

СОДЕРЖАНИЕ

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

- | | | | |
|----|---|---|--------|
| 1. | Василенко Т.Д.,
Смирнов Н.В.,
Дмитренко В.И.
(Курск, Россия) | Взаимосвязь эмоционально-личностных особенностей студентов медицинского ВУЗа с коммуникативной компетентностью будущего врача | С.2-12 |
|----|---|---|--------|

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

- | | | | |
|----|---|---|---------|
| 2. | Бизюк А.П.,
Коновалик Л.Т.
(Санкт-Петербург,
Россия) | Личностные предпосылки страха гипогликемии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа | С.13-27 |
|----|---|---|---------|

ПАТО- И НЕЙРОПСИХОЛОГИЯ

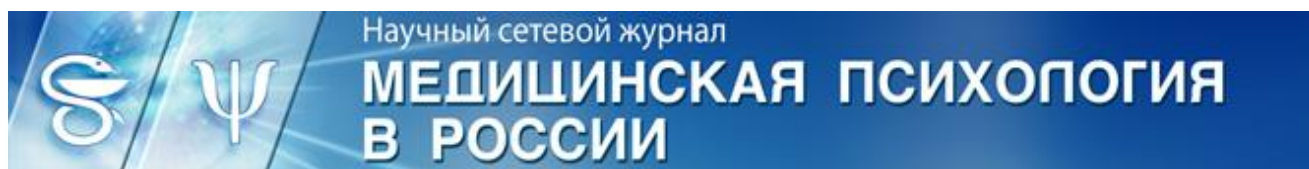
- | | | | |
|----|-------------------------------------|--|---------|
| 3. | Мелёхин А.И.
(Москва,
Россия) | Обонятельный референтный синдром: специфика, тактика нейропсихологического обследования и реабилитации | С.28-40 |
|----|-------------------------------------|--|---------|

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В НАРКОЛОГИИ

- | | | | |
|----|--------------------------------------|---|---------|
| 4. | Малкова М.Л.
(Вологда,
Россия) | Оценка эффективности применения системы БОС (биологическая обратная связь) для коррекции тревожности у пациентов наркологического профиля | С.41-49 |
|----|--------------------------------------|---|---------|

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

- | | | | |
|----|--|---|---------|
| 5. | Фесенко Ю.А.,
Добряков И.В.
(Санкт-Петербург,
Россия) | Аномия как причина нарушений становления влечений, угрозы здоровью молодежи | С.50-62 |
| 6. | Ганузин В.М.
(Ярославль,
Россия) | Обзор современных исследований по применению подростками оружия в образовательной среде | С.63-71 |



УДК 159.9

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА С КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТЬЮ БУДУЩЕГО ВРАЧА

Василенко Т.Д., Смирнов Н.В., Дмитренко В.И.
(Курск, Россия)



Василенко Татьяна Дмитриевна

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии; Курский государственный медицинский университет, ул. К. Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: 8 (4712) 58-81-32.
E-mail: tvasilenko@yandex.ru



Смирнов Николай Валерьевич

кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии; Курский государственный медицинский университет, ул. К. Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: 8 (4712) 58-81-32.
E-mail: smirnov-nikv@yandex.ru



Дмитренко Валентина Ивановна

студентка 3 курса факультета клинической психологии; Курский государственный медицинский университет, ул. К. Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: 8 (4712) 58-81-32.
E-mail: dmitrenko.valentinka@yandex.ru

Аннотация. Коммуникативная компетентность — важная составляющая профессиональной деятельности врача, формирование которой начинается во время обучения. Целью исследования является выявление взаимосвязи между эмоционально-личностными особенностями студентов медицинского ВУЗа с коммуникативной компетентностью будущего врача. В процессе работы были использованы следующие методики: методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (ПККВ) Н. В. Яковлевой, методика диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко, методика диагностики коммуникативной толерантности В. В. Бойко, методика диагностики коммуникативного контроля М. Шнайдер. Статистический анализ данных позволил выявить положительную корреляцию таких составляющих коммуникативной компетентности врача, как общие коммуникативные умения, общие коммуникативные идеалы, профессиональные коммуникативные умения, с эмпатией и коммуникативным контролем. Таким образом, в результате исследования была выявлена взаимосвязь эмпатии и коммуникативного контроля с коммуникативной компетентностью будущего врача.

Ключевые слова: коммуникативная компетентность врача, эмпатия, коммуникативный контроль

Для цитаты: Василенко Т.Д., Смирнов Н.В., Дмитренко В.И. Взаимосвязь эмоционально-личностных особенностей студентов медицинского ВУЗа с коммуникативной компетентностью будущего врача // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 1. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Благодарности: авторы статьи выражают благодарность Наталье Валентиновне Яковлевой за предоставленную методику «Профессиональная коммуникативная компетентность врача (ПККВ)».

Введение

Во время обучения в медицинском ВУЗе студенты не только получают знания, необходимые для оказания помощи пациентам, но и усваивают другие умения и навыки, необходимые врачу. С точки зрения компетентностного подхода обучение врача включает в себя формирование трех профессиональных составляющих: общей, инструментальной и надпрофессиональной. К общей группе компетентностей относятся развитие клинического мышления, наличие систематизированных знаний о развитии и функционировании организма человека, владение современными источниками медицинской информации. К группе инструментальной профессиональной составляющей относятся овладение медицинскими знаниями, навыками, направленными на восстановление здоровья. Надпрофессиональные компетенции (их еще называют ключевыми) в процессе обучения формируются не путем усвоения готового знания, а являются следствием саморазвития индивида, обобщением личностного и деятельностного опыта. Примерами надпрофессиональных компетенций являются готовность к профессиональному саморазвитию, способность к саморегуляции, умение и навык корректировать свои действия, ценностная сфера, сформированная профессиональная идентичность, а также коммуникативная компетентность [1].

Термин «коммуникативная компетентность» имеет широкий спектр определений. Все исследования этой категории можно разделить на два основных подхода — ситуационный подход и диспозиционный. Ситуационный подход рассматривает коммуникативную компетентность как показатель, характерный для конкретной ситуации, акцентируя свое внимание на оценке участниками коммуникации говорящего с точки зрения эффективности и уместности его коммуникативного поведения. Такой угол зрения характерен больше для зарубежных авторов. Так, В. Spitzberg и W. Cupach рассматривают коммуникативную компетентность через призму уместности и эффективности коммуникации (подразумевая под «эффективностью» достижение поставленных коммуникативных целей, а под «уместностью» — степень легитимности, приемлемости поведения, говорящего в каждой конкретной ситуации). Оценивать процесс коммуникации, по мнению авторов, можно с точки зрения субъективной оценки коммуникативного акта его непосредственными участниками.

