дисфункциональных состояний личности больных шизофренией. В основе виктимогенного процесса у больных шизофренией лежит механизм социально-психологической деформации личности, связанный с частичной или тотальной ее депривацией, выражающейся в утрате автономности, нарушениях в ценностно-смысловой сфере, дисфункциональных механизмах совладания [1].

Виктимогенные механизмы формирования дефицита личностных ресурсов больных шизофренией включают в себя психологические механизмы клинически определенных личностных дисфункций, страданий и нарушений социальной адаптации. Формирующаяся в результате виктимогенеза личность представляет собой совокупность социальных и психологических качеств человека, характеризующуюся социально-дефицитарной уязвимостью с риском критического социального функционирования и определенным сочетанием показателей личностных ресурсов, включающих себя особенности приспособительного поведения, мотивационной сферы и переживания субъективного благополучия [2, 3].

Динамическая характеристика приспособительного поведения (ПП) больных шизофренией рассматривалась нами как способность действовать или предрасположенность к продуктивному поведению. При этом предполагалось, что патологический процесс влияет на ПП не непосредственно, а через виктимизированную личность, изменяя ее свойства и отношения. К личностно обусловленным нарушениям ПП нами были отнесены вик-

тимогенно обусловленные ролевые дефекты в производственных и межличностных отношениях, отношениях с родными, затруднения в установлении гармоничных партнерских отношений, разного рода интрапсихические конфликты, нарушения социальной перцепции и самооценки, неконструктивные способы совладающего поведения [4].

Целью работы являлось оценить особенности копинг-стратегий виктимизированных больных шизофренией.

Материал и методы

В основную группу вошли 110 виктимизированных больных параноидной шизофренией (4 – 15 баллов по опроснику оценки степени виктимизации), которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования продуктивной симптоматики. В зависимости от уровня виктимности исследуемые основной группы были разделены на 3 группы по методу, используемому Р.Н. Lysaker и др.[5]:

- группа 1- с легкой степенью виктимизации (4 – 7 баллов) – 30 чел. (27,3%);
- группа 2 - умеренной степенью виктимизации (8 – 11 баллов) – 45 чел. (40,9%);
- группа 3 – с тяжелой степенью виктимизации (12 – 15 баллов) – 35 чел. (31,8%).

Была сформирована группа сравнения, состоявшая из 70 невиктимизированных (0 – 3 балла по опроснику оценки степени виктимизации) больных параноидной шизофренией с сопоставимыми социодемографическими характеристиками.

Для оценки степени виктимизации использовалось полуструктурированное интервью «Определение степени виктимизации», направленное на исследование влияния внешних и внутренних факторов виктимизации., включавшее 15 вопросов, адресованных к различным сто-

ронам и механизмам виктимогенного процесса, и предусматривавший ответы «да» (1 балл) и «нет» (0 баллов). При конструировании интервью учитывались все внешние и внутренние факторы, составляющие виктимогенную среду. Содержание интервью давало возможность оценить уровень субъективных переживаний больным себя как жертвы неблагоприятных условий социализации. Суммирование баллов позволило выделить 4 степени виктимизации: отсутствие/минимальная степень (0 – 3 балла); легкая (4 – 7 баллов); умеренная (8 – 11 баллов) и тяжелая степень (12 – 15 баллов).

Оценивание механизмов приспособительного поведения проводилось с помощью методики «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана (J. Amirkhan, 1990) в адаптации Н.А. Сироты и В.М. Ялтонского использовалась для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих

виктимогенное поведение больных шизофренией. Методика состояла из 33 утверждений, каждое из которых представляло возможный путь преодоления проблем, неприятностей. Ознакомившись с утверждениями, испытуемый определял, какие из предложенных вариантов обычно им используются, в градации «полностью согласен» (3 балла), «согласен» (2 балла), «не согласен» (1 балл). Результаты интерпретировались по трем шкалам: «разрешение проблем», «поиск социальной поддержки», «избегание проблем». Для получения общего балла по соответствующей стратегии подсчитывалась сумма баллов по указанным в ключе 11 пунктам, относящимся к этой стратегии. Минимальная оценка по каждой шкале - 11 баллов, максимальная - 33 балла.

Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработке «MedStat».

Таблица 1

Сравнительный анализ интенсивности используемых копинг-стратегий у больных шизофренией в зависимости от степени виктимизации

Вид копинг-стратегии	Среднее значение, $\bar{X} \pm m$				Достоверность статистических различий
	Основные группы			Группа сравнения	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3		
Копинг, ориентированный на решение проблем	14,4±0,5 (95%ДИ: 11,7-16,9)	14,3±0,6 (95%ДИ: 11,2-16,5)	14,4±0,7 (95%ДИ: 11,0-17,3)	14,8±0,2 (95%ДИ: 12,6-16,5)	p1= 0,424 p2= 0,591 p3= 0,925 p4= 0,555
Копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки	14,4±0,7 (95%ДИ: 12,0-16,7)	13,7±0,6 (95%ДИ: 11,5-15,9)	14,3±0,6 (95%ДИ: 11,3-16,6)	14,7±0,4 (95%ДИ: 6,8-9,5)	p1= 0,869 p2= 0,389 p3= 0,740 p4= 0,682
Копинг, ориентированный на избегание	15,4±1,0 (95%ДИ: 13,5-18,4) 1	23,8±0,5 (95%ДИ: 19,0-26,9) 1,2	24,9±0,6 (95%ДИ: 1,6-27,1) 1,3,4	13,3±0,3 (95%ДИ: 11,8-15,1) 1	p1= 0,030 p2= 0,827 p3= 0,169 p4= 0,287

Примечание: p1 – достоверность статистических различий при сравнении 1, 2 и 3 групп с контрольной группой (группа сравнения.) с применением рангового однофакторного анализа Крускала-Уоллиса (при попарном сравнении по критерию Данна или критерию Даннета при условии нормального распределения);

p2 - достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 2 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P3 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 1 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения);

P4 – достоверность статистических различий при попарном сравнении группы 2 и 3 с применением W-критерия Вилкоксона (или t-критерия Стьюдента при условии нормального распределения).

Результаты и их обсуждение

Понятие копинг - поведение нами интерпретировалось как совладающее поведение или психологическое преодоление, подразумевающее индивидуальный способ совладания субъекта с затруднительной ситуацией в соответствии с ее значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами. Активная форма копинг - поведения или активное преодоление рассматривалось как целенаправленное устранение или изменение влияния стрессовой ситуации, ослаблением стрессовой связи личности и его окружающей среды. Пассивное копинг - поведение или пассивное преодоление - как интрапсихические способы совладания со стрессом с использованием различного арсенала механизмов психологической защиты, которые направлены на редукцию эмоционального напряжения, а не на изменение стрессовой ситуации.

Методический подход, использованный в настоящем исследовании для оценки копинга у больных шизофренией, позволил выделить три основных типа копинг-стратегий: а) копинг, «сфокусированный на разрешении проблем», направленный на устранение стрессовой связи между личностью и средой; б) копинг, «сфокусированный на поиске социальной поддержки», предусматривающий поиск возможностей перекалывания ответственности на окружающих; в) копинг, «сфокусированный на избегании» - отказ от решения проблем, уход в болезнь, эскапизм. Соответственно, весь спектр возможных копинг-стратегий у обследованных больных шизофренией был разделен на конструктивные, условно конструктивные и неконструктивные

варианты. Как конструктивный рассматривался копинг, ориентированный на разрешение проблем, как условно конструктивный – ориентированный на поиск социальной поддержки, как неконструктивный – ориентированный на избегание.

В таблицах 1 и 2 приведены данные об интенсивности и частоте использования различных копинг-стратегий виктимизированными и невиктимизированными больными шизофренией.

Как видно из таблицы 1, для всех обследованных больных шизофренией, вне зависимости от наличия и степени виктимизированности, была характерной крайне низкая интенсивность использования копинг-стратегий, что свидетельствовало об их низкой способности противостоять жизненным трудностям и отсутствию определенных алгоритмов поведения в противостоянии стрессовым событиям. Причем невиктимизированные пациенты группы сравнения с очень низкой интенсивностью использовали и стратегии избегания, в то время как по мере нарастания степени виктимности данная стратегия становилась более интенсивно используемой. При легкой степени виктимизации данная стратегия использовалась пациентами с очень низкой интенсивностью ($15,4 \pm 1,0$), но статистически достоверно ($p < 0,05$) активнее, чем больными группы сравнения ($13,3 \pm 0,3$). При умеренной степени респонденты более активно и интенсивно использовали стратегию избегания ($23,8 \pm 0,5$, различия с аналогичным показателем в группе сравнения и группе 1 статистически достоверны, $p < 0,05$). Больные с тяжелой степенью виктимизации использо-

Таблица 2

Частота вариантов копинг-поведения в исследованных группах больных шизофренией

Варианты копинг-поведения	Больные основной группы (% \pm m%)	Больные группы сравнения (% \pm m%)	Статистическая значимость различия, p
I - копинг, ориентированный на решение проблем	14,3 \pm 1,6%	42,8 \pm 2,1%	<0,001*
II - копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки	39,4 \pm 2,8%	52,4 \pm 3,6%	<0,001*
III - копинг, ориентированный на избегание	58,4 \pm 1,7%	8,2 \pm 2,1%	<0,001*

Примечание: * - различия между группами достоверны.

вали данную стратегию со средней степенью интенсивности ($23,9 \pm 0,6$), показатель статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем в группе сравнения и у пациентов с легкой и умеренной виктимизацией. Соответственно, можно предположить, что закрепление роли жертвы у больных шизофренией сопровождается преимущественным использованием уклоняющегося стиля поведения в сложных жизненных обстоятельствах за счет обусловленных виктимизацией беспомощности, неуверенности в собственных возможностях для контроля над ситуацией, социальной пассивности и инфантилизма. В целом, низкое развитие копинг-ресурсов у обследованных больных шизофренией являлось отражением формирования у них пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции, что, с одной стороны, делало пациентов уязвимыми воздействия для виктимогенных факторов, с другой – определяло стратегии психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Невиктимизированные больные, в отличие от больных основной группы, достоверно ($p < 0,001$) чаще использовали конструктивные варианты копинга, как разновидности более или менее успешного адаптивного поведения, направленного на преодоление трудностей. В то же время в группе виктимизированных пациентов преобладали неконструктивные варианты копинга, при которых предпочтение отдавалось «активному избеганию» или дезадаптивному поведению, предполагающему изоляцию от окружающих, избегание совместной деятельности в преодолении возникших трудностей.

Указанные различия копинг-поведения в сравниваемых группах больных подтвердились и его содержательными характеристиками. Конструктивный вариант копинга или функционально-адекватного совладания, нашедший отражение в поведенческих моделях разрешения проблем, выявлен у $42,8 \pm 2,1\%$ больных группы сравнения и достоверно реже ($p < 0,001$) наблюдался в группе виктимизированных больных ($14,3 \pm 1,6\%$). Данная поведенческая стратегия способствовала появлению и дальнейшему рассмотрению широкого круга альтернативных вариантов решения проблем. Активное их разрешение являлось когнитивно-поведенческим процессом, в результате которого формировалась общая социальная компетентность личности больных.

В рамках этой стратегии пациенты использовали три основных психологических механизма: «проблемный анализ», нашедший отражение в вербализованных установках типа «думаю о том, что нужно сделать для того, чтобы исправить положение», «сосредоточиваюсь полностью на решении проблемы», «очень тщательно взвешиваю возможности выбора», «ставлю для себя ряд целей, позволяющих постепенно справиться с ситуацией», «осуществляю поиск всех возможных решений, прежде чем что-либо предпринять»; «поиск путей разрешения» - «пытаюсь различными способами разрешить проблему, пока не найду наиболее подходящий», «обдумываю про себя план действий»; «концентрация на собственных действиях» - «стараюсь сделать все так, чтобы иметь возможность наилучшим образом решить проблему», «пытаюсь решить проблему», «проявляю упорство и борюсь за то, что мне нужно в этой ситуации».

Доминирующими способами совладания при этой стратегии являлись интеллектуальная проработка и анализ событий, а также когнитивные усилия, направленные на сохранение и поддержание собственной самооценки и самоуважения. При этом способе совладания со стрессом больные основной группы в большей мере, чем невиктимизированные пациенты, были склонны к обдумыванию, нахождению объяснений, а не к проблемно-решающему поведению. Они реагировали на сложные жизненные ситуации активизацией именно интеллектуальной переработки, рассматривая причины и следствия затруднений с позиции жертвы, одновременно оставаясь поведенчески пассивными и беспомощными.

К условно-конструктивному варианту был отнесен копинг, ориентированный на поиск социальной поддержки. Он нами рассматривался как пассивное копинг-поведение или пассивное преодоление с использованием различного арсенала механизмов перекалывания ответственности за происходящее и возможные действия на окружающих или внешние обстоятельства. Эта копинг-стратегия наблюдалась у $39,4 \pm 2,8\%$ больных с различной степенью виктимизации и у $52,4 \pm 3,6\%$ больных группы сравнения (различия между группами достоверны, $p < 0,001$).

Анализ и конкретизация непосредственных данных механизмов совладания позволили выявить два варианта стратегии, объясняющие ее условно конструктивный характер. Для па-

циентов группы сравнения более характерным был поиск поддержки окружающих, который помог бы им справиться с существующей проблемой («Рассказываю людям о ситуации, так как только ее обсуждение помогает мне прийти к ее разрешению», «Иду к другу, чтобы он помог мне лучше осознать проблему», «Иду к другу за советом - как исправить ситуацию», «Принимаю помощь от друга или родственника»). У виктимизированных больных преобладал манипулятивный стиль поведения, когда общение с окружающими, во-первых, ограничивалось только проверенными людьми, во-вторых, было направлено на поиск сочувствия и своеобразного «закрепления» самовосприятия себя как жертвы («Позволяю себе поделиться переживанием с другом», «Принимаю сочувствие и понимание кого-либо», «Обсуждаю ситуацию с людьми, так как обсуждение помогает мне чувствовать себя лучше», «Доверяю свои страхи родственнику или другу», «Иду к кому-нибудь (другу или специалисту), чтобы он мне помог чувствовать себя лучше», «Принимаю сочувствие, взаимное понимание друзей, у которых та же проблема», «Ищу успокоение у тех, кто знает меня лучше»).

Конструктивные элементы данной стратегии заключались в том, что больные не дистанцировались от травмирующей ситуации, переживали ее, искали оправдательные нюансы своей беспомощности, в широком смысле демонстрировали осознание своего дистресса, неприятие стрессовой ситуации и, в некоторых случаях, - заинтересованность в ее преодолении. Однако фиксация на собственных недостатках и низкая самооценка виктимизированных больных значительно ограничивали потенциал «конструктивности», подавляя поведенческую активность и согласуясь с их сниженной способностью к эмоциональной экспрессии.

Неконструктивный вариант копинга или копинг, ориентированный на избегание (уклонение от взаимодействия со стрессором), отражал формирование дезадаптивного, псевдосовладающего поведения, низкое развитие копинг-ресурсов и, как уже отмечалось, способствовал социальной изоляции и дезинтеграции личности. Неконструктивный копинг предпочтительно использовался виктимизированными больными шизофренией ($58,4 \pm 1,7\%$) в сравнении с достоверно ($p < 0,001$) более редким его применением пациентами группы сравнения ($8,2 \pm 2,1\%$).