Дж. Виманн (Wiemann) описывал коммуникативную компетентность как использование социальных знаний и социального навыка в процессе общения [2]. Р. Селман (Selman) при рассмотрении коммуникативной компетентности акцентировал внимание на процессе принятия социальных взглядов в процессе общения [3].

Для отечественной психологии более близким оказался диспозиционный подход рассмотрения коммуникативной компетентности. В диспозиционном подходе коммуникативная компетентность рассматривается как сложное интегративное относительно стабильное психологическое образование, включающее индивидуально-психологические качества субъекта, способствующие достижению его коммуникативных целей, а также коммуникативные знания, умения и навыки.

В отечественной психологии в рамках диспозиционного подхода коммуникативную компетентность рассматривали Л. А. Петровская, М. Н. Вятютнев, Ю. М. Жуков, Е. А. Климов, П. В. Растяников, О. М. Орлов, Ю. Н. Емельянов, Г. А. Ковалева и др. Так, Л. А. Петровская и М. Н. Вятютнев рассматривали коммуникативную компетентность как отдельную характеристику личности. Л. А. Петровская определяет коммуникативную компетентность как способность индивида устанавливать и поддерживать нужные отношения с другими людьми на основе совокупностей знаний и умений, обеспечивающих эффективное протекание коммуникативного процесса.

Ю. М. Жуков, Е. А. Климов разделяют позицию Л. А. Петровской с точки зрения определения коммуникативной компетентности как отдельной личностной характеристики, но также одновременно рассматривают это понятие как часть других видов компетенций.

Жуков указывает на значимость коммуникативной компетентности во всех вариантах моделей профессиональной, социальной и личностной компетентности. Коммуникативная компетентность играет особую роль в формировании отношений с собой и миром, поэтому, с точки зрения Ю.Н. Емельянова, должна рассматриваться как идейно-нравственная категория. Емельянов рассматривает коммуникативную компетентность как самостоятельное образование, существующее в виде умений и навыков, которое предполагает, как ситуативную адаптивность, так и свободное владение навыками вербального и невербального социального поведения [2].

Как было обозначено ранее, коммуникативная компетентность, являющаяся важным качеством медицинского работника, формируется как надпрофессиональная компетенция. В связи с этим актуальность приобретает рассмотрение коммуникативной компетентности врача как категории, отражающей особенности коммуникации врача в его профессиональной деятельности.

Одним из первых научных исследований коммуникативной компетентности врача является работа Л. А. Цветковой. В работе Л. А. Цветковой делается акцент на общественные отношения между врачом и пациентом, а не на межличностные, складывающиеся на эмоциональной основе. При этом врач является для пациента главным источником информации о ходе лечения [4].

В работах Н.В. Яковлевой, Ю.М. Жукова, В.И. Кашицкого коммуникативная компетентность врача рассматривается как интегративное качество личности, направленное на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса. Уровень коммуникативной компетентности возрастает в ходе становления врача как профессионала [5]. В своих исследованиях Н.В. Яковлева выделяет четыре блока коммуникативной компетентности врача: общие коммуникативные ценности (КИ), общие коммуникативные умения (КУ), профессиональные коммуникативные ценности (ПИ), профессиональные коммуникативные умения (ПУ). Блок «коммуникативные идеалы» (КИ) характеризует уровень развития общих коммуникативных ценностей и определяет направленность на общение, выраженность коммуникативных ценностей в индивидуальной системе ценностей. Блок «коммуникативные умения» (КУ) характеризует успешность владения коммуникативными техниками и средствами. Блок «профессиональные коммуникативные идеалы» (ПИ) определяет степень включенности коммуникативных ценностей в индивидуальную профессиональную концепцию. Блок «профессиональные умения (ПУ) характеризует уровень развития профессиональных коммуникативных умений и навыков на основании самооценки. Он дает представление о «технической сущности» профессионального общения.

В работах Л.Н. Васильевой под коммуникативной компетентностью врача понимается «многоуровневое интегральное качество личности (совокупность когнитивных, эмоциональных и поведенческих особенностей), опосредующее врачебную профессиональную деятельность, направленную на установление, поддержание и развитие эффективных контактов с пациентами и другими участниками лечебно-профилактического процесса» [6].

На процесс взаимодействия врача и пациента оказывают влияние переживания больного относительно своего здоровья, его обеспокоенность тем, как заболевание повлияет на профессиональную деятельность, социальные контакты и другие сферы его жизнедеятельности. В такие моменты врач должен уметь осторожно и деликатно сообщить о диагнозе, оказать поддержку, выразить сочувствие больному [7]. Важным аспектом выздоровления является установление комплаенса в диаде врач — пациент, что оказывает влияние на то, насколько значимы для больного будут рекомендации доктора и назначенное лечение [8]. Следует отметить, что во врачебной деятельности специалист взаимодействует не только напрямую со своими пациентами, но и с их родственниками. Огромное значение для лечения и реабилитации больного имеет его окружение, поэтому врачу необходимо установить контакт с родного и близкого пациента. Особо значимы навыки общения с семьей пациента для врачей, работающих с детьми. Для постановки верного диагноза, назначения необходимого и эффективного лечения, а также в процессе реабилитации врач одной специальности работает в команде с другими специалистами медицинского и немедицинского профиля. Навык общения необходим в бригадном подходе к оказанию помощи пациентам.

К специфичным коммуникативным навыкам профессии врача относят: уверенность при коммуникации, умение брать ответственность за свои слова, умение взаимодействовать в конфликтной ситуации, мотивировать медицинский персонал, навык уважительного

отношения в коммуникации с коллегами, умение создавать положительное впечатление о своем профессионализме и о результативности процесса лечения, навык выстраивания эффективного и доверительного сотрудничества с пациентами, умение контролировать свои эмоциональные реакции на различные ситуации, умение слушать человека, умение строить беседу, умение правильно донести информацию до человека [9].

В профессиональной деятельности врача оказание поддержки пациенту и ориентация его на лечение и выздоровление невозможно без эмпатии. Впервые на феномен эмпатии в рамках взаимодействия с пациентами обратил внимание З. Фрейд. Он говорил о том, что необходимо учитывать психическое состояние пациента, ставить себя в это состояние и стараться понять его, сравнивая его «Я» со своим собственным. Х. Кохут представлял эмпатию как способ наблюдения и сбора данных и полагал, что эмпатия позволяет пережить опыт другого без способности объективно оценивать психическое состояние другого.