Условно нами были выделены два варианта стратегии избегания: «пассивное избегание» (переключение на отвлекающую деятельность и общение) и «активное избегание» - уход от деятельности, хотя оба варианта в той или иной степени свидетельствовали о снижении у больных мотивации к достижениям и достойного выхода из сложившейся ситуации. Этому способствовали такие негативные симптомы больных как абулия, апатия, асоциальность в сочетании с характерных для виктимизированных больных социальной инертностью с уверенностью в бесперспективности любых предпринимаемых ими проблемно-совладающих действий. Часть больных была склонна к искажению значимости возникающих проблем, у них отмечалась конформность установок, нерешительность, «покорность своей судьбе», пессимистичное оценивание собственной перспективы, что также способствовало низкой поведенческой активности. Активное избегание («Смотрю телевизор дольше, чем обычно», «Переключаюсь на хобби или занимаюсь спортом, чтобы избежать проблемы», «Сплю больше обычного», «Пытаюсь отвлечься от проблемы», «Фантазирую о том, что все могло быть иначе»), как наиболее неблагоприятный вариант копинга, характеризовался аутистическими тенденциями в поведении, оторванностью интересов от реальной ситуации и целесообразной необходимости, вследствие чего и копинг-стратегии были направлены на избегание решения трудных жизненных ситуаций с одновременным игнорированием своих проблем и компенсаторным поведением в виде фантазирования или сомнолентных проявлений. В конечном счете, частое использование копинг-стратегии избегания в качестве ведущей оказывало влияние на формирование негативной Я-концепции с низким уровнем самосознания и самооценки, что предопределяло повышенную уязвимость к стрессу и могло являться диагностическим предиктором виктимизационной уязвимости больных шизофренией.

Выявленный у виктимизированных пациентов низкий развития копинг-ресурсов являлся отражением формирования у них пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции, что, с одной стороны, делало пациентов уязвимыми воздействия для виктимогенных факторов, с другой – являлось определяющим для формирования стратегии психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Бойченко А.А.¹, Ряполова Т.Л.¹, Жигулина И.В.²
ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ ВИКТИМИЗИРОВАННЫХ
БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР
²Республиканская клиническая психиатрическая больница г. Донецк, ДНР

Статья посвящена изучению особенностей копинг-стратегий больных шизофренией с разной степенью виктимизации. Проанализированы основные психометрические показатели методики «Индикатор копинг-стратегий». Выявленный у виктимизированных пациентов низкий развития копинг-ресурсов являлся отражением формирования у них пассивного дезадаптивного приспособительного поведения, дезинтеграции личности и социальной изоляции, что, с одной стороны, делало пациентов уязвимыми воздействия для виктимогенных факторов, с другой – являлось определяющим для формирования стратегии психотерапевтической и психокоррекционной работы.

Ключевые слова: шизофрения, виктимизация, копинг-стратегии

Boychenko A.A.¹, Ryapolova T.L.¹, Zhigulina I.V.²
FEATURES OF COPING STRATEGIES OF VICTIMIZED PATIENTS
WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

¹State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR
²Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk, DPR

The article is devoted to the study of the peculiarities of coping strategies in schizophrenic patients with varying degrees of victimization. Analyzed the main psychometric indicators of the methodology «Indicator of coping strategies». The low development of coping resources revealed in victimized patients was a reflection of the formation of passive maladaptive adaptive behavior, personality disintegration and social isolation, which, on the one hand, made patients vulnerable to exposure to victimogenic factors, on the other hand, it was decisive for the formation of a psychotherapeutic and psychocorrectional strategy.

Keywords: schizophrenia, victimization, coping strategists

Литература

1. Шизофрения, стигма, Я: Монография. В.А. Абрамов [и др.]. Донецк: ФЛП Чернецкая Н.А.; 2016. 436.
2. Бойченко А.А. Методологические подходы к оценке механизмов виктимизации больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2016; 2 (36): 62 – 72.
3. Бойченко А.А. Программа девиктимизации лиц, страдающих параноидной шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2018; 4 (44): 74 – 81.
4. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии; 2002. 490.5. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33: 192-199.

References

1. Shizofreniya, stigma, Ya: Monografiya. V.A. Abramov [i dr.] [Schizophrenia, stigma, I: Monograph]. Donetsk: FLP Chernetskaya N.A.; 2016. 436 (in Russian).
2. Boichenko A.A. Metodologicheskie podkhody k otsenke mekhanizmov viktimizatsii bol'nykh shizofreniei [Methodological approaches to the assessment of the mechanisms of victimization of patients with schizophrenia]. Zhurnal psikiatrii i meditsinskoi psikhologii. 2016; 2 (36): 62 – 72 (in Russian).

3. Boichenko A.A. Programma deviktimizatsii lits, stradayushchikh paranoidnoi shizofreniei [Devictimization Program for People Suffering from Paranoid Schizophrenia]. Zhurnal psikhatrii i meditsinskoi psikhologii. 2018; 4 (44): 74 – 81 (in Russian).
4. Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i mal'kh grupp [Socio-psychological diagnosis of personal development and small groups]. Moscow: Izd-vo Instituta Psikhoterapii; 2002. 490 (in Russian).
5. Lysaker P.H., Roe D., Yanos P.T. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. Schizophrenia Bulletin. 2007; 33: 192 – 199.

Поступила в редакцию 12.09.2020

УДК 159.92:616.89-008.441.1

Синявская И.А.^{1,2}, Титиевский С.В.¹

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОГИ И СТРАХОВ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

²Государственное профессиональное образовательное учреждение «Горловский медицинский колледж», Горловка, ДНР

В настоящее время внимание исследователей стали всё больше привлекать тревожно-фобические состояния, возникающие в дошкольном возрасте. Эти расстройства признаны наиболее широко представленным классом психических заболеваний в данном периоде жизни, хотя оценки распространенности детской тревожности в разных странах и исследованиях несколько различаются из-за множества факторов, включая различия в критериях, инструментах оценивания и выборках, но в большинстве работ показано, что от 10 до 20 процентов дошкольников страдают каким-либо тревожным расстройством [1, 2, 3, 4].

По данным большинства исследований, у детей и подростков больше всего распространены специфические фобии, за которыми следуют тревога разлуки, генерализованная тревога и социальная фобия. Тревожные нарушения признаются одними из самых ранних проявлений расстройств, которые чаще всего начинаются в среднем детском и среднем подростковом возрасте [5].

Страх является одной из базовых отрицательных эмоций, имея глубокие филогенетические корни, т.е., будучи свойственным не только человеку, но и животным. Он оказывает заметное влияние на перцептивно-когнитивные процессы, поведение индивида. Это одна из наиболее опасных эмоций, ограничивающих свободу человека, его восприятие, мышление и поведение, сопровождающихся чрезвычайно высоким уровнем активации вегетативной нервной системы, отвечающей за работу сердца и других органов [6].

Страх – это адаптивная эмоциональная реакция на предполагаемые угрозы в окружающей среде. А.И. Захаров говорит об условно-рефлекторной мотивации страха, поскольку в нем закодирована эмоционально

переработанная информация о возможной опасности [7, с. 39]. Реакция страха включает физиологические составляющие, такие как учащенное сердцебиение, и явные поведенческие проявления, такие как выражение страха или плач; все они направлены на достижение важных адаптивных целей, выполняют защитную функцию, соответствуя принципу «бей или беги» в ответ на угрозы, а также служат ориентирами для лиц, осуществляющих уход, для поощрения защитного поведения.

Страхи в норме следуют четко определенной траектории развития [1, 7, с. 41]. В некоторой степени они отражают исторический путь развития самосознания человека. Вначале ребенок боится остаться один, без поддержки близкого лица (в 7 мес.), опасается посторонних, неизвестных ему лиц (в 8 мес.). Далее он боится боли, высоты, гигантских (в его представлении) животных. Временами он преисполнен суеверного ужаса перед Бабой Ягой и Кощеем как символами зла и жестокости. Далее он боится темноты, огня и пожара, стихии, всего того, что было развито у первобытных людей, одухотворивших многие неизвестные и опасные для них явления природы. Человек не смог бы выжить, пренебрегая этими страхами, передаваемыми из поколения в поколение и составляющими часть его жизненного опыта. В отличие от так называемых естественных, или природных, страхов социальные страхи приобретаются путем научения в процессе формирования личности, выражая определенные ценности, принятые в той или иной общественной среде [7, с.40].

Исследования показали, что после 6 и до 18 мес. ребенок не пугается сразу при неожиданном воздействии извне, громком звуке и не плачет, как раньше, а смотрит на выражение лица матери, как бы проверяя ее реакцию.

Если она улыбается, давая понять, что ничего не случилось, все хорошо, то ребенок быстро успокаивается. Если мать вместо этого сама испугана, то подобная реакция распространяется и на ребенка, усиливая его чувство беспокойства. Таким образом, реакция матери является первичным откликом ребенка на опасность [5, 7, с. 45].

Тревога, в отличие от страха, безобъектна. Она, скорее, ожидание чего-то неприятного, неопределенное чувство беспокойства, наиболее часто проявляющееся в ожидании какого-либо события, которое трудно прогнозировать и которое может угрожать неприятными последствиями. Тревога имеет своим мотивом антиципацию (предвосхищение) неприятности и в своей рациональной основе содержит опасения по поводу возможности её появления [7, с. 40].

А.И. Захаров отдельно выделяет невротические страхи. Они не соответствуют конкретной угрозе, или не соотносятся по степени интенсивности, зато всегда имеют психологическую мотивацию. При неврозах страхи более эмоционально выражены. Часто невротические страхи не соответствуют возрасту (встречаются, когда еще не должны, или когда уже должны пройти), дублируют аналогичные страхи у родителей, более тесно связаны с переживаниями детей, конфликтами в семье и неудачами в общении. Преморбидным фоном для таких страхов является личностная сензитивность, склонность к беспокойству, низкая самооценка и несформированность психологической защиты.

Основная черта тревожно-фобических расстройств – избегание. В большинстве случаев поведение направлено на явное избегание определенных ситуаций, мест, но может также включать и более тонкие формы избегания, такие как неуверенность, отстраненность или ритуальные действия. Психическое напряжение, скованность возникают тогда, когда количество страхов превышает возрастные показатели, и страхи приобретают невротический характер. Тогда возникает и аффективно заостренное стремление к поиску опоры, интенсивная ориентация на внешнее поле. Ребенок становится все более пассивным, редуцируются любопытство, любознательность, поведение направлено на избегание любого риска. Тревожные дети в большей степени ориентированы на собственные переживания, свои проблемы, вместо непосредственности

и открытости у них развиваются настороженность и эмоциональная замкнутость (отгороженность). Дети фиксируются на травмирующих событиях из прошлого, что приводит к акценту на негативных эмоциях, а положительные эмоции, оптимизм и жизнеутверждающая активность вытесняются на задний план из психического репертуара. Это, в свою очередь, приводит к утрате способности радоваться: ребенок постоянно тревожится, беспокоится. В таких случаях страх теряет свои приспособительные функции и приводит к неспособности справиться с угрозой. Человек ощущает бессилие, потерю веры в себя, в свои силы и возможности [5, 7, с. 42].

В существующих информационных источниках указывается, что в дополнение к описанным психическим симптомам тревожные дети часто демонстрируют ряд физических жалоб. Они редко являются специфическими, поэтому диагностическая ценность их невелика. Среди физических симптомов, часто встречающихся у тревожных детей, выделяют головные боли, боли в животе, тошноту, рвоту, диарею и мышечное напряжение. Кроме того, многие тревожные дети, особенно те, которые сильно волнуются, часто испытывают трудности со сном.

В зарубежной литературе все тревожные расстройства у детей разделяют, главным образом, на обсессивно-компульсивное расстройство, тревогу разлуки, генерализованную тревогу, социальные фобии, специфические фобии.

Ритуалы в детском возрасте – явление не столь частое как у взрослых. У детей защитные ритуалы направлены на предотвращение или устранение ожидаемой опасности. Наиболее распространенными ритуалами у детей являются мытье и проверочные действия. Во многом клиническая картина осложняется тем, что дети, особенно младшего возраста, не могут четко описать свои убеждения и мотивы.

У четверти тревожных детей младшего возраста, обращающихся за лечением, фиксируется и другое поведенческое расстройство [5].

В настоящее время нет сомнений в том, что тревожные расстройства передаются по наследству. Оценки наследственности при тревожных расстройствах дошкольного возраста колеблются от 40% до 65% [8, 9]. Однако, эти показатели ниже, чем при дру-

гих психических расстройствах, таких как аутизм, шизофрения и биполярное расстройство [10], что, вероятно, связано с сильным влиянием как генетических факторов, так и окружающей среды.

На сегодняшний день не существует доказательств связи какого-либо отдельного гена с тревогой [5].

У тревожных детей значительно чаще родители страдают тревожными расстройствами, а у взрослых с тревожными расстройствами больше шансов иметь тревожных детей [4, 11, 12, 13].

В отношении семейного анамнеза получены противоречивые данные. R.M. Rapee, C.A. Schniering, J.L. Hudson (2009) считают, что развитие тревожных расстройств у детей не зависит от размера семьи, семейного положения родителей, уровня образования и интеллекта родителей [4], а L. Franz и соавт. (2013) полагают, что структура семьи также связана с риском, поскольку дети, которые не живут вместе с обоими биологическими родителями, и дети, у которых в семье больше братьев и сестер, более склонны к развитию дошкольных тревожных расстройств по сравнению со сверстниками [14]. Кроме того, чем родители моложе [15], беднее [12, 15, 16], чем они менее образованы [16], тем больше у них шансов иметь детей с дошкольными тревожными расстройствами.

Жизненные стрессоры также создают риск тревожных расстройств дошкольного возраста [16,17], и дошкольники из семей с высоким уровнем конфликтности с большей вероятностью будут испытывать значительную тревогу по сравнению с дошкольниками в малоконфликтных семьях [12].

В настоящее время почти нет сомнений в том, что воспитание тревожных детей характеризуется чрезмерной опекой, навязчивостью [18].

Одним из наиболее мощных известных факторов риска развития тревожного расстройства на протяжении всей жизни являются особенности темперамента, которые проявляются на ранней стадии развития.

Торможение поведения (behavioral inhibition, BI) – это темперамент, поддающийся оценке в течение первого года жизни и связанный с высокой степенью реактивности и отрицательной эмоциональной реакцией на новые стимулы, такие как незнакомцы или новые игрушки. BI неизменно считается

значимым фактором риска развития тревожного расстройства в дошкольном [14, 16, 19] и более позднем [20, 21] возрасте. Наиболее частая оценка торможения происходит у детей в возрасте от двух до пяти лет. Это можно сделать с помощью анкетирования или прямого наблюдения. Общие черты торможения включают: отстраненность перед лицом новизны, медлительность в общении с незнакомцами или сверстниками, отсутствие улыбки, непосредственная близость к фигуре привязанности, отсутствие разговора, ограниченный зрительный контакт или «застенчивый» взгляд, нежелание исследования новой ситуации [1, 5]. Дети с данными характеристиками в дошкольном возрасте в два-четыре раза чаще соответствуют критериям тревожных расстройств к периоду среднего детства, и было показано, что этот повышенный риск сохраняется, по крайней мере, в подростковом возрасте [22].

Помимо BI, с риском развития тревожных расстройств дошкольного возраста связаны также темпераменты недостаточной положительной аффективности [16], недостаточной общительности, низкой активности [11], сильного негативного аффекта и слабого контроля [12].

Некоторые данные также указывают на то, что младенцы в возрасте 3-6 месяцев, демонстрирующие высокий уровень возбуждения и эмоциональности, подвергаются большему риску проявления сильного торможения к двум-пяти годам. Следовательно, кажется возможным идентифицировать повышенный риск тревоги, начиная с возраста нескольких месяцев [23].

Имеются убедительные доказательства того, что тревожных детей чаще дразнят и подвергают издевательствам, чем спокойных детей, и что сверстники часто игнорируют или даже отвергают их [18].

Следует отметить, что у дошкольников с интернализирующими (тревогой и депрессией) симптомами, особенно у девочек, обнаружена нарушенная реактивность кортизола [1].

Кроме того, несколько исследований продемонстрировали значительную эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в лечении тревожных состояний у детей и подростков [5].

Таким образом, тревожно-фобические расстройства, являясь наиболее широко распространенной психической патологией

в дошкольном возрасте, в настоящее время всё больше привлекают внимание как отечественных, так и зарубежных исследователей, изучающих интернализирующую симптомати-

ку. Интерес к данной теме особенно возрос в последнее десятилетие. Однако указанная проблема, будучи весьма значимой, остаётся всё еще малоизученной.

Синявская И.А.^{1,2}, Титиевский С.В.¹

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОГИ И СТРАХОВ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

²Государственное профессиональное образовательное учреждение «Горловский медицинский колледж», Горловка, ДНР

В настоящее время внимание исследователей стали всё больше привлекать тревожно-фобические состояния в дошкольном возрасте.

Целью работы явилось изучение по данным литературы особенностей клиники и терапии тревожно-фобических состояний в дошкольном возрасте, а также факторов, влияющих на их развитие.

Интернализирующие состояния (тревога и депрессия) в настоящее время признаны наиболее распространенным классом психических расстройств в дошкольном периоде. Однако, оценки распространенности детской тревожности в разных странах и исследованиях несколько различаются из-за множества факторов, включая различия в критериях, инструментах оценивания и выборках, но в большинстве работ показано, что от 10 до 20 процентов дошкольников страдают каким-либо тревожным расстройством.

По данным большинства исследований больше всего распространены специфические фобии, за которыми следуют тревога разлуки, генерализованная тревога и социальная фобия. Тревожные расстройства являются одними из самых ранних проявлений расстройств, которые чаще всего начинаются в среднем детском и среднем подростковом возрасте.

Основная черта тревожных расстройств – избегание. В большинстве случаев поведение направлено на явное избегание определенных ситуаций, мест, но может также включать неуверенность, отстраненность или ритуальные действия. Психическое напряжение, скованность возникают тогда, когда количество страхов превышает возрастные показатели, и страхи приобретают невротический характер. Тревожные дети ориентированы на собственные переживания, проблемы, у них развиваются настороженность и отгороженность.

Тревожные расстройства передаются по наследству. В отношении семейного анамнеза получены противоречивые данные. Полагают, что развитие тревожных расстройств у детей не зависит от размера семьи, семейного положения родителей, однако существует и противоположное мнение.

Считается, что воспитание тревожных детей характеризуется чрезмерной опекой, навязчивостью.

Одним из наиболее мощных известных факторов риска развития тревожного расстройства на протяжении всей жизни является такая проявляющаяся на ранней стадии развития особенность темперамента, как торможение поведения. Торможение поведения неизменно считается значимым фактором риска развития тревожного расстройства в дошкольном и более позднем возрасте.

Несколько исследований продемонстрировали значительную эффективность селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в лечении описываемых состояний.

Было обнаружено, что у дошкольников с интернализирующими (тревога и депрессия) симптомами, особенно у девочек, нарушена реактивность кортизола.

Тревожно-фобические расстройства, являясь наиболее широко распространенной психической патологией в дошкольном возрасте, в настоящее время всё больше привлекают внимание как отечественных, так и зарубежных исследователей, изучающих интернализирующую симптоматику. Интерес к данной теме особенно возрос в последние 10 лет. Однако, указанная проблема, будучи весьма значимой, остаётся всё еще малоизученной.

Ключевые слова: тревожно-фобические расстройства, дошкольники, детская психиатрия

UP-TO-DATE ASPECTS OF ANXIETY AND FEAR IN CHILDREN
(LITERATURE REVIEW)

¹State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

²State professional educational institution
«Gorlovka medical College», Gorlovka, DPR

At present, anxiety and phobic states in preschool age began to attract more and more the attention of researchers.

The aim was to study, according to the literature, the characteristics of the clinic and therapy of anxiety and phobic states in preschool age, as well as the factors influencing their development.

Internalizing states (anxiety and depression) are currently recognized as the most common class of mental disorders in the preschool period. However, the estimates of the prevalence of childhood anxiety vary slightly across countries and studies due to many factors, including differences in criteria, scoring tools and samples, but most studies show that 10 to 20 percent of preschool children have some type of anxiety disorder.

According to most studies, specific phobias are the most common, followed by separation anxiety, generalized anxiety, and social phobia. Anxiety disorders are among the earliest manifestations of the disorders, which begin most often in middle childhood and middle adolescence.

The main feature of anxiety disorders is avoidance. In most cases, the behavior is directed towards explicit avoidance of certain situations, places, but can also include insecurity, detachment, or ritual actions. Mental exertion, stiffness arise when the number of fears exceeds age indicators, and fears become neurotic in nature. Anxious children are focused on their own experiences, problems, they develop alertness and isolation.

Anxiety disorders are inherited. There is conflicting evidence regarding family history. It is believed that the development of anxiety disorders in children is independent of family size, marital status of the parents, but there is also the opposite opinion.

It is believed that anxious children's parenting is characterized by overprotectiveness, obtrusiveness.

One of the most powerful known risk factors for the development of anxiety disorder throughout life is such a manifested at an early stage of development feature of temperament, as behavioral inhibition. The behavioral inhibition is consistently considered a significant risk factor for the development of the anxiety disorder in preschool and later life.

Several studies have demonstrated the significant effectiveness of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of these conditions.

It has been found that cortisol reactivity is impaired in preschoolers with internalizing (anxiety and depression) symptoms, especially in girls.

Anxiety and phobic disorders, being the most widespread mental pathology in preschool age, are now increasingly attracting the attention of both domestic and foreign researchers studying internalizing symptoms. Interest in this topic has especially increased in the last 10 years. However, this problem, being very significant, remains poorly studied.

Keywords: anxiety and phobic disorders, preschoolers, child psychiatry

Литература

1. Whalen D., Sylvester C. and Luby J. Depression and anxiety in preschoolers: a review of the past 7 years. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. Published online March 18, 2017. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5458530/> (дата обращения 29.11.2020).
2. Ghandour R.M., Sherman L.J., Vladutiu C.J., Ali M.M., Lynch S.E., Bitsko R.H., Blumberg S.J. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children. The Journal of Pediatrics. 2019. URL: 206:256-267. [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(18\)31292-7/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(18)31292-7/fulltext) (дата обращения 29.11.2020).
3. Bitsko R.H., Holbrook J.R., Ghandour R.M., Blumberg S.J., Visser S.N., Perou R., Walkup J. Epidemiology and impact of healthcare provider-diagnosed anxiety and depression among U.S.

- children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2018; 39:395-403. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6003874/> (дата обращения 29.11.2020).
4. Rapee R.M., Schniering C.A., Hudson J.L. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009; 5:311-341. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19152496/> (дата обращения 29.11.2020).
 5. Rapee R.M. Anxiety disorders in children and adolescents. Nature, development, treatment and prevention. 2018. URL: <https://iacapar.org/content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-2018-UPDATE.pdf> (дата обращения 29.11.2020).
 6. Астахова. И. В. Страхи и фобии в структуре явлений «тревожного ряда» личности. Научно-практический журнал. Мир. 2011; 116-117. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strahi-i-fobii-v-strukture-yavleniy-trevozhnogo-ryada-lichnosti/viewer> (дата обращения 29.11.2020).
 7. Захаров А.И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. М.: ЭКСМО-Пресс; 2000. 448.
 8. Gregory A.M., Eley T.C. Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2007; 10:199-212. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17503180/> (дата обращения 29.11.2020).
 9. Eley T.C., Bolton D., O'Connor T.G., Perrin S., Smith P., Plomin R. A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003; 44(7):945-960. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14531577/> (дата обращения 29.11.2020).
 10. McGrath L.M., Weill S., Robinson E.B., Macrae R., Smoller J.W. Bringing a developmental perspective to anxiety genetics. *Dev Psychopathol*. 2012; 24(4): 1179-1193. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23062290/> (дата обращения 29.11.2020).
 11. Dougherty L.R., Bufferd S.J., Carlson G.A., et al. Preschoolers' observed temperament and psychiatric disorders assessed with a parent diagnostic interview. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011; 40(2):295-306. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21391025/> (дата обращения 29.11.2020).
 12. Hopkins J., Lavigne J.V., Gouze K.R., LeBailly S.A., Bryant F.B. Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: evidence for common and specific factors. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; 41 (5): 705-722. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23504302/> (дата обращения 29.11.2020).
 13. Shamir-Essakow G., Ungerer J.A., Rapee R.M. Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in preschool children. *J Abnorm Child Psychol*. 2005; 33(2): 131-143. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15839492/> (дата обращения 29.11.2020).
 14. Franz L., Angold A., Copeland W., Costello E.J., Towe-Goodman N., Egger H. Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52(12): 1294-1303. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24290462/> (дата обращения 29.11.2020).
 15. Bufferd S.J., Dougherty L.R., Carlson G.A., Klein D.N. Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Compr Psychiatry*. 2011; 52(4): 359-369. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21683173/> (дата обращения 29.11.2020).
 16. Dougherty L.R., Tolep M.R., Bufferd S.J., et al. Preschool anxiety disorders: comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2013; 42(5): 577-589. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3644386/> (дата обращения 29.11.2020).
 17. Edwards S.L., Rapee R.M., Kennedy S. Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: examination of maternal and paternal perspectives. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010; 51(3): 313-321. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19769584/> (дата обращения 29.11.2020).
 18. McLeod B.D, Wood J.J., Weisz J.R. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2007; 27(2):155-172. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17112647/> (дата обращения 29.11.2020).
 19. Vreeke L.J., Muris P., Mayer V., Huijding J., Rapee R.M. Skittish, shielded, and scared: relations among behavioral inhibition, overprotective parenting, and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *J Anxiety Disord*. 2013; 27(7): 703-710. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24135255/> (дата обращения 29.11.2020).
 20. Clauss J.A., Blackford J.U. Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a

- meta-analytic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(10):1066–1075. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3611590/> (дата обращения 29.11.2020).
21. Rapee R.M. Preschool environment and temperament as predictors of social and nonsocial anxiety disorders in middle adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014; 53 (3): 320–328. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565359/> (дата обращения 29.11.2020).
22. Fox N.A., Nichols K.E., Henderson H.A. et al. Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychol Sci*. 2005; 16:921-926. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16313653/> (дата обращения 29.11.2020).
23. Kagan J., Snidman N.. Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychol Sci*. 1991; 2: 40-44 URL: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9280.1991.tb00094.x> (дата обращения 29.11.2020).

References

1. Whalen D., Sylvester C. and Luby J. Depression and anxiety in preschoolers: a review of the past 7 years. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Published online March 18, 2017. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5458530/> (accessed: 29.11.2020).
2. Ghandour R.M., Sherman L.J., Vladutiu C.J., Ali M.M., Lynch S.E., Bitsko R.H., Blumberg S.J. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in U.S. children. *The Journal of Pediatrics*. 2019. Available at: 206:256-267. [https://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(18\)31292-7/fulltext](https://www.jpeds.com/article/S0022-3476(18)31292-7/fulltext) (accessed: 29.11.2020).
3. Bitsko R.H., Holbrook J.R., Ghandour R.M., Blumberg S.J., Visser S.N., Perou R., Walkup J. Epidemiology and impact of healthcare provider-diagnosed anxiety and depression among U.S. children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2018; 39: 395-403. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6003874/> (accessed: 29.11.2020).
4. Rapee R.M., Schniering C.A., Hudson J.L. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2009; 5: 311-341. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19152496/> (accessed: 29.11.2020).
5. Rapee R.M. Anxiety disorders in children and adolescents. Nature, development, treatment and prevention. 2018. Available at: <https://iacapap.org/content/uploads/F.1-Anxiety-Disorders-2018-UPDATE.pdf> (accessed: 29.11.2020).
6. Astahova. I.V. Strahi i fobii v strukture yavlenij «trevozhnogo ryada» lichnosti [Fears and phobias in the structure of the phenomena of the «alarming series» of the personality]. *Nauchno prakticheskij zhurnal. Mir*. 2011; 116-117. Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/strahi-i-fobii-v-strukture-yavleniy-trevozhnogo-ryada-lichnosti/viewer> (accessed: 29.11.2020).
7. Zaharov A.I. Proishozhdenie detskih nevrozov i psihoterapiya [The origin of childhood neuroses and psychotherapy]. Moscow: EKSMO-Press; 2000. 448 (in Russian).
8. Gregory A.M., Eley T.C. Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2007; 10:199-212. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17503180/> (accessed: 29.11.2020).
9. Eley T.C., Bolton D., O'Connor T.G., Perrin S., Smith P., Plomin R. A twin study of anxiety-related behaviours in pre-school children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003; 44(7):945-960. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14531577/> (accessed: 29.11.2020).
10. McGrath L.M., Weill S., Robinson E.B., Macrae R., Smoller J.W. Bringing a developmental perspective to anxiety genetics. *Dev Psychopathol*. 2012; 24 (4): 1179-1193. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23062290/> (accessed: 29.11.2020).
11. Dougherty L.R., Bufferd S.J., Carlson G.A., et al. Preschoolers' observed temperament and psychiatric disorders assessed with a parent diagnostic interview. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011; 40(2):295-306. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21391025/> (accessed: 29.11.2020).
12. Hopkins J., Lavigne J.V., Gouze K.R., LeBailly S.A., Bryant F.B. Multi-domain models of risk factors for depression and anxiety symptoms in preschoolers: evidence for common and specific factors. *J Abnorm Child Psychol*. 2013;41(5):705-722. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23504302/> (accessed: 29.11.2020).
13. Shamir-Essakow G., Ungerer J.A., Rapee R.M. Attachment, behavioral inhibition, and anxiety in

- preschool children. *J Abnorm Child Psychol.* 2005; 33 (2): 131-143. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15839492/> (accessed: 29.11.2020).
14. Franz L., Angold A., Copeland W., Costello E.J., Towe-Goodman N., Egger H. Preschool anxiety disorders in pediatric primary care: prevalence and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013; 52 (12): 1294-1303. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24290462/> (accessed: 29.11.2020).
 15. Bufferd S.J., Dougherty L.R., Carlson G.A., Klein D.N. Parent-reported mental health in preschoolers: findings using a diagnostic interview. *Compr Psychiatry.* 2011; 52(4): 359-369. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21683173/> (accessed: 29.11.2020).
 16. Dougherty L.R., Tolep M.R., Bufferd S.J., et al. Preschool anxiety disorders: comprehensive assessment of clinical, demographic, temperamental, familial, and life stress correlates. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013; 42(5):577-589. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3644386/> (accessed: 29.11.2020).
 17. Edwards S.L., Rapee R.M., Kennedy S. Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: examination of maternal and paternal perspectives. *J Child Psychol Psychiatry.* 2010; 51 (3): 313-321. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19769584/> (accessed: 29.11.2020).
 18. McLeod B.D, Wood J.J., Weisz J.R. Examining the association between parenting and childhood anxiety: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27 (2): 155-172. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17112647/> (accessed: 29.11.2020).
 19. Vreeke L.J., Muris P., Mayer B., Huijding J., Rapee R.M. Skittish, shielded, and scared: relations among behavioral inhibition, overprotective parenting, and anxiety in native and non-native Dutch preschool children. *J Anxiety Disord.* 2013; 27 (7): 703-710. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24135255/> (accessed: 29.11.2020).
 20. Clauss J.A., Blackford J.U. Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012; 51 (10): 1066–1075. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3611590/> (accessed: 29.11.2020).
 21. Rapee R.M. Preschool environment and temperament as predictors of social and nonsocial anxiety disorders in middle adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014; 53(3):320–328. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565359/> (accessed: 29.11.2020).
 22. Fox N.A., Nichols K.E., Henderson H.A. et al. Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychol Sci.* 2005; 16:921-926. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16313653/> (accessed: 29.11.2020).
 23. Kagan J., Snidman N.. Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychol Sci.* 1991; 2:40-44 Available at: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1467-9280.1991.tb00094.x> (accessed: 29.11.2020).

Поступила в редакцию 30.11.2020

УДК 616.24-002.5:316.621

Гурина Е.С.