В отечественной психологии И. М. Юсупов подчеркивает, что эмпатия является необходимой составляющей в построении профессиограммы врача с учетом специфики профессии «человек — человек», определяя эмпатию как целостный феномен, связующий между собой сознательную и подсознательную инстанции психики, целью которого является «проникновение» во внутренний мир другого человека [10]. Нам ближе всего позиция В. В. Бойко. Автор рассматривает эмпатию как форму рационально-интуитивного отражения другого человека, которая позволяет преодолеть его психологическую защиту и постичь причины и следствия проявлений в целях прогнозирования и адекватного воздействия на его поведение [11]. Не вызывает сомнения то, что врачу необходимо быть эмоционально вовлеченным в проблемы пациентов, однако Г. С. Абрамова и Ю. А. Юдичиц подчеркивают, что врач сталкивается в своей деятельности с такими проявлениями жизни, как страдание, боль, смерть, что оказывает влияние на эмоциональную включенность врача в работу. О. И. Полянцева утверждает, что проявление высокого уровня эмпатии может приводить врача к психическому состоянию избыточности эмпатической вовлеченности в проблемы пациентов, к физическим и эмоциональным перегрузкам, эмоциональному истощению, профессиональному и эмоциональному выгоранию, снижению уровня профессионализма [12]. Л. Н. Васильева в исследовании эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача подчеркивает, что эмпатия, открытость и принятие являются компонентами ценностного уровня коммуникативной компетентности.

Для развития эффективной коммуникации личности важным личностным качеством является коммуникативный контроль. В некоторых исследованиях коммуникативный контроль рассматривают как компонент общего самоконтроля личности. Так, по мнению Г. С. Никифорова самоконтроль взаимосвязан со всеми психическими явлениями, которые так или иначе связаны с процессами самоуправления и саморегулирования [13].

В зарубежных исследованиях термин «коммуникативный контроль» синонимичен понятию «межличностный контроль и регулирование в разговоре». Дж. Виманн характеризует данную категорию как ограничения, которые люди накладывают друг на друга в процессе межличностного общения. Другими словами, это контроль оппонента через то, как и что он говорит и делает.

И. А. Фурманов определяет коммуникативный контроль как вербальное или невербальное действие человека, которое содержит в себе информацию о распределении контроля между субъектами коммуникации [14]. М. Шнайдер определил коммуникативный контроль как форму самоконтроля при общении с людьми и дал основные характеристики личности в зависимости от уровня коммуникативного контроля [15]. Так, люди с высоким уровнем коммуникативного контроля всегда знают, где и как нужно себя вести, следят за своими словами и поступками, не импульсивны. Средний уровень коммуникативного контроля характеризует человека как непосредственного в общении, но способного соотносить свои слова и действия с действиями и поведением окружающих людей. Они также хорошо контролируют свое поведение в обществе. Люди с низким уровнем коммуникативного контроля импульсивны, часто не сдерживают себя, излишне открыты. Они не соотносят свое общение с требованиями ситуации.

Е. В. Валиуллина в исследовании коммуникативного контроля у студентов младших курсов медицинского ВУЗа (лечебного и педиатрического факультетов) делает вывод о том, что высокий уровень общительности личности не гарантирует наличие высокого уровня коммуникативного контроля [16].

Коммуникативная толерантность является частной разновидностью толерантности, и, как отмечают отечественные исследователи, данная категория является основой общения [17]. В. В. Бойко определяет коммуникативную толерантность как характеристику отношений

личности к людям, показывающую степень переносимости ею неприятных и неприемлемых, по ее мнению, психических состояний, качеств и поступков партнеров по взаимодействию [18]. Л. А. Николаева подчеркивает важность коммуникативной толерантности как личностно значимого профессионального качества будущего специалиста «человек — человек», к котором также относится и профессия врача [19].

Интересным представляется исследование Н. Н. Ахметгалиной и В. В. Гагай, которое направлено на изучение взаимосвязи профессиональной идентификации студентов-медиков с различным уровнем коммуникативной толерантности. Было выявлено, что студенты с отрицательным статусом профессиональной идентичности зачастую имеют тенденцию к интолерантности, что негативно отражается и на уровне профессионального сознания, и на коммуникативном уровне. Положительный статус профессиональной идентичности встречается чаще у студентов с коммуникативной толерантностью. Авторы акцентируют внимание на том, что для профессионального становления будущего медицинского работника имеет важное значение обучение их толерантному общению с пациентами [20].

Анализ литературы позволяет сделать вывод, что на сегодняшний день актуальным остается вопрос формирования коммуникативной компетентности врача. В медицинских ВУЗах студенты осваивают дисциплины, связанные с особенностью общения врача и пациента, однако чаще всего при изучении данных тем делается акцент на способах общения, конкретных правилах и выработки определенного алгоритма (что соответствует общим и профессиональным коммуникативным умениям по Н. В. Яковлевой). В стороне остаются вопросы эмоционально-личностных особенностей будущих врачей и их взаимосвязи с коммуникативной компетентностью будущего врача.

Таким образом, **целью** исследования является выявление взаимосвязи между эмоционально-личностными особенностями студентов медицинского ВУЗа с коммуникативной компетентностью будущего врача.

Материалы и методы

Исследование проводилось с участием студентов Курского государственного медицинского университета. Выборка составила 50 человек, из них 25 студентов обучаются на втором курсе специальности «лечебное дело» и 25 студентов пятого курса, обучающиеся на той же специальности. В исследовании приняли участие студенты мужского и женского пола. Все участники дали добровольное согласие на прохождение тестирования.

В процессе работы были использованы следующие методики: методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (ПККВ) Н. В. Яковлевой, методика диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко, методика диагностики коммуникативной толерантности В. В. Бойко, методика диагностики коммуникативного контроля М. Шнайдер. Обработка результатов проводилась в программе Statistica 8.

Результаты исследования

Коммуникативная компетентность врача оценивалась с помощью методики исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (ПККВ) Н. В. Яковлевой, включающей в себя 4 блока: общие коммуникативные умения (КУ), общие коммуникативные идеалы (КИ), профессиональные коммуникативные умения (ПУ) и профессиональные коммуникативные идеалы (ПИ). В результате тестирования испытуемых были получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1. Результаты, полученные по методике исследования коммуникативной компетентности врача (ПККВ) Н. В. Яковлевой

	2 курс				5 курс			
	КУ	КИ	ПУ	ПИ	КУ	КИ	ПУ	ПИ
Высокий	8%	28%	24%	8%	4%	32%	16%	12%
Средний	76%	72%	72%	92%	52%	68%	84%	88%
Низкий	16%	0	4%	0	44%	0	0	0

Уровень эмпатии измерялся с помощью методики «Диагностика уровня эмпатических способностей» В. В. Бойко (табл. 2).