АУТИСТИЧЕСКИЙ СУБЪЕКТ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ ВЗГЛЯДОВ

Новосибирский Государственный Педагогический Университет, Новосибирск, Россия

В настоящий момент феномен аутизма и различных его проявлений занимает наиболее дискуссионное и противоречивое место в психологических, психиатрических и медицинских направлениях. Начиная с 1911 года, когда Э.Блейлер впервые употребляет термин «аутизм» для описания симптома шизофрении у взрослых пациентов, и до сегодняшних дней не существует единого представления о сущности данного психического феномена, его характеристиках и этиологии. Несмотря на отсутствие однозначных выводов об аутизме, более чем столетняя история его изучения позволяет нам все ближе и ближе подходить к его «ядру», расширяя представления о клинических проявлениях аутизма, его феноменологии, возможностях диагностики и терапии. На сегодняшний день существует различные описания аутистических синдромов у детей. Так В.Е. Каган выделяет пять форм аутистических синдромов: аутизм при шизофрении, аутизм при шизоидной психопатии, детский аутизм, органический аутизм, парааутистические состояния. Научно-исследовательский центр психического здоровья в 1989 году предложил следующую клиническую классификацию раннего детского аутизма: синдром раннего инфантильного аутизма Каннера (классический вариант РДА), аутистическая психопатия Аспергера, эндогенный, постприступный (вследствие приступов шизофрении) аутизм, резидуально-органический вариант аутизма, аутизм при хромосомных aberrациях, аутизм при синдроме Ретта, аутизм неясного генеза. Многочисленные исследования этой области позволяют говорить о различных факторах возникновения аутизма, среди которых многие авторы выделяют генетический. Однако создание приблизительно цельной теории аутизма является крайне трудно задачей, что связано с многообразием аутистических проявлений,

широким спектром речевых и когнитивных нарушений, дискуссионностью этиологии аутизма [7]. В настоящее время представлено большое количество исследовательских работ, посвященных различным проявлениям аутизма, однако наблюдается явный пробел в рассмотрении данного феномена через призму психоаналитических взглядов.

Психоаналитическая практика богата клиническими примерами работ с аутистическими проявлениями у детей, но часто результаты психоаналитической работы остаются неосвещенными. Во многом это связано со сложностью понятийного аппарата, который, как правило, для специалистов без психоаналитического образования является недоступным. Так, например, для изучения клинических случаев М. Кляйн, один из которых будет представлен в данной статье, необходимо предварительное знакомство с ее теорией. Без понимания целостной картины теории М.Кляйн и ее основных понятий приступить к знакомству с ее практикой не представляется возможным. Безусловно, иллюстрация клинических зарисовок будет выглядеть вульгарно, если оторвать ее от того дискурса, в рамках которого она представлена. Именно поэтому данная статья адресована специалистам, уже имеющим некоторое представление о развитии психоаналитических взглядов на развитие ребенка.

Необходимо отметить, что изучение аутизма с самого начала сопровождалось идеологическим расколом. В 1943 году Л. Каннер впервые описывает синдром раннего детского аутизма, в основе причин которого он выделяет врожденное психическое расстройство и определенный набор родительских черт, среди которых педантизм, отстраненность, интеллектуальная «враждебность», ригидность. По сути, Л. Каннер заявил, что аутистические проявления явля-

ются своеобразной формой защиты ребенка от «холодной матери». Такое предположение вызвало большое количество критики, и в дальнейшем сам Л. Каннер отказался от него, однако, отголоски теории «холодной матери» существуют и в настоящий момент [7].

В данной статье представлена попытка прикоснуться к данному феномену с психоаналитической позиции. Именно психоаналитической позицией обусловлено то, что в дальнейшем по отношению к детям, демонстрирующим спектр аутистических черт, будет использоваться не термин «аутист», представляющий собой диагноз, клише, а такое обозначение как «аутистический субъект». Под аутистическим субъектом мы будем понимать субъекта с особым способом организации психического аппарата, заключающегося в отказе от вхождения в порядок Другого.

Наиболее фундаментально концепт «Другого» прослеживается в идеях Ж. Лакана, подчеркивающего возможность становления субъектности только при взаимодействии со структурой Другого. Опираясь на фундаментальные труды З. Фрейда о символе как о специфической форме выражения бессознательного, Ж. Лакан считает, что символы формируют человеческую реальность, выстраивают ее в соответствии с нормами культуры и общества, и главенствующую роль в этом процессе принадлежит речевому (символическому) взаимодействию с Другим [1]. Другой, являясь носителем речи как способа выражения бессознательного, провоцирует субъект на принятие этой речи, этого языка. Аутистический субъект демонстрирует отказ от вхождения в речевую коммуникацию, он отвергает язык, предлагаемый Другим, что ведет к невозможности самоидентификации. Общеизвестно, что нарушения речи различной степени являются одной из наиболее типичных аутистических черт и обнажают специфику аутистического субъекта – нарушения коммуникации и социального взаимодействия. Аутистический субъект не использует речь как средство для общения, но у него может наблюдаться «автономная речь» («речь для себя»). Различными авторами были описаны некоторые специфические особенности речи аутистических субъектов: наличие эхололий, своеобразная интонация, отказ от использования местоимений пер-

вого лица, вычурное произношение слогов, отсутствие реакции на речь окружающих [7]. По некоторым данным, приблизительно половина аутистических субъектов так и не овладевают осмысленной речью, однако самая распространенная проблема – именно неспособность пользоваться речью в целях социальной коммуникации [8]. Аутистический субъект не может принимать то, что отсылает его к присутствию Другого: речь, взгляд, голос, прикосновения – все это становится некой границей, которую аутистический субъект не переходит или к которой он прикасается лишь в определенной степени. Услышать Другого, увидеть его, почувствовать его – это уже признать его существование. Отказ от вхождения в порядок Другого разворачивается неспособностью выделять самого себя: аутистический субъект словно растворен во внешнем мире. Невозможность идентификации себя с Другим влечет невозможность самоидентификации, приобретения представлений о себе и продуцирования желаний.

В работах Ф. Дольто проблема аутистических субъектов представлена достаточно объемно. Она отрицала аутизм как врожденное заболевание и понимала его как реакцию на некое травматическое событие, которое повлекло за собой невозможность отождествления самого себя с собой, расстройство самоидентификации [4;5]. Наиболее распространенной причиной, по мнению Ф. Дольто, является потеря аффективного или символического контакта с матерью: реальное отсутствие матери либо переживаемая ею скорбь, которая не позволяет ребенку находить себя в контакте с ней. Ф. Дольто указывает на то, что в ситуации физической утраты матери или в ситуации, когда мать есть, но она слишком погружена в свои собственные переживания, забывая о ребенке, ребенок не может развиваться по обычному пути: для переживания себя, ребенку нужен Другой – тот, рядом с которым ребенок обретает образ тела. В концепции Ф. Дольто образ тела – «бессознательная память всего опыта отношений субъекта и связанных с ними переживаний, это живой и постоянно развивающийся синтез эмоционального опыта, созданный в отношениях ребенка с матерью» [3, с.102]. Образ тела не является зрительным представлением о своем теле, не является «схемой тела», он

скорее представляет собой «символическое воплощение субъекта еще до того, как он начнет осознавать себя», и он «включает в себя всю историю ранних телесных и вербальных взаимодействий матери и ребенка» [3, с.102]. Через образ тела ребенок может поддерживать отношения с реальностью. В ситуации, когда образ тела рушится, происходит регрессия к состоянию, когда жизненные потребности ребенка удовлетворялись без субтильных, речевых, мимических, двигательных обменов. Дольто отмечает, что драматические последствия разрыва коммуникации между матерью и ребенком продолжают действовать, даже когда мать возвращается к ребенку. Это связано с тем, что когда ребенок вновь обретает мать, она уже не та не архаическая мать, которую он потерял. Во взаимодействии с ней ребенок уже не находит того восприятия, которое было раньше и которое он искал, и это не позволяет ему обрести себя прежнего [4]. Ф. Дольто, рассматривающая речь как нечто, что структурирует психику субъекта, отмечала необходимость объяснять ребенку, оказавшимся в разрыве от матери, все то, что происходит с ним: «На радио у меня была возможность связаться с еще молодыми матерями детей в возрасте до трех лет, страдающих аутизмом. Я посоветовала им рассказать ребенку, почему они исчезли, когда детям было от четырех до девяти месяцев, и сказать, что они не знали, что он от этого так страдал. Десяток из этих детей, те, кому было меньше трех лет, смогли вновь восстановить контакт со своими матерями, как это было до того события, после которого они впали в аутизм» [5, с.592]. Ф. Дольто, как и Ж.Лакан, указывает на огромное значение символической функции в жизни человека, и именно некая поломка этой символической функции лежит в основе аутизации субъекта. Нужно отметить, что аутистические субъекты, по мнению Ф. Дольто, обладают чрезвычайно развитой потребностью в коммуникации и речи: «Для меня дети, страдающие аутизмом, это рано созревшие дети, с которыми не говорят о том, что для них важно» [5, с.593].

Ф. Дольто на страницах своих книг дает несколько различных иллюстраций аутистических субъектов. Так, например, она описывает Себастьяна, чрезвычайно развитого в детском возрасте, который в пять месяцев был отдан без объяснения кормилице,

которую он не знал, а затем сменивший несколько кормилиц [4]. По трагической случайности Себастьян был госпитализирован в больницу, хотя серьезных оснований для этого не было. В больнице мальчик сперва живо реагировал на появление матери, которую наблюдал через стекло, он кричал и искал ее взгляд, но затем постепенно стал демонстрировать равнодушие к ее появлению и начал действительно болеть. Усугубление его состояния с момента госпитализации классифицировали как необходимость более тщательного лечения, и в общей сложности Себастьян пробыл там около шести недель. За время его нахождения в больнице мать занималась ремонтом квартиры и обновлением вещей, что привело к тому, что даже оказавшись дома, Себастьян не мог найти ничего, что напоминало бы ему о себе прежнем. Он был лишен слов, позволяющих ему интегрировать этот опыт, и его символическая функция стала разрушаться. Мать, занимающаяся различными заботами по дому, мало говорила с ребенком, и он так и не смог восстановить связь между самим собой и миром. Ф. Дольто, описывая этот случай, в очередной раз подчеркивает необходимость артикуляции всего того, что вторгается в жизнь ребенка – ему нужна речь Другого, которая позволит ему выдержать это испытание.

В практике М. Кляйн мы также можем увидеть аутистического субъекта и убедиться в важности символаобразования. В одной из работ М. Кляйн повествует о четырехлетнем мальчике Дике, который по уровню развития соответствовал примерно полуторогодовалому ребенку [6]. Ему был поставлен диагноз *dementia praecox* (ранее слабоумие), что было достаточно распространенным в те времена, когда аутизм рассматривался как симптом шизофрении. М.Кляйн указывает на его крайне низкую адаптацию к реальности, равнодушие по отношению к близким людям, использование бессвязных звуков и шумов вместо речи, нечувствительность к боли, полное отсутствие эмоций с его стороны. Во время первой встречи с М. Кляйн-Дик не проявил ни малейшего волнения по поводу ухода его няни. Он принялся бегать по всей комнате без какой-либо цели, при этом не выражая заинтересованности ни в отношении вещей, ни в отношении к самой М. Кляйн. Его взгляд и выражение лица

при этом оставался застывшим. Исходя из данного фрагмента мы можем назвать Дика аутистическим субъектом. В анамнезе этого мальчика имеются достаточно травматические эпизоды: в младенчестве он пережил опыт голодания, связанный с тем, что мать тщетно пыталась кормить его грудью и отвергала искусственное вскармливание. К двухмесячному возрасту Дику была найдена кормилица, но к этому моменту у него уже наблюдались желудочные расстройства и геморрой, и он сам уже не проявлял желания сосать грудь. М. Кляйн указывает на то, что этот отказ проявлялся и далее в жизни ребенка: сперва по отношению к бутылочке, затем по отношению к твердой пище. Также М. Кляйн отмечает нехватку эмоционального тепла со стороны отца и няни и указывает на то, что на проявление заботливого отношения к себе (связанного с присутствием другой няни и бабушки) Дик реагировал достаточно явным прогрессом в своем развитии, однако основные проблемы оставались неизменными. В анамнезе этого мальчика также есть эпизод с мастурбацией, вызвавшей крайне острую и порицательную реакцию со стороны няни, что привело к формированию страха и чувства вины.

М. Кляйн, описывая содержание встреч с Диком, отмечает, что он не проявлял интереса к большинству предметов и даже не всегда понимал их предназначения. Единственными объектами, по отношению к которым он демонстрировал увлеченность, были поезда и станции, а также замки на дверях и ручки. М. Кляйн интерпретировала это как фантазии о проникновении пениса отца в тело матери: двери и замки представляли собой входы и выходы из материнского тела, а ручки - пенис отца. Проведенная с ребенком психоаналитическая работа позволила М. Кляйн утверждать, что причины его крайней заторможенности и оторванности от мира отсылают к травматичному опыту раннего детства и заключаются, в сущности, в неспособности Эго переносить тревогу. Эго вынуждено было прекратить фантазирование, чтобы защититься от импульсов, что и привело к остановке образования символов, и как следствию – невозможности устанавливать отношения с реальностью. М. Кляйн указывает на то, что генитальный импульс Дика сформировался достаточно рано и сопровождался усиленной идентификацией

с материнским частичным объектом, по отношению к которому Дик больше не мог проявлять агрессию. С одной стороны, Дик в своих фантазиях не мог отразить садистического отношения к материнскому телу, а с другой стороны – испытывал ужас перед пенисом отца, заточенным в материнском теле. Описывая данный случай, М. Кляйн достаточно подробно описывает сессии Дика, что позволяет читателям наблюдать, как в психоаналитической работе Эго вновь становится способным к образованию символов, и Дик из аутистического субъекта превращается в субъекта, поддерживающего отношения с реальностью.

А. Варданян также иллюстрирует клиническую зарисовку работы, а точнее единичной консультации с субъектом, имеющим некоторые аутистические проявления. Речь идет о мальчике, воспитываемым бабушкой по материнской линии [2]. В анамнезе этого субъекта имеется и разрыв с отцом, не предъявляющим до определенного времени интереса по отношению к сыну, и разлука с матерью, которая вынуждена была заниматься заработком. Данный субъект был лишен возможности идентифицироваться с отцом, поскольку в глазах бабушки отец был лишен положительных качеств, он был «кастрирован». Свою задачу как психоаналитика А. Варданян видела в необходимости дать мальчику право выбора идентификации, право любить отца без чувства вины и чувства страха отвержения со стороны бабушки и мамы. В данном случае речь шла лишь о некоторых внешних проявлениях аутизма без того катастрофического разрыва с реальностью, которые характерны для большинства аутистических субъектов.

В заключении необходимо отметить, что психоаналитические взгляды на аутистический субъект не являются универсальными, то есть не могут охватить и объяснить весь диапазон аутистических проявлений. Однако через призму этих взглядов становится более очевидным логика аутистического субъекта, заключающаяся в отказе от структуры Другого и нарушении процесса символизации. Тем самым, при работе с аутистическим субъектом на первый план выходит необходимость детального исследования опыта его жизни и связи с Другим, а также восстановление символической функции.

Гурина Е.С.
АУТИСТИЧЕСКИЙ СПЕКТР ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИХ ВЗГЛЯДОВ

Новосибирский Государственный Педагогический Университет, Новосибирск, Россия

В статье представлены психоаналитические взгляды на феномен аутистического субъекта в рамках дискурса Ж. Лакана, Ф. Дольто, М. Кляйн. Под аутистическим субъектом рассматривается субъект, отказавшийся от вхождения в порядок Другого и характеризующийся нарушением функции символизации.

Ключевые слова: психоанализ, аутизм, аутистический субъект, символизация

Gurina E.S.
AUTISTIC SUBJECT THROUGH THE PRISM OF PSYCHOANALYTIC VIEWS

Federal state-funded educational institution of higher education

«Novosibirsk State Pedagogical University», Novosibirsk, Russian Federation

The article presents psychoanalytic views on the phenomenon of the autistic subject in the framework of the discourse of J. Lacan, F. Dolto, and M. Klein. An autistic subject is a subject that refuses to enter into the order of Another and is characterized by a violation of the symbolization function.

Keywords: psychoanalysis, autism, autistic subject, symbolization

Литература

1. Бритвин Г.В. Концепции символа Ж. Лакана: основные идеи и эвристическое значение. Преподаватель XXI века. 2010; 2: 226-229.
2. Варданян А. Этюды по детскому психоанализ. М.: Когито-Центр; 2002. 154.
3. Гурина Е.С., Кошенова М.И. Работа психолога с детской травмой: учебное пособие. Новосибирск: Изд-во НГПУ; 2020. 311.
4. Дольто Ф. Бессознательный образ тела. Ижевск: ERGO; 2006. 376.
5. Дольто Ф. На стороне ребенка. Екатеринбург: РамаПублишинг; 2013. 717.
6. Кляйн М. Детский психоанализ. М.: Институт общегуманитарных исследований; 2010. 160.
7. Мамайчук И. И. Помощь психолога детям с аутизмом. СПб.: Речь; 2007. 288.
8. Швецова Е.А. Феномен аутизма. Симптоматика отсутствия другого в свете феноменологической философии. Вестник угроvedения. 2011; 3 (6): 135-144.

References

1. Britvin G.V. Kontseptsii simvola Zh. Lakana: osnovnye idei i evristicheskoe znachenie [Lacan's concept of the symbol: basic ideas and heuristic meaning]. Prepodavatel' KhKhI veka. 2010; 2: 226-229 (in Russian).
2. Vardanyan A. Etyudy po detskomu psikhoanaliz [Studies on child psychoanalysis]. Moscow: Kogito-Tsentr; 2002. 154 (in Russian).
3. Gurina E.S., Koshenova M.I. Rabota psikhologa s detskoi travmoy: uchebnoe posobie [The work of a psychologist with childhood trauma: a tutorial]. Novosibirsk: Izd-vo NGPU; 2020. 311 (in Russian).
4. Dol'to F. Bessoznatel'nyi obraz tela [Unconscious body image]. Izhevsk: ERGO; 2006. 376 (in Russian).
5. Dol'to F. Na storone rebenka [On the side of the child]. Ekaterinburg: RamaPublishing; 2013. 717 (in Russian).
6. Klyain M. Detskii psikhoanaliz [Child psychoanalysis]. Moscow: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy; 2010. 160 (in Russian).
7. Mamaichuk I. I. Pomoshch' psikhologa detyam s autizmom [Help of a psychologist for children with autism]. Saint Petersburg: Rech'; 2007. 288 (in Russian).
8. Shvetsova E.A. Fenomen autizma. Simptomatika otsutstviya drugogo v svete fenomenologicheskoi filosofii [The phenomenon of autism. Symptoms of the absence of the other in the light of phenomenological philosophy]. Vestnik ugrovedeniya. 2011; 3 (6): 135-144 (in Russian).

Поступила в редакцию 29.12.2020

УДК 159.9.072.43

Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, ДНР

За последние десятилетия показатели здоровья населения значительно ухудшились, что можно объяснить социально-экономическими изменениями. По официальным данным органов здравоохранения больше половины процента детей школьного возраста имеют психологические и соматические нарушения. Заболевания сердечно-сосудистой, пищеварительной системы, опорно-двигательного аппарата, пограничные нервно-психические расстройства относятся к наиболее распространенным формам патологий [3].

Доминирующими в структуре заболеваемости являются так называемые болезни адаптации или психосоматические заболевания, в этиологии которых не последнюю роль играют факторы психологического и социально-психологического характера. Расстройства с течением времени складываются в патологическую, психосоматическую, функциональную многоуровневую систему с различными составляющими: физиологическими, психологическими, патопсихологическими, социальными - структурный аттрактор болезни (САБ) (Ананьев В.А.). Поэтому перспективным направлением ранней диагностики таких состояний является психологическая диагностика нарушений адаптации, поскольку именно психологическое состояние является наиболее чутким индикатором трудностей адаптации. Элементами структурного аттрактора болезни как функциональной системы, реагирующей на средовые влияния, являются биологический, социальный и психологический компоненты [2].

Таким образом, актуальной задачей, которая имеет важное практическое значение, является исследование и анализ психологического компонента структурного аттрактора болезни у подростков, что позволит увеличить эффективность психопрофилактических

мер по укреплению здоровья детей школьного возраста.

Цель исследования: изучение психологического компонента структурного аттрактора болезни подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Объектом исследования выступает структурный аттрактор болезни.

Предметом исследования является психологический компонент структурного аттрактора болезни подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Гипотеза: составляющие психологического компонента структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями не связаны между собой.

Теоретико-методологическую основу исследования составили разработанные в отечественной и зарубежной психологии концепции педагогической психологии и психологии развития детей (Божович Л.И., Выготский Л.С., Эльконин Д.Б., Эриксон Э., Пиаже Ж.), медицинской и клинической психологии (Карвасарский Б.Д., Мясищев В.П.), теории общего адаптационного синдрома (Г. Селье), комплексный подход к изучению человека (Б.Г. Ананьев, Л.И. Божович, Л.С. Выготский, В.С. Мерлин), онтогенетическая концепция структурного аттрактора болезни В.А. Ананьев).

Методы исследования. Для проверки предложенной гипотезы и использовался комплекс методов:

- Теоретические: анализ, синтез, систематизация, сравнение, обобщение научной литературы и эмпирических данных, касающихся объекта исследования;
- Эмпирические: беседа, наблюдение;
- Психодиагностические: Личностный опросник Мини-Мульт; Методика диагностики личностных факторов темперамента и характера (5PFQ); Самооценочный

тест «Характеристики эмоциональности» (Е.П. Ильин); Методика диагностики типа эмоциональной реакции на воздействие стимулов окружающей среды В.В. Бойко; Методика «Индекс жизненного стиля» (Life Style Index, LSI); Тест для диагностики механизмов психологической защиты; Индикатор копинг-стратегий (Д. Амирхан); Метод математической статистики: коэффициента линейной корреляции Пирсона.

Эмпирическую базу исследования составили подростки в количестве 30 человек, в возрасте от 11 до 16 лет, которые находились на данный момент исследования на лечении в отделении детской кардиохирургии Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. Исследование проводилось в зависимости от желания подростков и от их соматического состояния.

В результате эмпирического исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями были получены следующие результаты:

Анализ личностных черт подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) показал, что в большей степени для них характерны проявления паранойяльных (средние балл по шкале «Паранойяльность» 58,3) и депрессивных (средние показатели по шкале «Депрессия» – 59,33 б.) черт, а также эмоциональная неустойчивость (53,43 – средний балл по шкале «Эмоциональная устойчивость-эмоциональная неустойчивость»). Так, для подростков с подобными характеристиками свойственны тенденции к тревогам, сензитивности, робости и замкнутости, интрапунтивным реакциям в ситуациях фрустрации, инертности, пассивности в случаях дезадаптации. Так же здесь можно говорить о черте формирования сверхценных идей, эгоизме, большом самомнении, такие люди переоценивают собственные удачи, а малейшим неудачам придают огромное значение, не имеют собственных взглядов, часто конфликтны с окружающими, злопамятны. Данная группа подростков неспособна контролировать свои эмоции и импульсивные влечения, что проявляется в поведении отсутствием чувства ответственности, капризностью и уходом от реальности.

Нами были выявлены особенности механизмов психологической защиты у подростков с ССЗ.: реактивное образование (средние

показатели по шкале «Реактивное образование» – 88,23), компенсация (81,23 – средний балл по шкале «Компенсация») и замещение (шкала «Замещение» имеет средние показатели 84,83 балла). Так же для данной группы подростков свойственно прибегать к поиску социальной поддержки (средние показатели по шкале «Поиск социальной поддержки» – 21,43 б.) как к копинг-стратегии. Это говорит о том, что поведение данных подростков может быть неконгруэнтным возникшим ситуациям. Так же им свойственно перенесение агрессии, вызванной более сильным значим лицом, на объекты, представляющие меньшую опасность, стремление к разрушительным действиям, сдерживание гнева, вспыльчивость. Свойственны проявления сдерживания чувства неполноценности, их замена, желание доказать всем свою значительность в определенном виде деятельности, потребность в подтверждении окружающими своих реальных или мнимых достоинств. Так же они склонны прибегать к попыткам разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за рекомендациями к экспертам и знакомым, владеющим с точки зрения респондента необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания.

В ходе эмпирического исследования эмоциональной сферы подростков с ССЗ удалось выяснить, что значимой характеристикой эмоциональности выступает интенсивность (баллы по шкале «Эмоциональная интенсивность» составляют 5,6), при этом эмоциональные реакции на позитивные (средние показатели по шкале «Эйфорическая вовне» на позитивные стимулы – 6,66) и амбивалентные (средние показатели по шкале «Эйфорическая вовне» на амбивалентные стимулы – 5,2) стимулы имеют эйфорическую направленность вовне, а на негативные (средние показатели по шкале «Рефрактерная вовнутрь» на негативные стимулы – 5,2) стимулы – рефрактерную вовнутрь. Полученные данные характеризуют

ют данную группу подростков как глубоко переживающих различные эмоции, которые могут сопровождаться выраженными физиологическими и экспрессивными реакциями. Им свойственен нескрываемый оптимизм, открытость эмоций, быстрое переключение, умение радоваться, способность видеть во многих вещах приятное, немотивированная отходчивость, когда неприятные впечатления развеиваются сами по себе и быстро. Так же данная группа подростков склонна копить обиды, застревать на аффективных реакциях, ипохондрии, их отходчивость мотивирована, позволяющая убедить себя или поддаться воздействию окружающих забыть обиду, успокоиться, простить зло.

Корреляционный анализ позволяет нам говорить о наличии связи между всеми составляющими (личностные черты, эмоциональная сфера, механизмы психологической защиты и копинги) психологического компонента структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Так, высокие показатели проявления у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями отрицания как защитного механизма будут обуславливать высокий уровень проявления психопатии как личностного свойства ($r = 0,82, p \leq 0,001$), а так же такой личностной черты как самоконтроль ($r = 0,75, p \leq 0,001$). При этом использование данной группой подростков отрицания будет уменьшать проявления экспрессивности как личностной черты ($r = -0,74, p \leq 0,001$), а так же интенсивности ($r = -0,67, p \leq 0,001$) и длительности ($r = -0,68, p \leq 0,001$) как характеристик эмоциональной сферы.

В случае высоких показателей интенсивности эмоций у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями так же будут высокими показатели эмоциональной неустойчивости ($r = 0,69, p \leq 0,001$) как характеристики эмоциональной сферы и ипохондрией ($r = 0,59, p \leq 0,001$) в качестве свойства личности. При этом самоконтроль как черта личности будет менее свойственна данной группе подростков при высоких показателях интенсивности эмоций ($r = -0,59, p \leq 0,001$).

Таким образом, личностные черты, эмоциональная сфера, механизмы защиты и копинги как составляющие психологического компонента структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями взаимосвязаны между собой, что говорит об отсутствии активации в структуре психологического аттрактора болезни и не ведет к формированию нарушений «нормы адаптации» у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Так как нами были исследованы дети подросткового возраста, и их показатели эмоциональной и личностной сферы, а также механизмов защиты и копингов, представляющих собой совокупность психологического компонента структурного аттрактора болезни, находятся в пределах крайней границы нормы, то мы можем предположить, что данная группа подростков находится в «группе риска», и поэтому проведение психопрофилактических мероприятий остается актуальным.

Гипотеза исследования: составляющие психологического компонента структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями не связаны между собой, не подтвердилась.

Вильдгрубе С.А., Крамаренко Е.В., Фирсова Г.М.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ СТРУКТУРНОГО АТТРАКТОРА БОЛЕЗНИ У ПОДРОСТКОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака, Донецк, ДНР

Цель данной статьи «Психологический компонент структурного аттрактора болезни у подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями» состоит в изучении психологического компонента структурного аттрактора болезни подростков с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В данной работе расширено, уточнено понятие психологического компонента структурного аттрактора болезни. Полученные результаты могут быть полезны в психологической работе с подростками с сердечно – сосудистой патологией, направленной на обеспечение условий оптимизации процесса ранней психологической диагностики нарушений адаптации

Ключевые слова: структурный аттрактор болезни, подростковый возраст, сердечно-сосудистые заболевания

Wildgrube S.A., Kramarenko E.V., Firsova G.M.

PSYCHOLOGICAL COMPONENT OF THE STRUCTURAL ATTRACTOR OF DISEASE
IN ADOLESCENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASES

V.K. Gusak Institute of Urgent and Recovery Surgery, Donetsk, DPR

The purpose of this article “The psychological component of the structural disease attractor in adolescents with cardiovascular diseases” is to study the psychological component of the structural disease attractor in adolescents with cardiovascular diseases.

In this work, the concept of the psychological component of the structural attractor of the disease is expanded and specified. The results obtained can be useful in psychological work with adolescents with cardiovascular pathology, aimed at providing conditions for optimizing the process of early psychological diagnosis of adaptation disorders.

Keywords: structural disease attractor, adolescence, cardiovascular disease

Литература

1. Александров А.А. Рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в детском и подростковом возрасте. М.; 2012. 247.
2. Ананьев Б.Г. Социальные ситуации развития личности и ее статус. СПб.: Изд-во «Питер»; 2000. 324.
3. Ахвердова О.А. Психическое здоровье нации и клиническая психология. Пульс медицины. 2002; 2: 18-20.
4. Малиновская Н.Д. Психологические элементы структурного аттрактора болезни у детей школьного возраста: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург; 2006. 18.

References

1. Aleksandrov A.A. Rekomendacii po profilaktike serdechno-sosudistykh zabolevanij v detskom i podrostkovom vozraste [Recommendations for the prevention of cardiovascular diseases in childhood and adolescence]. Moscow; 2012. 247 (in Russian).
2. Anan'ev B.G. Social'nye situacii razvitiya lichnosti i ee status [Social situations of personality development and its status]. Saint-Petersburg: Izd-vo «Piter»; 2000. 324 (in Russian).
3. Ahverdova O.A. Psihicheskoe zdorov'e nacii i klinicheskaya psihologiya [Mental health of the nation and clinical psychology]. Pul's mediciny. 2002; 2: 18-20 (in Russian).
4. Malinovskaya N.D. Psihologicheskie elementy struktornogo attraktora bolezni u detej shkol'nogo vozrasta: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk [Psychological elements of the structural attractor of the disease in schoolchildren: Cand.psychol.sci.diss.abs.]. Saint-Petersburg; 2006. 18 (in Russian).

Поступила в редакцию 11.09.2020

УДК 616.24-002.5:316.621

Лепшина С.М.¹, Ряполова Т.Л.¹, Лепшина Е.А.², Атаев О.В.¹, Дубосар Е.В.¹

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

²Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в регионе остается напряженной. В 2019 году в ДНР удельный вес больных мультирезистентным туберкулезом (МРТБ) среди впервые выявленных больных составил более 25%, среди повторных больных – более 50%.

Больные МРТБ являются группой повышенного риска отказа от полноценного лечения. Приверженность лечению является обязательным компонентом предотвращения генерирования штаммов возбудителя с расширенной резистентностью, способных широко распространяться среди окружающих, вызывая у них потенциально неизлечимые формы болезни. Обеспечить приверженность химиотерапии при МРТБ особенно трудно из-за значительной продолжительности курса лечения, большого количества назначаемых препаратов и серьезных побочных реакций на них [6].

Химиотерапия МРТБ в значительном числе случаев может быть вполне успешной при высокой степени приверженности больных лечению в условиях, когда предпринимаются меры по его адекватной поддержке и обеспечению. [1]

В последние десятилетия все более актуальной становится задача определения механизмов саморегуляции психической деятельности в норме и патологии, ресурсов организма человека и его личности для успешного преодоления последствий различных заболеваний, а также - сохранения или повышения способности к выполнению различных видов деятельности. В связи с этим становится крайне важным определение особенностей способов и ресурсов совладающего с болезнью поведения как психологических феноменов адаптации у больных с заболеваниями легких.