Таблица 2. Уровень эмпатии у студентов второго и пятого курсов

	2 курс	5 курс
Заниженный	72%	44%
Средний	20%	28%
Очень низкий	8%	28%

Уровень коммуникативного контроля оценивался с помощью методики «Диагностика коммуникативного контроля» М. Шнайдера (табл. 3).

Таблица 3. Уровень коммуникативного контроля у студентов второго и пятого курсов

	2 курс	5 курс
Высокий	56%	24%
Средний	36%	60%
Низкий	8%	16%

Исследование коммуникативной толерантности проводилось с помощью методики «Диагностика коммуникативной толерантности» В. В. Бойко. Результаты занесены в таблицу 4.

Таблица 4. Уровень коммуникативной толерантности у студентов второго и пятого курсов

	2 курс	5 курс
Высокий	40%	44%
Средний	52%	52%
Низкий	8%	4%

С помощью критерия Манна—Уитни были выявлены статистически значимые различия между вторым и пятым курсом по уровню коммуникативного контроля и переменной «Общие коммуникативные умения» (табл. 5).

Таблица 5. Значимые различия у студентов второго и пятого курсов по переменным «Общие коммуникативные умения» (КУ) и «Коммуникативный контроль»

Переменная	p-level	Mean-2 курс	Mean-5 курс
Общие коммуникативные умения (КУ)	0,040389	54,4800	49,8800
Коммуникативный контроль	0,044514	6,4800	5,4400

Для выявления взаимосвязи эмпатии, коммуникативной толерантности и коммуникативного контроля с коммуникативной компетентностью врача был использован корреляционный анализ Спирмена.

Методика исследования уровня профессиональной коммуникативной компетентности врача (ПККВ) Н. В. Яковлевой имеет четыре шкалы: «Общие коммуникативные умения», «Общие коммуникативные идеалы», «Профессиональные коммуникативные умения», «Профессиональные коммуникативные идеалы». В результате корреляционного анализа была выявлена статистически значимая положительная корреляция между шкалами «Общие коммуникативные идеалы», «Общие коммуникативные умения», «Профессиональные коммуникативные умения» и уровнем эмпатии (табл. 6).

Таблица 6. Положительная корреляция между эмпатией и коммуникативными идеалами (КИ), коммуникативными умениями (КУ), профессиональными коммуникативными умениями (ПУ)

	Общие коммуникативные идеалы (КИ)		Профессиональные коммуникативные умения (ПУ)		Общие коммуникативные умения (КУ)	
	Spearman R	p-level	Spearman R	p-level	Spearman R	p-level
Эмпатия	0,313095	0,026835	0,493811	0,000268	0,420355	0,002371

Была выявлена статистически значимая положительная корреляция между шкалой «Общие коммуникативные умения» и коммуникативным контролем, а также между коммуникативным контролем и эмпатией (табл. 7). Коммуникативная толерантность не имеет статистически значимой корреляции ни с одной шкалой коммуникативной компетентности врача.

Таблица 7. Положительная корреляция между коммуникативным контролем, общими коммуникативными умениями (КУ), эмпатией

	Общие коммуникативные умения (КУ)		Эмпатия	
	Spearman R	p-level	Spearman R	p-level
Коммуникативный контроль	0,278789	0,049933	0,404988	0,003530

Выявленная корреляция позволяет нам говорить о наличии взаимосвязи между шкалами «Общие коммуникативные умения», «Общие коммуникативные идеалы», «Профессиональные коммуникативные умения» и эмпатией, коммуникативным контролем, что схематично представлено на рисунке 1.

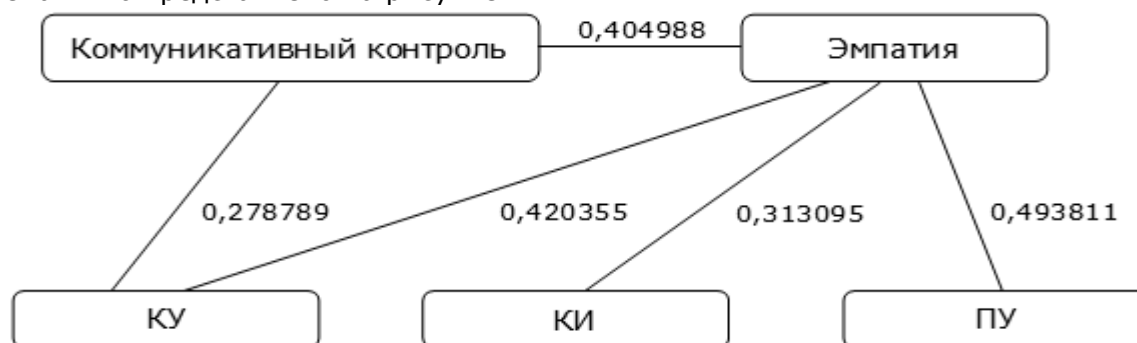


Рисунок 1. Взаимосвязь между эмпатией, коммуникативным контролем и общими коммуникативными умениями (КУ), общими коммуникативными идеалами (КИ), профессиональными коммуникативными умениями (ПУ)

Обсуждение результатов

Кажется, интересным, что и у студентов второго курса, и у студентов пятого курса преобладает заниженный уровень эмпатии. Однако эти результаты не противоречат исследованиям Л.Н. Васильевой [21]. Л.Н. Васильева в своей работе сопоставляет показатели уровня эмпатии группы студентов, замеренные с помощью методик «Диагностика уровня эмпатических способностей» В.В. Бойко и «Способность к эмпатии» И.М. Юсупова. Нормальный уровень эмпатии по методике Юсупова соответствует заниженному уровню по методике В.В. Бойко. Л.Н. Васильева предполагает, что для врача оптимальным является именно такой уровень эмпатии, так как слишком высокий показатель эмпатии затруднит выполнение других врачебных задач.

Выявленные значимые различия по переменным «Общие коммуникативные умения» и «Коммуникативный контроль» позволяют говорить о том, что уровень общих коммуникативных умений (КУ) у студентов второго курса выше, чем у студентов пятого курса. Уровень общих коммуникативных умений характеризует успешность владения коммуникативными техниками и средствами. В данном блоке коммуникативной компетентности испытуемые оценивают свое техническое коммуникативное мастерство,

коммуникативную успешность. Данные различия можно объяснить тем, что студенты второго курса уже преодолели период адаптации к новому учебному заведению и теперь более уверены в своих силах и способностях. Студенты пятого курса начинают подготовку к будущей аккредитации, где помимо медицинских знаний проверяются и их коммуникативные навыки. Подготовка к прохождению коммуникативной станции аккредитации способствует повышению внимания к своим коммуникативным умениям, а волнение перед этим экзаменом — к сомнению в своих способностях.