Несмотря на многочисленные исследования влияния психологических факторов на

возникновение и течение болезни, наименее изученной проблемой остается способ совладания с заболеванием у больных бронхолегочной патологией [7].

Проблему психологической адаптации к дистрессу можно рассматривать в контексте интенсивно развивающихся исследований совладающего поведения (coping behavior) как формы психической активности, направленной на преодоление дистресса и овладение ситуацией. Эффективное преодолевающее поведение позволяет изменить неудовлетворительные отношения в системе человек – среда и адекватно регулировать эмоции.

МРТБ является дистрессом, эффективность адаптации к которому существенно влияет на течение заболевания, его прогноз, качество жизни и социальное функционирование пациента [5].

При этом отечественные исследования совладающего поведения больных с заболеваниями легких единичны и фрагментарны, больных МРТБ - до настоящего времени не проводились.

Те способы, при помощи которых больной пытается справиться со своим заболеванием могут либо способствовать неблагоприятному течению заболевания, либо препятствовать ему. Важно определить эти способы, так как некоторые из них опасны и саморазрушительны для пациента, а другие помогают ему успешно совладать со сложным заболеванием [8]. Категоризация способов совладания с болезнью может существенно расширить теоретические представления о психологических феноменах адаптации к ситуации заболевания, стать полезной основой для дальнейших научных разработок в области психологии совпадающего поведения, а также позволит учесть их при оказании специализированной медико-психологической помощи

и реализовать на практике индивидуальный подход к лечению. Копинг — это, прежде всего, способ, которым индивидуум поддерживает психосоциальную адаптацию в период стресса [2,4,9]. Он включает когнитивную, эмоциональную и поведенческую составляющие для уменьшения или разрешения условий, порождающих стресс.

По определению Lazarus R.S. копинг — это стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования среды имеют огромное значение для его хорошего самочувствия (как в ситуации, связанной с опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех), поскольку эти требования активируют адаптивные возможности [11].

Таким образом, совладающее поведение (копинг-стратегия) — это деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими эти требования [1,3,4]. Это способ, которым индивидуум переживает стресс или ответ на стресс.

Н. Weber считает, что психологическое предназначение копинг-стратегии состоит в том, чтобы лучше адаптировать человека в ситуации, помогая ему овладеть ею, ослабить или смягчить ее требования [10].

Задача копинга — поддержание благополучия человека, его физического и психического здоровья и удовлетворенности социальными отношениями.

Под копингом в практическом смысле понимают стратегии, которые используются

индивидуумами для достижения адаптивного функционирования или приспособления.

Все вышесказанное позволяет сделать вывод о необходимости определения типов копинг-стратегии больных МРТБ с целью последующего составления плана методов психологической коррекции.

Материалы и методы исследования

Нами обследовано 95 пациентов мультирезистентным туберкулезом легких и 68 пациентов чувствительным туберкулезом (контрольная группа), сходных по гендерному и возрастному составу. Исследование проведено в Республиканской клинической туберкулезной больнице МЗ ДНР в июне-июле 2019 года, в нем использованы клиническое интервью и психодиагностический опросник для определения типа копинг-поведения. Опросник представляет собой 48 утверждений, отражающих типы поведения и реакций в стрессовых ситуациях. Пациентам было предложено оценить частотность использования заданных типов поведения, выбрав один из предложенных вариантов «никогда», «редко», «иногда», «чаще всего», «очень часто».

Полученные результаты представлены в таблице.

Результаты исследования и их обсуждение

Нами установлено, что преобладающим в основной группе, являлся копинг, ориентированный на избегание – 74 (77,8 %) человека, при этом в контрольной группе таких паци-

Таблица

Типы копинг-поведения больных мультирезистентным туберкулезом легких

№	Типы копинг-стратегии	Пациенты с МРТБ легких (n=95)		Пациенты с чувствительным ТБ легких (n=68)	
		абс	%	абс	%
1.	Копинг, ориентированный на решение задачи	12	32	8	14
2.	Копинг, ориентированный на эмоции	13	35	14	39,5
3.	Копинг, ориентированный на избегание	74	77,8	21	31
3.1	Копинг, ориентированный на отвлечение	29	30,5	30	31,6
3.2	Копинг, ориентированный на социальное отвлечение	25	26,3	11	11,6

ентов оказалось 21 (31%) человек ($p < 0.05$). Следует также отметить, что данные по субшкалам отвлечения и социального отвлечения, относящимся к избеганию, составили соответственно 29 (30,5%) и 25 (26,3%) человек в основной группе и 30 (31,6%) и 11 (11,6%) человек – в контрольной ($p < 0.05$). Пациентов с копингом, ориентированным на решение задачи, в основной группе оказалось значительно меньше, чем в контрольной - 14 % и 32%, соответственно ($p < 0.05$). При этом пациентов с копингом, ориентированным на эмоции, оказалось примерно поровну - 35 % в основной группе и 39,5 % – в контрольной ($p > 0.05$). Заметные различия в поведении пациентов были отмечены и при проведении клинического интервью. Пациенты с копингом, ориентированным на решение задачи, были более активны, доброжелательны, проявляли предприимчивость в отстаивании своих интересов. Пациенты с типом копинг-поведения, ориентированным на эмоции, отличались некоторой конфликтностью, демонстрировали недовольство отношениями с близкими, проводимым лечением, требовали к себе повышенного внимания. Пациентов с копингом, ориентированным на избегание, отличали пассивность, формальность в общении, нежелание говорить о болезни и планах на будущее.

Также результаты интервью показали, что больные ТБ ощущают дефицит информационной поддержки. При этом пациенты с копингом, ориентированным на решение задачи, стараются самостоятельно получать информацию о своей болезни и методах лечения. Пациенты с копингом, ориентированным на эмоции, больше нуждаются в эмоциональной

поддержке, эмпатическом ответе, проявляют стремление быть выслушанными, активнее идут на контакт с психологами. Пациенты с копингом, ориентированным на избегание, демонстрируют пассивность, беспомощность, нежелание влиять на ситуацию, низкую готовность к сотрудничеству с врачом.

На наш взгляд, ситуацию с преобладанием у пациентов, страдающих МРТБ легких, типа копинг-поведения, ориентированного на избегание, можно рассматривать двояко: с одной стороны, такой тип копинга помогает пациенту вести привычный образ жизни, не предпринимая активных усилий, освобождает от моральных оценок и ответственности за свое состояние в условиях социальной непривлекательности и стигматизирующего влияния болезни, с другой – становится трудно преодолимым барьером на пути лечения. Можно предположить, что «избегание», подкрепленное отсутствием выраженных болевых ощущений на начальных этапах болезни, затягивает пациента в круг мнимого благополучия, приводит к отказу от регулярного приема препаратов, что в последующем может стать причиной формирования у пациента ТБ с расширенной резистентностью МБТ.

Таким образом, исследование типов копинг-стратегии пациентов с МРТБ легких указывает на необходимость проведения психодиагностических мероприятий еще на начальных этапах болезни с целью выявления неконструктивных типов копинг-стратегии для последующей коррекции, формирования у пациентов приверженности лечению и повышения эффективности оказания медицинской помощи.

Лепшина С.М.¹, Ряполова Т.Л.¹, Лепшина Е.А.², Атаев О.В.¹, Дубосар Е.В.¹

ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-СТРАТЕГИИ БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

¹Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

²Республиканская клиническая психиатрическая больница, Донецк, ДНР

Обеспечить приверженность химиотерапии при МРТБ особенно трудно из-за значительной продолжительности курса лечения, количества назначаемых препаратов и серьезных побочных реакций на них. Поэтому больные МРТБ являются группой повышенного риска отказа от полноценного лечения. В последние десятилетия все более актуальной становится задача определения механизмов саморегуляции психической деятельности в норме и патологии, ресурсов организма человека и его личности для успешного преодоления последствий различных заболеваний, а также - сохранения или повышения способности к выполнению различных видов деятельности. В связи с этим становится крайне важным определение особенностей способов и ресурсов совладающего с болезнью поведения как психологических феноменов адаптации у больных с заболеваниями легких. Все вышесказанное позволяет сделать вывод о необходимости

определения типов копинг-стратегии больных МРТБ с целью последующего составления плана методов психологической коррекции.

С этой целью нами обследовано 95 пациентов мультирезистентным туберкулезом легких и 68 пациентов чувствительным туберкулезом (контрольная группа), сходных по гендерному и возрастному составу. В обследовании использовалось клиническое интервью и психодиагностический опросник для определения типа копинг-поведения. Опросник представляет собой 48 утверждений, отражающих типы поведения и реакций в стрессовых ситуациях. Пациентам было предложено оценить частотность использования заданных типов поведения, выбрав один из предложенных вариантов «никогда», «редко», «иногда», «чаще всего», «очень часто». Согласно результатам исследования, преобладающим в обеих группах, является копинг, ориентированный на избегание. Нами установлено, что преобладающим в основной группе, являлся копинг, ориентированный на избегание – 74 (77,8 %) человека, при этом в контрольной группе таких пациентов оказалось 21 (31%) человек ($p < 0.05$). Пациентов с копингом, ориентированным на решение задачи, в основной группе оказалось значительно меньше, чем в контрольной - 14 % и 32%, соответственно ($p < 0.05$). При этом пациентов с копингом, ориентированным на эмоции, оказалось примерно поровну - 35 % в основной группе и 39,5 % – в контрольной ($p > 0.05$). Также результаты интервью показали, что больные ТБ ощущают дефицит информационной поддержки.

Исследование типов копинг-стратегии пациентов МРТБ легких указывает на необходимость проведения психодиагностических мероприятий еще на начальных этапах болезни с целью выявления неконструктивных типов копинг-стратегии для последующей коррекции, формирования у пациентов приверженности к лечению и повышения эффективности оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: мультирезистентный туберкулез легких, копинг-стратегия

Lepshina S.M.¹, Ryapolova T.L.¹, Lepshina E.A.², Ataev O.V.¹, Dubosar E.V.¹

FEATURES OF COPING STRATEGY OF PATIENTS WITH MULTIDRUG- RESISTANT PULMONARY TUBERCULOSIS

¹State educational institution of higher professional education
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

²Republican Clinical Psychiatric Hospital, Donetsk, DPR

Adherence to chemotherapy with MDR-TB is especially difficult due to the lengthy duration of the course of treatment, the number of drugs prescribed, and serious adverse reactions to them. Therefore, patients with MDR-TB are a group of increased risk of refusal from adequate treatment. In recent decades, the task of determining the mechanisms of self-regulation of mental activity in norm and pathology, the resources of the human body and his personality, for successfully overcoming the consequences of various diseases, as well as maintaining or increasing the ability to perform various types of activities, has become increasingly urgent. In this regard, it becomes extremely important to determine the characteristics of the methods and resources of coping with the disease behavior as psychological phenomena of adaptation in patients with lung diseases. All of the above allows us to conclude that it is necessary to determine the types of coping strategies in patients with MDR-TB in order to subsequently draw up a plan for methods of psychological correction.

For this purpose, we examined 95 patients with multi-resistant pulmonary tuberculosis and 68 patients with susceptible tuberculosis (control group), similar in gender and age composition.

The survey used a clinical interview and a psychodiagnostic questionnaire to determine the type of coping behavior. The questionnaire consists of 48 statements reflecting types of behavior and reactions in stressful situations. Patients were asked to rate the frequency of using the given types of behavior by choosing one of the proposed options “never”, “rarely”, “sometimes”, “most often”, “very often”. According to the study results, avoidance-oriented coping is predominant in both groups. We found that avoidance-oriented coping was predominant in the main group - 74 (77.8%) people, while in the control group there were 21 (31%) people ($p < 0.05$) with such patients. There were significantly fewer patients with problem-solving coping in the main group than in the control group - 14% and 32%, respectively ($p < 0.05$). At the same time, the number of patients with emotion-oriented coping was approximately equal - 35% in the main group and 39.5% - in the control group ($p > 0.05$). Also, the results of the interviews showed that TB patients feel a lack of information support.

The study of the types of coping strategies in patients with MDR-TB lungs indicates the need for psychodiagnostic measures at the initial stages of the disease in order to identify non-constructive types of coping strategies for subsequent correction, formation of adherence to treatment in patients and increase the efficiency of medical care.

Keywords: multidrug-resistant pulmonary tuberculosis, coping behavior

Литература

1. Сводное руководство ВОЗ по лечению лекарственно-устойчивого туберкулеза. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ. 2019: 116. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329298/9789289054461-rus.pdf> (дата обращения: 04.10.2020).
2. Сухова Е.В., Николаевский В.Н. Копинг-стратегии больных туберкулезом. Теоретические и практические аспекты психологии и педагогики. 2016; 68-84.
3. Рягузова Е.В., Черняева Т.И., Черняева К.О. Коммуникативное пространство личности с диагнозом «туберкулез легких». Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: акмеология образования. Психология развития. 2018; 7 (4): 368-376.
4. Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019: 297. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf> (дата обращения: 02.10.2020).
5. Keertan Dheda et al. Global control of tuberculosis: from extensively drug-resistant to untreatable tuberculosis. The Lancet. 2014; 2 (4): 321-328.
6. Лепшина С.М., Сердюк О.В., Юровская Е.И., Стрига Л.В., Передерий Д.Н., Янн Е.В. Анализ эффективности лечения ВИЧ/МРТБ больных в интенсивной фазе лечения. Вестник гигиены и эпидемиологии. 2018; 22 (4): 15-17.
7. Соболев В.А., Ярославская Л.И., Ярославская М.А. К вопросу о роли совладающего поведения в психологической адаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Архивъ внутренней медицины. 2016: 31.
8. Гарданова Ж. Р., Чернов А. В., Абдуллин И. И. Взаимосвязь уровня тревожности с копинг-стратегиями и выраженностью психологических защитных механизмов по сравнению с людьми, больными другими онкологическими заболеваниями. Вестник науки и образования. 2016; 9 (21): 97-101. URL: <http://scientificjournal.ru/a/123-psi/299-vzaimosvyaz-urovnya-trevozhnosti-s-koping-strategiyami-i-vyrazhennostyu-psikhologicheskikh-zashchitnykh-mekhanizmom-po-sravneniyu-s-lyudmi-bolnymi-drugimi-onkologicheskimi-zabolevaniyami.html> (дата обращения: 06.10.2020).
9. Ковалева О.В. Современное состояние и перспективы изучения копинг-стратегии совладания со стрессом. Образование XXI века: материалы XII (57) Региональной научно-практической конференции студентов и магистрантов. Витебск; 2012: 254-255.
10. Weber H. Belastungsverarbeitung. Z. fur Klinische Psychologic. 1992; 21 (1): 17-27.
11. Lazarus R.S. Psychological stress in the workplace. J. of Social Behavior and Personality; 1991: 6 (7): 1—13.

References

1. Svodnoe rukovodstvo VOZ po lecheniyu lekarstvenno-ustoichivogo tuberkuleza [WHO consolidated guidelines for the treatment of drug-resistant tuberculosis]. Copenhagen: Evropeiskoe regional'noe byuro VOZ. 2019: 116. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329298/9789289054461-rus.pdf> (accessed: 01.10.2020) (in Russian).
2. Sukhova E.V., Nikolaevskii V.N. Koping-strategii bol'nykh tuberkulezom [Coping strategies for tuberculosis patients]. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty psikhologii i pedagogiki. 2016; 68-84 (in Russian).
3. Ryaguzova E.V., Chernyaeva T.I., Chernyaeva K.O. Kommunikativnoe prostranstvo lichnosti s diagnozom «tuberkulez legkikh» [Communicative space of a person diagnosed with pulmonary tuberculosis]. Izvestiya Saratovskogo universiteta. Novaya seriya. Seriya: akmeologiya obrazovaniya. Psikhologiya razvitiya. 2018; 7 (4): 368-376 (in Russian).

4. Global tuberculosis report 2019. Geneva: World Health Organization; 2019: 297. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf> (accessed: 02.10.2020).
5. Keertan Dheda et al. Global control of tuberculosis: from extensively drug-resistant to untreatable tuberculosis. *The Lancet*. 2014; 2 (4): 321-328.
6. Lepshina S.M., Serdyuk O.V., Yurovskaya E.I., Striga L.V., Perederii D.N., Yann E.V. Analiz effektivnosti lecheniya VICH/MRTB bol'nykh v intensivnoi faze lecheniya [Analysis of the effectiveness of HIV / MDR-TB treatment in patients in the intensive phase of treatment]. *Vestnik gigieny i epidemiologii*. 2018; 22 (4): 15-17 (in Russian).
7. Sobolev V.A., Yaroslavskaya L.I., Yaroslavskaya M.A. K voprosu o roli sovladayushchego povedeniya v psikhologicheskoi adaptatsii k zabolevaniyu u bol'nykh khronicheskimi nespetsificheskimi zabolevaniyami legkikh [To the question of the role of coping behavior in psychological adaptation to the disease in patients with chronic nonspecific lung diseases]. *Arkhiv vnutrennei meditsiny*. 2016: 31 (in Russian).
8. Gardanova Zh. R., Chernov A. V., Abdullin I. I. Vzaimosvyaz' urovnya trevozhnosti s koping-strategiyami i vyrazhennost'yu psikhologicheskikh zashchitnykh mekhanizmom po sravneniyu s lyud'mi, bol'nymi drugimi onkologicheskimi zabolevaniyami [The relationship between the level of anxiety and coping strategies and the severity of psychological defense mechanisms in comparison with people with other oncological diseases]. *Vestnik nauki i obrazovaniya*. 2016; 9 (21): 97-101. Available at: <http://scientificjournal.ru/a/123-psi/299-vzaimosvyaz-urovnya-trevozhnosti-s-koping-strategiyami-i-vyrazhennostyu-psikhologicheskikh-zashchitnykh-mekhanizmom-po-sravneniyu-s-lyudmi-bolnymi-drugimi-onkologicheskimi-zabolevaniyami.html> (accessed: 06.10.2020) (in Russian).
9. Kovaleva O.V. Sovremennoe sostoyanie i perspektivy izucheniya koping-strategii sovladaniya so stressom [Current state and prospects of studying coping strategies for coping with stress]. *Obrazovanie XXI veka: materialy XII (57) Regional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii studentov i magistrantov*. Vitebsk; 2012: 254-255 (in Russian).
10. Weber H. Belastungsverarbeitung. *Z. fur Klinische Psychologic*. 1992; 21(1): 17-27.
11. Lazarus R.S. Psychological stress in the workplace. *J. of Social Behavior and Personality*; 1991: 6 (7): 1—13.

Поступила в редакцию 10.10.2020

УДК 159.99

Жемчугова И.И.

РОЛЬ ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДДЕРЖАНИИ КОГНИТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

*Уральский Федеральный Университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина,
Екатеринбург, Россия*

Актуальность проблемы когнитивных изменений в пожилом возрасте определяется ее социальной значимостью. Уровень развития современного общества позволяет увеличивать продолжительность жизни. Согласно данным ВОЗ, количество пожилых людей к 2050 году увеличится на 10% и будет составлять 2 млрд. человек, или 22% от населения Земли. Настигающее пожилого человека умственное увядание может приводить к социальной изоляции, эмоциональным нарушениям, трудностям в самообслуживании и выполнении домашних обязанности, в целом, к снижению качества жизни. В связи с этим, внимание ученых во многом направлено на изучение причин и механизмов когнитивного снижения, для поиска путей его профилактики и обеспечения полноценного функционирования человека в пожилом возрасте.

В стареющем организме происходят комплексные биохимические, физиологические и структурные изменения, которые непосредственно влияют на качество психической активности. Нарушение клеточного метаболизма приводит к увеличению количества reactive oxygen species, которые вызывая окислительный стресс (окисление фосфолипидов, белков), приводят к изменению проницаемости клеточной мембраны, инактивации ионных каналов и мембранных ферментов. Как правило, увеличение продуктов окислительного стресса характерно для пожилого возраста, однако при деменции и болезни Альцгеймера их уровень значительно выше. Кроме того, нарушается процесс метаболизма глюкозы. Степень его нарушения в мозге некоторые авторы связывают с выраженностью когнитивных изменений при болезни Альцгеймера. Также на животных моделях было показано изменение противовоспалительных реакций в головном мозге в пожилом возрасте. Повышенное содержа-

ние воспалительных цитокинов, антигенов, синтезируемых микроглией в стареющем мозге приводит к состоянию хронического воспаления и постепенному саморазрушению. Еще одной важной особенностью старения является повышение амилоидной нагрузки на мозг. Эти процессы сопровождаются такими структурными изменениями как, уменьшение объема мозга, увеличением полости желудочков, уменьшением дендритного ветвления в префронтальной коре и гиппокампе, снижении нейрогенеза [1-3].

Выявленные закономерности определяют способы медицинского вмешательства. И, хотя, до сих пор у ученых отсутствуют однозначное мнение относительно природы старческой деменции, болезни Альцгеймера, слабых когнитивных нарушений, поиск путей профилактики продолжается. Одним из наиболее простых и перспективных считается вмешательство по средствам диеты и потребления дополнительных биодобавок. Несмотря на известную с древних времен идею о роли питания и отдельных питательных веществ на здоровье и благополучие человека, научные исследования начались сравнительно недавно. К настоящему времени в научной литературе существует большое количество данных как подтверждающих, так и опровергающих связь тех или иных питательных веществ с когнитивными нарушениями. Тем не менее, такой подход к лечению является достаточно перспективным.

Одной из наиболее интенсивно изучаемой категории питательных веществ являются витамины. В рамках исследования их взаимосвязи с когнитивным снижением внимание преимущественно уделяется группам витаминов В, С и D. Витамины группы В являются важными факторами поддержания полноценного функционирования ЦНС на протяжении всей жизни. Например, витамин

В-6 вовлечен в синтез дофамина и серотонина, а также принимает участие в синтезе аминокислот, липидов и глюкозы. Витамины В-12, В-9 и В-1 принимают участие в регуляции уровня гомоцистеина, повышение которого наблюдается при болезни Альцгеймера и атеросклерозе. Дефицит витамина В-12, В-9, В-6 принято связывать с повышенным риском когнитивным дефицитом, как в детском, так и в пожилом возрасте. Однако, результаты лечения с помощью витаминов В являются достаточно противоречивыми. Например, исследование, проведенное L. Varoni et al показало значительное улучшение показателей краткой шкалы оценки психического статуса с повышением концентрации фолиевой кислоты (В-9) [4]. Напротив, большая часть исследований демонстрируют негативную корреляцию между уровнем концентрации витаминов В и гомоцистеина, но отсутствие какого-либо влияния на когнитивные функции [5].

Более согласованные результаты наблюдаются в отношении витамина D. Исследование связи витамина В-12 и витамина D с когнитивным снижением, проведенное M. I. da Rosa et al., показало, что понижение уровня витамина D, а также повышение уровня витамина В-12 связано с когнитивным снижением [6]. в исследовании на мышинных моделях продемонстрировали роль витамина D в модулировании возрастно-зависимых воспалительных состояний, экспрессии BDNF гена, а также холинергической функции, и таким образом оказывает положительное влияние на когнитивные функции в пожилом возрасте. Мыши, которые в течение 5 месяцев получали витамин D демонстрировали снижение окислительного стресса, повышение нейротрофического фактора мозга и усилению трансмиссии ацетилхолина [7]. В связи со снижением качества питания и нарушением метаболизма, пожилые люди склонны испытывать дефицит витамина D, что требует особого внимания со стороны врачей и родственников.

Витами С благодаря многочисленным эффектам, оказываемым на организм, также является объектом многочисленных исследований и дискуссий. Одна из важнейших функций витамина С состоит в нейтрализации свободных радикалов, защиты белков от алкилирования, препятствуя развитию окислительных процессов в клетке. Как было упомянуто выше, окислительный стресс свя-

зывается с процессами старения головного мозга и снижением когнитивных функций. В связи с чем, предполагается, что витамин С может служить одним из способов коррекции нарушений познавательных процессов в пожилом возрасте. Кроме того, витамин С является ко-фактором для ферментов, участвующих в синтезе коллагена, а также стимулирует пролиферацию эндотелия, что способствует укреплению стенок сосудов, снижению риска развития атеросклероза и инсультов и, соответственно, поддержанию нормального кровотока в головном мозге. Как известно, цереброваскулярные патологии являются одной из причин развития деменции. Однако, несмотря на многочисленные полезные эффекты, связанные с действием витамина С, исследования его взаимосвязи с когнитивными функциями не дают однозначного ответа. Например, согласно данным Rotterdam Scan Study увеличение приема аминокислоты снижало риск развития болезни Альцгеймера на 18%. С другой стороны, многие исследования указывают на отсутствие какой-либо связи [8].

Помимо изучения влияния витаминов на когнитивное старение огромное внимание уделяется базовым питательным веществам, таким как белки, углеводы, жиры, а также пищевые волокна. Углеводы являются важным источником энергии для человека. Дефицит углеводов может привести к критическому снижению концентрации глюкозы, и, как следствие, тяжелым неврологическим симптомами, в наиболее тяжелых случаях – к коме. Однако, результаты исследований также показывают, что повышенное потребление сахаров и углеводов ассоциируется с повышением амилоидной нагрузки в головном мозге и снижением когнитивных способностей. Приверженность высокоуглеводной диете (употребление хлопьев, сладостей, сэндвичей, картофеля в большом количестве) может приводить к повышению периферического уровня глюкозы, инсулин-резистентностью и снижению метаболизма глюкозы в головном мозге, что связывается с увеличением белка бета-амилоида [9]. Таким образом, снижение потребления переработанных углеводов и сахаров может являться важным способом профилактики болезни Альцгеймера, деменции и условием поддержания когнитивного благополучия в старости.

Потребление диетического белка, напротив, ассоциируется во многих исследованиях

с понижением рисков развития нейродегенеративных заболеваний и когнитивных нарушений. Существует несколько механизмов действия белков на поддержание ментального благополучия. С одной стороны, растительный белок снижает риски развития сосудистых заболеваний и нормализует кровяное давление. С другой стороны, потребление белка снижает риски ожирения и уменьшает количество жировой ткани, что связывается с понижением активности воспалительных агентов и амилоидной нагрузки на мозг. Кроме того, увеличение потребления белка повышает сытость, что приводит к снижению риска развития сахарного диабета 2 типа, который ассоциируется с высокой вероятностью деменции [11].

В исследовании, проведенном Y. Li et al на 2460 участниках старше 60 лет, было показано, что потребление животного (за исключением молочного белка) и растительного белка положительно связано с когнитивными функциями в пожилом возрасте [10]. Однако, вопрос относительно пользы белка остается открытым, поскольку результаты многих исследований являются крайне противоречивыми. Так, например, группа японских ученых исследовала влияние молочного белка на когнитивные изменения, вызванные диетой с повышенным содержанием жиров. Результаты показали, что прием молочного белка способствовала усилению нейротрофических факторов (NGF и CNTF) в гиппокампе и улучшило результаты теста открытого поля [12]. Напротив, в исследовании Nikita L. van der Zwaluw et al не было установлено связи значимых связей между дополнительным приемом белка и такими когнитивными функциями как эпизодическая память, рабочая память, внимание, исполнительные функции, скорость обработки информации. Подобные результаты еще раз подтверждают комплексность механизмов нарушения когнитивных функций и подчеркивают важность соответствия пищевых добавок нарушению. Как было показано японскими учеными, воздействие молочного белка на когнитивные функции было эффективным в случае их нарушения в результате диеты с повышенным содержанием жиров. Однако, другое исследование показало отсутствие значимой связи между молочным белком и когнитивными функциями.

Многие исследования сконцентрированы на изучении отдельных фитохимических ве-

ществ, содержащихся в растительных продуктах. Как правило, большинство фитохимических веществ обладают антиокислительными и противовоспалительными свойствами и в связи с этим могут оказывать дополнительное нейропротекторное воздействие. Например, существует убеждение, что куркумин оказывает положительный эффект на когнитивные функции пожилых людей. Согласно эпидемиологическим данным распространенность деменции среди населения юго-восточной Азии значительно ниже, что связывается с потреблением большого количества куркумы в данном регионе. Однако, в обзоре, проведенном M. R. Sarker & S. F. Franks, показаны противоречивые данные относительно пользы куркумы. Так, например, ряд исследований, проведенных на клинических выборках выявили улучшение показателей устойчивости внимания и рабочей памяти, повышение настроения, а также поведенческих симптомов деменции. В то время, как другие исследования не подтверждают положительных изменений. В одном исследовании показан противоположный эффект: потребление куркумина приводило к ухудшению памяти по методике Краткая шкала оценки психического статуса [13].

Важным предметом исследования является фитохимическое вещество ресвератрол, содержащееся в больших количествах в красном винограде (и красных винах) и защищающих его от грибков и бактерий. В организме человека данное вещество может выступать как в роли антиоксиданта, связывая ионы меди, так и в роли противовоспалительного агента, что и обуславливает его нейропротекторные свойства. Его потребление связывают с уменьшением количества, уменьшением дегенерации гиппокампа продуктов окислительного стресса и улучшением когнитивных функций. Сходным действием обладает вещества полифенолы, содержащиеся в черном и зеленом чае, ягодах, сои и других растениях. Описывается и положительный эффект от потребления катехина, содержащегося в какао, зеленом чае, бобах. Помимо традиционных эффектов оно оказывает защитное действие на кровеносную систему, снижая риски развития сосудистых патологий в головном мозге [14].

В данной работе были рассмотрены некоторые виды питательных веществ, которые могут определять когнитивное здоровье в пожилом возрасте: витамины, белки, угле-

воды, фитохимические вещества. На данный момент не существует однозначного мнения в отношении эффективности питательных веществ в профилактике и лечении когнитивных дисфункций. Расхождение в доказательствах во многом обусловлено комплексностью природы когнитивных дисфункций, а также методологическими особенностями исследований. Риски и характер старческой деменции могут являться следствием травм головного мозга, нарушения процессов метаболизма, сосудистых заболеваний, могут быть связаны с высокими генетическими рисками или неблагоприятными условиями окружающей среды. В связи с этим разная этиология заболевания и его профилактика будут требовать разные типы диет и комбинации пищевых добавок. Отмечается также важность времени начала интервенции. Многие исследователи отмечают, что амилоидная нагрузка (одна из главных причин когнитивного снижения и болезни Альцгеймера) начинает формироваться еще в молодом возрасте, задолго до наступления первых симптомов. Таким образом, более ранняя профилактика будет являться более успешной, в отличие от начала

профилактики на более поздних этапах. Все эти особенности необходимо учитывать при проведении исследований. Еще одной важной методологической проблемой подобных исследований является трудности в разграничении влияния питательных веществ и образа жизни. Люди, которые имеют более сбалансированные предпочтения в еде, как правило, в целом, могут бережнее относиться к своему здоровью, а также иметь более высокий социально-экономический статус. Трудности могут возникать и при составлении диет, включающих полезные с точки зрения когнитивных функций питательные вещества. В некоторых случаях положительные эффекты, связанные с приемом конкретного вещества, могут быть нивелированы при его потреблении в определенной диете. В связи с этим изучение комбинаций разных питательных веществ и их действие в качестве компонентов продуктов питания и диет является важной задачей для ученых. Знание и понимание комплексного воздействия паттернов питания позволит выстраивать наиболее эффективные технологии лечения и профилактики когнитивных нарушений в пожилом возрасте.

Жемчугова И.И.