Анализ показал, что уровень коммуникативного контроля выше у студентов второго курса, чем у студентов пятого курса. Можно предположить, что студенты второго курса еще не обладают большим объемом медицинских знаний, что способствует большему контролю над своей речью.

Взаимосвязь уровня эмпатии и блоками коммуникативной компетентности будущего врача (КИ, КУ, ПУ) позволяет выдвинуть предположение, что чем выше уровень эмпатии, тем лучше владение коммуникативными навыками и технологиями, как общими, так и необходимыми в процессе профессиональной деятельности. Кроме того, выраженность коммуникативных ценностей в индивидуальной системе человека также взаимосвязана с уровнем эмпатии. Для человека, способного поставить себя на место другого, важно умение грамотно общаться с другими людьми, особенно с будущими пациентами. Для будущего врача очень важно не только умение сопереживать своему пациенту, но и управлять своей речью в процессе взаимодействия с ним. Взаимосвязь коммуникативного контроля и общих коммуникативных умений (КУ) позволяет говорить о значимости умения управлять своей речью, контролировать себя в процессе взаимодействия с другими людьми. Можно предположить, что коммуникативный контроль является составляющим звеном общих коммуникативных умений и навыков.

Выводы

В результате исследования была выявлена взаимосвязь коммуникативной компетентности врача с такими эмоционально-личностными особенностями студентов медицинского ВУЗа, как эмпатия и коммуникативный контроль. Было установлено, что эмпатия взаимосвязана с такими блоками коммуникативной компетентности врача, как общие коммуникативные идеалы, общие коммуникативные умения, профессиональные коммуникативные умения. Коммуникативный контроль взаимосвязан с общими коммуникативными умениями. Таким образом, можно говорить о важности работы с эмоционально-личностными особенностями студентов медицинского ВУЗа в процессе формирования коммуникативной компетентности врача. Данные исследования позволяют выделить уровень эмпатии и коммуникативного контроля как мишени воздействия для развития коммуникативной компетентности врача. Материал может быть полезен для разработки занятий, тренингов, направленных на развития коммуникативной компетентности врача у студентов медицинских ВУЗов.

Список источников

1. Ледванова Т.Ю., Коломейчук А.В. Формирование коммуникативной компетентности врача // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2015. – Т. 15, № 2. – С. 115–121.
2. Ткачев И.В. Подходы к определению понятия коммуникативной компетентности в психологии // Право. Экономика. Психология. – 2022. – № 2 (26). – С. 78–84.
3. Недбаева С.В., Недбаев Д.Н., Ткаченко В.В. Коммуникативная компетентность: содержание и структура // Здоровье и образование в XXI веке. – 2017. – Т. 19, № 12. – С. 353–357. doi: 10.26787/nydha-2226-7425-2017-19-12
4. Мадалиева С.Х., Асимов М.А., Ерназарова С.Т. Формирование и развитие коммуникативной компетентности врача // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2016. – № 2. – С. 66–73.
5. Яковлева Н.В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 1994. – 25 с.
6. Васильева Л.Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 5, № 5. – С. 16. doi: 10.24411/2219-8245-2013-15160
7. Болучевская В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: создание положительных взаимоотношений и взаимопонимания с пациентом. (Лекция 4). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 4. – URL: <http://mprj.ru>

8. Асриян О.Б. Комплаенс как результат коммуникативной компетентности врача // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 93–97. doi: 10.17238/PmJ 1608-1175.2016.4.93-97
9. Симкова К.С., Харькова О.А. Коммуникативные навыки врачей: обзор литературы // Инновационная наука. – 2020. – № 11. – С. 178–180.
10. Шнайдер М.И. Эмпатия как форма отражения другого человека // Гуманизация образования. – 2016. – № 2. – С. 60–65.
11. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. – М.: Филинь, 1996. – 470 с.
12. Сипки Х.Р. Эмпатия как фактор достижения профессионализма в деятельности врача // Вестник Южно-Уральского государственного гуманитарно-педагогического университета. – 2019. – № 2. doi: 10.25588/CSPU.2019.64.27.018
13. Никифоров Г.С. Психология самоконтроля: учеб. пособ. – СПб.: Скифия, 2020. – 232 с.
14. Фурманов И.А. Стратегии коммуникативного контроля в межличностном взаимодействии // Белорусский психологический журнал. – 2004. – № 1. – С. 14–20.
15. Диагностика коммуникативного контроля (М. Шнайдер) // Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп: учебн. пособ. – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: Институт психотерапии и клинической психологии, 2018. – С. 178.
16. Валиуллина Е.В. Коммуникативные способности студентов младших курсов медицинского университета // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М. К. Аммосова. Серия: Педагогика. Психология. Философия. – 2021. – № 1. – С. 32–37.
17. Плешакова Д.Р. Психологическая модель процесса развития коммуникативной толерантности студентов – будущих медицинских работников // Russian Journal of Education and Psychology. – 2015. – № 12. – С. 73–83.
18. Русакова С.В. Общие подходы к структурной составляющей коммуникативной толерантности // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2012. – № 25-1. – С. 83–87.
19. Русакова С.В. Сущностные характеристики коммуникативной толерантности: происхождение понятия // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2013. – Т. 19, № 1. – С. 10–13.
20. Ахметгалина Н.Н., Гагай В.В. Особенности профессиональной идентичности студентов медицинского колледжа с различным уровнем коммуникативной толерантности [Электронный ресурс] // Мир науки. Педагогика и психология. – 2019. – Т. 7, № 1. – URL: <https://mir-nauki.com/PDF/89PSMN119.pdf>
21. Васильева Л.Н. Исследование эмпатии как составляющей коммуникативной компетентности будущего врача // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2010. – № 1. – С. 165–169.