РОЛЬ ПИТАТЕЛЬНЫХ ВЕЩЕСТВ В ПОДДЕРЖАНИИ КОГНИТИВНОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ

Уральский Федеральный Университет им. первого Президента России Б.Н. Ельцина,
Екатеринбург, Россия

Данная статья представляет собой обзор современных зарубежных исследований в области нутрициологии, направленных на изучение роли витаминов группы В, С, D, животного и растительного белков, углеводов, жиров, а также фитохимических элементов в поддержании когнитивного благополучия в пожилом возрасте и профилактике деменции. Описываются основные физиологические и анатомические изменения, лежащие в основе когнитивных дисфункций и механизмы, по средствам которых оказывают влияние вышеперечисленные группы питательных веществ.

Ключевые слова: нутрициология, деменция, болезнь Альцгеймера, пожилой возраст, когнитивное благополучие

Zhemchugova I.I.

THE ROLE OF NUTRIENTS IN MAINTAINING COGNITIVE WELL-BEING

Ural Federal University named after first President of Russia B. N. Eltsin, Ekaterinburg, Russia

This article is a review of modern foreign research in the field of nutrition, aimed at studying the role of vitamins b, C, D, animal and vegetable proteins, carbohydrates, fats, and phytochemical elements in maintaining cognitive well-being in old age and preventing dementia. The main physiological and anatomical changes underlying cognitive dysfunctions and the mechanisms by which the above groups of nutrients are influenced are described.

Keywords: nutrition, dementia, Alzheimer's disease, old age, cognitive well-being

1. Poddar J., Pradhan M., Ganguly G., Chakrabarti S. Biochemical Deficits and Cognitive Decline in Brain Aging: Intervention by Dietary Supplements. *Journal of chemical neuroanatomy*. 2019; 95: 70-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jchemneu.2018.04.002>
2. Paltsyn A. A., Komissarova S.V. Age-related changes of the brain. *Pathological physiology and experimental therapy*. 2015; 59 (4): 108-116. doi: <https://doi.org/10.25557/0031-2991.2015.04.108-116>
3. Wengreen J., Munger R. G., Corcoran C. D., Zandi P. et al antioxidant intake and cognitive function of elderly men and women: the Cache County Study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2007; 11 (3): 230 – 237
4. Baronia L., Bonettob C., Rizzoc G., Bertolaa C., Caberlottod L. and Bazzlerla G. Association Between Cognitive Impairment and Vitamin B12, Folate, and Homocysteine Status in Elderly Adults: A Retrospective Study. *Journal of Alzheimer’s Disease*. 2019; 70 (2): 441-445. doi: 10.3233/JAD-190249
5. D’Cunha N. M., Georgousopoulou E. N., Dadigamuwege L., Kellett J., Panagiotakos D.B., Thomas J., Andrew McKune J., Mellor D. D. and Naumovski N. Effect of long-term nutraceutical and dietary supplement use on cognition in the elderly: a 10-year systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Nutrition*. 2018; 119 (3): 280-298. doi: 10.1017/S0007114517003452
6. da Rosa M. I., Beck W. O., Colonetti T., Budni J., Falchetti A. C. B., Colonetti L., Coral A. S. and Meller F. O. Association of vitamin D and vitamin B12 with cognitive impairment in elderly aged 80 years or older: a cross-sectional study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2019; 32(4): 518-524. doi: 10.1111/jhn.12636
7. Khairy E.Y., Attia M. M. Protective effects of vitamin D on neurophysiologic alterations in brain aging: role of brain-derived neurotrophic factor (BDNF). *Nutritional Neuroscience*. 2019; 16: 1 – 10. doi: 10.1080/1028415X.2019.1665854
8. Harrison F. E., Bowman G. L. and Polidori M. C. Ascorbic Acid and the Brain: Rationale for the Use against Cognitive Decline. *Nutrients*. 2014; 6: 1752-1781. doi: 10.3390/nu6041752
9. Taylor M. K, Sullivan D. K, Swerdlow R. H, Vidoni E. D, Morris J. K, Mahnken J. D and Burns J. M A high-glycemic diet is associated with cerebral amyloid burden in cognitively normal older adults. *Am J Clin Nutr*. 2017; 106 (6): 1463-1470. doi: 10.3945/ajcn.117.162263.
10. Li Y., Li S., Wang W., Zhang D. Association between Dietary Protein Intake and Cognitive Function in Adults Aged 60 Years and Older. *Journal of Nutrition Health & Aging*. 2020; 24 (2). doi: 10.1007/s12603-020-1317-4
11. Fernandoa W.M.A.D. B, Rainey-Smitha S. R., Gardenera S. L., Villemagne V. L, Burnhame S. C., Macaulaye S. L., Brown B. M., Guptaa V. B., Sohrabia H. R., Weinborn M., Taddeia K., Lawsi S.M., Goozeel K., Amesn D, Fowlerd C., Maruffd P., Mastersd C. L., Salvadoe O., Rowec C. C. and Martinsa R. N. Associations of Dietary Protein and Fiber Intake with Brain and Blood Amyloid-B. *Journal of Alzheimer’s Disease*. 2018; 61: 1589–1598. doi: 10.3233/JAD-170742
12. Nagai A., Mizushige T., Matsumura S., Inoue K. and Ohinata K. Orally administered milk-derived tripeptide improved cognitive decline in mice fed a high-fat diet. *The FASEB Journal*. 2019; 33 (12). doi: 10.1096/fj.201900621R
13. M. R. Sarker & S. F. Franks Efficacy of curcumin for age-associated cognitive decline: a narrative review of preclinical and clinical studies. *GeroScience*. 2018; 40 (2). doi:10.1007/s11357-018-0017-z
14. Howes M. J. R., Perry N. S. L., Vasquez-Londono C., Perry E. K. Role of phytochemicals as nutraceuticals for cognitive functions affected in ageing. *British Journal of Pharmacology*. 2019; 177(6). doi: 10.1111/bph.14898

References

1. Poddar J., Pradhan M., Ganguly G., Chakrabarti S. Biochemical Deficits and Cognitive Decline in Brain Aging: Intervention by Dietary Supplements. *Journal of chemical neuroanatomy*. 2019; 95: 70-80. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jchemneu.2018.04.002>
2. Paltsyn A. A., Komissarova S.V. Age-related changes of the brain. *Pathological physiology and experimental therapy*. 2015; 59 (4): 108-116. doi: <https://doi.org/10.25557/0031-2991.2015.04.108-116>
3. Wengreen J., Munger R. G., Corcoran C. D., Zandi P. et al antioxidant intake and cognitive function

- of elderly men and women: the Cache County Study. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 2007; 11 (3): 230 – 237
4. Baronia L., Bonetto C., Rizzoc G., Bertolaa C., Caberlottod L. and Bazzera G. Association Between Cognitive Impairment and Vitamin B12, Folate, and Homocysteine Status in Elderly Adults: A Retrospective Study. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019; 70 (2): 441-445. doi: 10.3233/JAD-190249
 5. D'Cunha N. M., Georgousopoulou E. N., Dadigamuwage L., Kellett J., Panagiotakos D.B., Thomas J., Andrew McKune J., Mellor D. D. and Naumovski N. Effect of long-term nutraceutical and dietary supplement use on cognition in the elderly: a 10-year systematic review of randomised controlled trials. *British Journal of Nutrition*. 2018; 119 (3): 280-298. doi: 10.1017/S0007114517003452
 6. da Rosa M. I., Beck W. O., Colonetti T., Budni J., Falchetti A. C. B., Colonetti L., Coral A. S. and Meller F. O. Association of vitamin D and vitamin B12 with cognitive impairment in elderly aged 80 years or older: a cross-sectional study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2019; 32(4): 518-524. doi: 10.1111/jhn.12636
 7. Khairy E.Y., Attia M. M. Protective effects of vitamin D on neurophysiologic alterations in brain aging: role of brain-derived neurotrophic factor (BDNF). *Nutritional Neuroscience*. 2019; 16: 1 – 10. doi: 10.1080/1028415X.2019.1665854
 8. Harrison F. E., Bowman G. L. and Polidori M. C. Ascorbic Acid and the Brain: Rationale for the Use against Cognitive Decline. *Nutrients*. 2014; 6: 1752-1781. doi: 10.3390/nu6041752
 9. Taylor M. K, Sullivan D. K, Swerdlow R. H, Vidoni E. D, Morris J. K, Mahnken J. D and Burns J. M A high-glycemic diet is associated with cerebral amyloid burden in cognitively normal older adults. *Am J Clin Nutr*. 2017; 106 (6): 1463-1470. doi: 10.3945/ajcn.117.162263.
 10. Li Y., Li S., Wang W., Zhang D. Association between Dietary Protein Intake and Cognitive Function in Adults Aged 60 Years and Older. *Journal of Nutrition Health & Aging*. 2020; 24 (2). doi: 10.1007/s12603-020-1317-4
 11. Fernandoa W.M.A.D. B, Rainey-Smitha S. R., Gardenera S. L., Villemagne V. L, Burnhame S. C., Macaulaye S. L., Brown B. M., Guptaa V. B., Sohrabia H. R., Weinborn M., Taddeia K., Lawsi S.M., Goozeel K., Amesn D, Fowlerd C., Maruffd P., Mastersd C. L., Salvadoe O., Rowec C. C. and Martinsa R. N. Associations of Dietary Protein and Fiber Intake with Brain and Blood Amyloid-B. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2018; 61: 1589–1598. doi: 10.3233/JAD-170742
 12. Nagai A., Mizushige T., Matsumura S., Inoue K. and Ohinata K. Orally administered milk-derived tripeptide improved cognitive decline in mice fed a high-fat diet. *The FASEB Journal*. 2019; 33 (12). doi: 10.1096/fj.201900621R
 13. M. R. Sarker & S. F. Franks Efficacy of curcumin for age-associated cognitive decline: a narrative review of preclinical and clinical studies. *GeroScience*. 2018; 40 (2). doi:10.1007/s11357-018-0017-z
 14. Howes M. J. R., Perry N. S. L., Vasquez-Londono C., Perry E. K. Role of phytochemicals as nutraceuticals for cognitive functions affected in ageing. *British Journal of Pharmacology*. 2019; 177(6). doi: 10.1111/bph.14898

Поступила в редакцию 26.08.2020

Порядок направления, рецензирования и опубликования статей

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word (95-2003), формат файлов *.doc или *.rtf. Рукопись должна быть тщательно проверена и отредактирована автором.

Форматирование: лист – 210x297 мм (формат А4), ориентация книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура «Times New Roman», размер шрифта 14 пт, межстрочный интервал полуторный, абзацный отступ 12 мм.

Структура статьи:

- УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа
- Текст статьи
- Резюме на русском и английском языках
- Список литературных источников (Литература + References)

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

- Вступление
- Цель работы
- Материал и методы
- Результаты и обсуждение
- Выводы или Заключение.

Текст клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и по истории медицины и др. могут оформляться иначе.

Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, передовых, обзорных и дискуссионных статей – не более 15 страниц, наблюдений из практики и рецензий – не более 3 страниц.

Если в статье имеется описание экспериментов на человеке, необходимо указать, соответствовали ли они этическим стандартам Комитета по экспериментам на человеке (входящего в состав учреждения, в котором выполнялась работа, или регионального) или Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. При изложении экспериментов на животных следует указать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных правилам, принятым в учреждении, рекомендациям национального совета по исследованиям, национальным законам.

Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть разъяснены только в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например — посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). В аббревиатурах используются заглавные буквы.

Таблицы должны иметь заголовки и сквозную нумерацию, обозначаемую арабскими цифрами без знака

номера (например, Таблица 1). В тексте ссылки на таблицы даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (табл. 1.). Если таблица одна, то она не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. табл.).

Заголовок таблиц должен отражать ее основное содержание. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже по центру дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Сокращения, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5). Таблицы размещают после текста статьи и списка процитированной литературы.

Весь иллюстративный материал (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG» или «TIFF» с разрешением 300-600 пикселей на дюйм в 256 градациях серого цвета для фотографий и 600 пикселей на дюйм для рисунков (2 цвета). Цветные изображения не публикуются. Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (рис. 1.). Если рисунок один, то он не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. рис.).

Рисунки сопровождаются подрисуночными подписями, включающими номер, название иллюстрации и, при необходимости, условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения (например: по оси абсцисс – время, прошедшее после психотравмирующей ситуации, сут., по оси ординат – показатели шкалы общей интернальности, стены).

Список процитированной литературы (Литература). Для удобства авторов и стилистического единообразия оформление библиографии как отечественных, так и зарубежных источников, должно быть основано на Ванкуверском стиле в версии AMA (AMA style, <http://www.amamanualofstyle.com>). Все работы в списке перечисляются в порядке их цитирования, каждый источник с новой строки под порядковым номером с указанием DOI

(если таковой имеется). В оригинальных статьях желательно цитировать не более 30 источников, в обзорах литературы – не более 60, в других материалах – до 15.

Каждый использованный литературный источник должен быть отражен в тексте статьи. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Если источников несколько, то ссылку оформляют следующим образом: [1, 3, 5-9, 25]. Если ссылку приводят на конкретный фрагмент текста монографии, учебного пособия, книги или автореферата диссертации, то в отсылке указывают порядковый номер и страницы, на которых помещен объект ссылки, сведения разделяют запятой, например: [10, с. 18].

Автор несет полную ответственность за точность данных, приведенных в пристатейном списке литературы. В списке литературы ссылки на неопубликованные или находящиеся в печати работы не допускаются.

Учитывая требования международных систем цитирования, библиографические списки входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

Транслитерируются фамилии авторов и русскоязычные названия источников. Переводятся на английский язык названия статей, книг, монографий, сборников статей, конференций с указанием в квадратных скобках. Выходные данные транслитерируются. В конце указывается (in Russian).

Ссылки на материалы конференций должны содержать выделенное курсивом название конференции на языке оригинала (в транслитерации). В скобках дается перевод названия на английский язык. Выходные данные (место и год проведения конференции, место издания, страницы) должны быть представлены на английском языке.

При ссылке на электронные источники следует давать полный адрес (Available at:) и дату (accessed:), когда ссылка была доступной. Также

следует дать любую иную дополнительную информацию: DOI, имена авторов, даты, ссылки на источники публикации и т.д. Список литературы в латинице должен готовиться с помощью системы транслитерации на сайте <http://translit.net/>.

Кроме текста статьи авторы обязательно предоставляют структурированное резюме на русском и английском языках объемом 250-400 слов. В резюме должен быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения. Резюме должно отражать структуру статьи и содержать такие же разделы (цель исследования, материал и методы, результаты, заключение или выводы). В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры).

Авторское резюме к статье является основным источником информации для отечественных и зарубежных информационных систем и баз данных, индексирующих журнал. Резюме должно излагать только существенные факты работы. Читателю должна быть понятна суть исследования и необходимость обращения к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации.

При написании обзора, лекции, описании клинического случая или серии наблюдений прилагается неструктурированное резюме. Однако и в этом случае, авторам следует придерживаться порядка повествования, следуя от постановки вопроса к средствам и результатам его решения. Объем неструктурированного резюме не должен превышать 150 слов.

После каждого резюме приводят 3-7 ключевых слов в именительном падеже.

Сведения об авторах оформляются на отдельном листе статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

1. Ф.И.О. (полностью);
2. место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность;
3. ученая степень;
4. ученое звание;
5. почтовый адрес (с указанием индекса);
6. e-mail;
7. телефон (для связи).

Необходимо указать, с каким автором (если их несколько) следует вести переписку.

Отправка материалов для публикации
Материалы для публикации предпочтительно отправлять на электронную почту:
al_boychenko@mail.ru

Адрес редакции: 83008, г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Республиканская клиническая психиатрическая больница МЗ ДНР г. Донецка. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО

Тел./факс: (062) 277-14-54

E-mail: psihiatria@dnmu.ru, al_boychenko@mail.ru

Сайт: <http://psychiatry.dnmu.ru>