References

1. Ledvanova T.Yu., Kolomeichuk A.V. Formation of the communicative competence of a doctor. Byulleten' meditsinskikh Internet-konferentsii – Bulletin of Medical Internet conferences, 2015, vol. 15, no. 2, pp. 115–121. (In Russ.).
2. Tkachov I.V. Approaches to the definition of communication competency in psychology. Pravo. Ekonomika. Psikhologiya [Law. Economy. Psychology], 2022, no. 2, pp. 78–84. (In Russ.).
3. Nedbaeva S.V., Nedbaev D.N., Tkachenko V.V. Communicative competence: content and structure. Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke – Health and Education Millennium, 2017, vol. 19, no. 12, pp. 353–357. (In Russ.). doi: 10.26787/nydha-2226-7425-2017-19-12
4. Madalieva S.Kh., Asimov M.A., Ernazarova S.T. Formation and development of communicative competence of the doctor. Nauchnoe obozrenie. Pedagogicheskie nauki – Scientific Review. Pedagogical Sciences, 2016, no. 2, pp. 66–73. (In Russ.).
5. Yakovleva N.V. Psikhologicheskaya kompetentnost' i ee formirovanie v protsesse obucheniya v vuze. Avtoref. dis. kand. psikhol. nauk [Psychological competence and its formation in the process of studying at a university. Cand. psychol. sci. diss.]. Yaroslavl', 1994. 25 p.
6. Vasilieva L.N. About communicative competence of future doctors. Med. psihol. Ross., 2013, vol. 5, no. 5, p. 16. (In Russ.). doi: 10.24411/2219-8245-2013-15160

7. Boluchevskaya V.V., Pavlyukova A.I. Doctor's communication: creating positive relationships and mutual understanding with the patient. (Lecture 4). Med. psihol. Ross., 2011, no. 4. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>
8. Asriyan O.B. Komplains as result of communicative competence of the doctor. Pacific Medical Journal, 2016, no. 4, pp. 93–97. (In Russ.) doi: 10.17238/PmJ1608-1175.2016.4.93-97
9. Simkova K.S., Khar'kova O.A. Communication skills of doctors: literature review. Innovatsionnaya nauka [Innovative Science], 2020, no. 11, pp. 178–180. (In Russ.).
10. Schneider M.I. Empathy as a form of reflection of another person. Gumanizatsiya obrazovaniya – Humanization of Education, 2016, no. 2, pp. 60–65. (In Russ.).
11. Boiko V.V. Energiya emotsii v obshchenii: vzglyad na sebya i drugikh [Energy of emotions in communication: a look at yourself and others]. Moscow, Filin" Publ., 1996. 470 p.
12. Sipki Kh.R. Empathy as a factor in achieving professionalism in the activities of a doctor. Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo gumanitarno-pedagogicheskogo universiteta – South Ural State Humanitarian Pedagogical University Bulletin, 2019. no. 2. (In Russ.). doi: 10.25588/CSPU.2019.64.27.018
13. Nikiforov G.S. Psikhologiya samokontrolya [Psychology of self-control]. St. Petersburg, Skifiya Publ., 2020. 232 p.
14. Furmanov I.A. Strategies of communicative control in interpersonal interaction. Belorusskii psikhologicheskii zhurnal [Belarusian psychological journal], 2004, no. 1, pp. 14–20. (In Russ.).
15. Diagnostics of communicative control (M. Schneider). In: Fetiskin N.P., Kozlov V.V., Manuilov G.M. Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp [Socio-psychological diagnostics of personality development and small groups]. 2nd edition. Moscow, Institut Psikhoterapii i Klinicheskoi Psikhologii Publ., 2018, p. 178.
16. Valiullina E.V. Communication skills of junior medical students. Vestnik Severo-Vostochnogo federal'nogo universiteta im. M.K. Ammosova. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Filosofiya – Vestnik of North-Eastern Federal University. Pedagogics. Psychology. Philosophy, 2021, no. 1, pp. 32–37. (In Russ.).
17. Pleshakova D.R. Psychological model of the process of development of communicative tolerance of students – future medical workers. Russian Journal of Education and Psychology, 2015, no. 12, pp. 73–83. (In Russ.).
18. Rusakova S.V. General approaches to the structural component of communicative tolerance. Psikhologiya i pedagogika: metodika i problemy prakticheskogo primeneniya [Psychology and pedagogy: methods and problems of practical application], 2012, no. 25-1, pp. 83–87. (In Russ.).
19. Rusakova S.V. Essential characteristics of communicative tolerance: the origin of the concept. Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika – Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics, 2013, vol. 19, no. 1, pp. 10–13. (In Russ.).
20. Akhmetgalina N.N., Gagai V.V. Features of the professional identity of medical college students with different levels of communicative tolerance. Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya – World of Science. Pedagogy and Psychology, 2019, vol. 7, no. 1. (In Russ.). Available at: <https://mir-nauki.com/PDF/89PSMN119.pdf>
21. Vasilieva L.N. Study of empathy as a component of the communicative competence of a future doctor. Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsial'naya rabota. Yuvenologiya. Sotsiokinetika – Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Social work. Juvenile studies. Sociokinetics, 2010, no. 1, pp. 165–169. (In Russ.).

**The relationship between the emotional and personal characteristics of
medical university students and the communicative competence of a future
doctor**

Vasilenko T.D.1

E-mail: tvasilenko@yandex.ru

Smirnov N.V.1

E-mail: smirnov-nikv@yandex.ru

Dmitrenko V.I.1

E-mail: dmitrenko.valentinka@yandex.ru

1 Kursk State Medical University

3 Karl Marx str., Kursk, 305041, Russia
Phone: +7 (4712) 58-81-32

Abstract. Communicative competence is an important component of a doctor's professional activity, the formation of which begins during training. The purpose of the study is to identify the relationship between the emotional and personal characteristics of medical school students and the communicative competence of the future doctor. In the process of work, the following methods were used: a method for studying the level of professional communicative competence of a doctor (PKKV) by N. V. Yakovleva, a method for diagnosing the level of empathic abilities by V. V. Boyko, a method for diagnosing communicative tolerance by V. V. Boyko, a method for diagnosing communicative control M. Schneider. Statistical analysis of the data revealed a positive correlation between such components of the doctor's communicative competence as general communication skills, general communicative ideals, professional communication skills, with empathy and communicative control. Thus, the study revealed the relationship between empathy and communicative control and the communicative competence of the future doctor.

Keywords: doctor's communicative competence, empathy, communicative control

For citation

Vasilenko T.D., Smirnov N.V., Dmitrenko V.I. The relationship between the emotional and personal characteristics of medical university students and the communicative competence of a future doctor. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 3, p. 1. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.08.2023

Accepted for publication 01.08.2023 for all articles № 3(80) 2023



УДК 159.9

ЛИЧНОСТНЫЕ ПРЕДПОСЫЛКИ СТРАХА ГИПОГЛИКЕМИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

Бизюк А.П., Коновалик Л.Т. (Санкт-Петербург, Россия)



Бизюк Александр Павлович

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, ул. Льва Толстого, 6-8, Санкт-Петербург, 197022, Россия. Тел.: 8 (812) 338-66-00.

E-mail: a_biziuk@yahoo.com

Коновалик Лилия Тарасовна

студентка шестого курса лечебного факультета, кафедра общей и клинической психологии; Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, ул. Льва Толстого, 6-8, Санкт-Петербург, 197022, Россия. Тел.: 8 (812) 338-66-00.

E-mail: konovalik2000212@gmail.com

Аннотация

Наличие сахарного диабета 1 типа (СД1) и переживание в анамнезе острой гипогликемии часто сопровождается появлением страха соответствующего состояния в будущем, параллельно приводя к перекосу самоконтроля пищевого поведения в пользу порой избыточного приема углеводосодержащих продуктов, что и приводит к отдаленным, но плохо осознаваемым в актуальный момент неблагоприятным последствиям. Предполагается, что неадекватность в оценке перспектив ухудшения здоровья может определяться комплексом личностных особенностей, дизадаптивно усиливающих подобный феномен.

Целью статьи является уточнение роли психологических качеств в формировании страха гипогликемии.

Методы исследования: шкала оценки уровня личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина, пятифакторный личностный опросник (версия 5FPQ Heijiro Tsuji в адаптации А. Б. Хромова, методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), опросник уровня субъективного контроля (УСК), методика «Шкала страха гипогликемии» (HFS-II).

Результаты: высокие значения страха гипогликемии наблюдаются при повышенных показателях экстраверсии, привязанности, самоконтроля, экспрессивности и нейротизма. Этому же способствуют ипохондрический и тревожный типы отношения к болезни. Тенденция к замкнутости, сосредоточенности на своих интересах, индивидуалистичности, самостоятельности, низкой эмоциональности и сниженной эмпатии характерны для более низких значений страха гипогликемии. Превентивные формы поведения более типичны для пациентов с реалистической оценкой событий.

Ключевые слова: сахарный диабет 1 типа, страх гипогликемии, экстраверсия, привязанность, самоконтроль, нейротизм, экспрессивность, тревожность, превентивное поведение

Для цитаты: Бизюк А.П., Коновалик Л.Т. Личностные предпосылки страха гипогликемии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа // Медицинская психология в России:

сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 2. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Сахарный диабет, принадлежащий к группе метаболических заболеваний, в связи с растущей год от года распространенностью был признан одним из наиболее важных неинфекционных патологий с хроническим характером течения и высоким риском развития осложнений [1; 2].

С особенностями разворачивания симптоматики, лечением и контролем диабета неразрывно связано такое понятие, как гликемия (концентрация глюкозы в крови), которая имеет тенденцию по своему уровню даже в течение суток значительно меняться от очень высоких до очень низких показателей [3; 4].

Нормальные значения гликемии достигаются за счет гормона инсулина, действие которого стимулирует поглощение углеводов тканями организма, а патологические обстоятельства возникают вследствие недостаточной выработки инсулина или при невосприимчивости к нему тканей организма [5]. На почве нарушения подобных механизмов выделяют сахарный диабет первого (инсулинозависимый) и второго (инсулиннезависимый) типов (СД 1 и СД 2).

Специфической особенностью СД 1 типа является непереносимость баланса между приемами инсулина и слежением за своим состоянием, что предполагает, как дополнительную интроспективную нагрузку, так и привлечение для контроля аппаратных приемов. Потеря бдительности в этой сфере может на одном полюсе явиться причиной либо остро развивающейся гипогликемической комы, несущей в себе очевидный потенциал витальной угрозы, либо, на другом поведенческом полюсе, становится причиной целого ряда последствий для организма, которые в силу своей отдаленной «перспективности» не расцениваются больным как опасные для здоровья.

Гипогликемия может возникать внезапно, характеризуясь неприятными физическими и психологическими симптомами, такими как дрожь, потливость, сонливость, тошнота, плохая координация движений, спутанность сознания, плохое настроение и потеря сознания [6].

Страх перед гипогликемией не только усиливает психологический стресс, связанный с диабетом, но также считается, что он оказывает поведенческое влияние на управление диабетом и метаболический контроль. Одной из основных направлений исследований в этой области является гипотеза о том, что люди, опасаящиеся гипогликемии, могут предпринимать корректирующие или противодействующие действия для предотвращения гипогликемии за счет нездорового высокого уровня глюкозы [6; 7], что становится барьером на пути к соблюдению режима лечения диабета [8], когда до 75 % пациентов, получающих лечение, могут не соблюдать предписанный им режим питания, либо даже намеренно пропускать или снижать дозы принимаемого инсулина [9].

Если нормальный или адаптивный страх, как эволюционно развитый механизм защиты от ожидаемой опасности, позволяет пациенту адекватно реагировать на риск гипогликемии [10; 11], то чрезмерный страх перед гипогликемией может мешать самоконтролю, но общее безразличие к гипогликемии также может поставить под угрозу физическое благополучие таких лиц. Гипогликемия представляет большую угрозу для таких пациентов, поскольку у них отсутствуют эндогенные механизмы для выявления и устранения этой потенциально опасной для жизни ситуации. Большой страх гипогликемии у этих пациентов понятен, и мотивация поддерживать повышенный уровень глюкозы в крови не только уместна, но и потенциально может спасти жизнь [7]. И это при том, что психологические факторы сами по себе могут оказывать существенное влияние как на возникновение диабета, так и его течение [12].

Таким образом, лечение СД 1 типа, учитывая его стадийность, включает в себя как фармакологическую, так и психологическую составляющую: инсулинотерапию, самоконтроль гликемии и вытекающую из них необходимость обучения принципам управления заболеванием [13].

При этом самоконтроль гликемии, включающий лабораторные анализы, глюкометрию, системы непрерывного мониторинга гликемии, является неотъемлемой частью обязательной инсулинотерапии. Самоконтроль должен проводиться не менее 4 раз в сутки, в связи с отходом ко сну, приемами пищи, физическими нагрузками, оценкой потребляемых с едой углеводов [14] и физической активности. Несмотря на обременительность

гликемического контроля, при его соблюдении отмечается значительное повышение качества жизни пациентов [4], особенно при наличии их специального обучения [15; 16].

Очевидно, что способности к самоконтролю и определенному характеру мотивации таких больных непосредственно связаны с их осведомленностью о расстройстве, личностными особенностями и типом отношения к болезни, возникающим в том числе и на фоне некоторого стресса [3; 17; 18].

И в отечественных и в зарубежных исследованиях уже предпринимались попытки обнаружить личностные особенности больных диабетом, но в получаемых данных при их анализе обнаруживается либо противоречивость, либо авторы вообще не находят различий психологических особенностей от нормативной выборки [19]. В других случаях такие различия выявляются [20] либо вновь утверждается, что этиологически значимой «диабетической личности» не существует [21], при том, что исследования влияния психологических факторов на течение заболевания и заболевания на личность больного все равно продолжают.

Например, исследованиями японских ученых было показано, что если на момент поступления в больницу никаких связей между личностными качествами, измеренными по опроснику Большой пятерки (нейротизмом, экстраверсией, открытостью, доброжелательностью и добросовестностью) и уровнем сахара в крови получено не было, то после курса обучения и спустя несколько месяцев только уровень нейротизма стал единственной чертой, связанной с хорошим гликемическим контролем [22]. Аналогичные результаты были получены и в другом исследовании [23], показавшем взаимосвязь между нейротизмом и метаболическим контролем, когда высокие уровни этого показателя коррелировали с худшим контролем, при том, что интроверсия/экстраверсия подобной тенденции не выявила.

Для всех групп исследований продолжает оставаться открытым вопрос о том, являлись ли зарегистрированные различия уже существовавшими до начала заболевания, выступив как психосоматический фактор в качестве «провокаторов», либо их существование обуславливалось теми метаболическими, эндокринными сдвигами и социальными обстоятельствами, которые возникли уже как результат диабета.

В этом отношении определенный интерес представляют данные, касающиеся внутренней картины болезни таких пациентов, в соответствии с которыми 52,5 % считают свою болезнь "наказанием за что-либо, совершенное неправильно ими в жизни", а несколько меньшее число опрошенных (24,1 %) воспринимают появление заболевания как компенсацию "из-за утраты чего-либо необходимого в жизни" [24].

Ситуация осложняется и тем, что, часто начинаясь с детства, диабет приводит к нарушениям психосоциального функционирования человека уже у ребенка, формируя интровертированность, чувство незащищенности, вторично сопровождаясь детскими страхами, отрицающим отношением к заболеванию [25], эскапизмом и низкой выраженностью психологической защиты, уязвимостью к соматическим и личностным нарушениям [26], что, естественно, не может в дальнейшем не закрепляться в структуре личности больного. У подростков с сахарным диабетом 1 типа личностная тревожность и частота эпизодов тяжелой гипогликемии определенно и ожидаемо выступают как предикторы страха гипогликемии, что, по расчетным данным, составляет почти 50 % полученной по этому показателю дисперсии [27].

При исследовании 120 взрослых жителей Гонконга, страдающих инсулинозависимым диабетом [28], 15 % респондентов сообщили о высоком уровне страха гипогликемии, который положительно коррелировал со временем после начала лечения инсулином, частотой госпитализаций по поводу гипогликемии и частотой гипогликемии, влияющей на трудовую жизнь. Замечено, что страх гипогликемии усиливается ночью и женщины, как правило, испытывали более высокие уровни страха, чем мужчины [29].

У детей и молодых людей с инсулинозависимым диабетом страдает и когнитивная составляющая [30; 31; 32]. Метаанализ, проведенный С. Topoly и соавт. [33] для сравнения показателей когнитивного и управляющего (исполнительного) функционирования у детей и взрослых, продемонстрировал, что по мере увеличения продолжительности заболевания тяжесть таких потерь возрастает.

Другая сторона психической деятельности — эмоциональная составляющая у пациентов с сахарным диабетом тоже имеет определенную связь с течением заболевания. Показано, что у лиц с дисгликемией по сравнению с пациентами с нормогликемией наблюдаются раздражительность, сниженный эмоциональный фон, нейротические реакции [4], высокая тревожность, эмоциональное истощение, пассивность, чувство заброшенности и

незащищенности [34], пациенты с СД 1 типа испытывают постоянный стресс [19], что в свою очередь снижает приверженность лечению [35].

Факторами риска для плохого гипогликемического контроля может выступать относительная тенденция испытывать меньше негативных эмоций и концентрироваться на нуждах других, а не на себе [36]. Исследования, проведенные на пациентах школьного возраста, показали, что те из них, у кого наблюдался плохой гликемический контроль, имели плохо развитые социальные навыки, они сообщали о небольшом количестве или отсутствии близких друзей, не ходили на свидания и избегали вечеринок из-за застенчивости и неспособности общаться с другими людьми и сверстниками [37]. Роль социофобии подтверждается и другими исследованиями [38].

В исследованиях, проведенных при помощи СМЛ [19] у пациентов с СД 1 типа, достигших ремиссии, отмечается обособленно-созерцательная личностная позиция, аналитический склад мышления. Таким людям не свойственна импульсивность, что несомненно является преимуществом для организации лечения, однако замкнутость данных пациентов требует дополнительного внимания со стороны специалистов.

Но с другой стороны, исследование 618 больных с диабетом 1 и 2 типов в Университетской больнице Дижона показало, что к особенностям их личностного склада можно отнести нетерпеливость, потребность в самореализации и карьерные амбиции, и стремление к соперничеству [39]. Называются и такие психологические реакции у больных с сахарным диабетом, как отрицание, злость, разочарование, вина, печаль, принятие, фобические реакции, депрессия, тревога и расстройства пищевого поведения (синдром ночного питания) [40]. Особую роль в этом ряду играет депрессия, ухудшающая гипогликемический контроль по сравнению с теми пациентами, у которых ее нет [41; 42]. При этом по отечественным данным Д.А. Валиевой [43], у обследованных по опроснику СМОЛ пациентов с сахарным диабетом I типа высокий и очень высокий уровень тревожности имел место более чем у половины (54, 8 %) больных, что не может не способствовать формированию настороженного отношения к гипогликемическим феноменам. И напротив, экстраверсия способствует лучшему принятию диабета и наравне с качеством добросовестности через ее мотивацию обеспечивает лучшую реализацию гипогликемического контроля [44].

С другой стороны, при оценке связи личностных особенностей с комплаентностью — пациенты, страдающие сахарным диабетом 1 и 2 типов и обнаруживающие высокий и повышенный уровни выраженности нейротических черт (аффективной неустойчивости, интровертированной направленности личности, неуверенности в себе), обладали более высоким уровнем готовности следовать рекомендациям врача [20], то есть играли формально положительную (через корреляции) роль в отношении к болезни.

Таким образом, данные, касающиеся личностных особенностей больных диабетом, довольно противоречивы, начиная с того, что имеют они или не имеют какого-либо специфического склада личности [8; 45], и заканчивая такими частными вопросами, как влияет ли возраст на соблюдение правил контроля гипогликемии [46; 47].

Так или иначе, но на фоне такого хронического заболевания, как сахарный диабет 1 типа, отмечается наличие характерных копинг-стратегий, к числу которых относят: поиск социальной поддержки, избегание [48], использование самоконтроля и конфронтационного копинга [49].

Таким образом, несмотря на кажущуюся логичной взаимосвязь между высоким уровнем страха и большим контролем состояния, исследования показали [50; 51; 52; 53], что страх гипогликемии связан с меньшим контролем над состоянием. По результатам исследования, проведенного Черной М.Е. и Волковой А.Р. [50], у пациентов с невысоким уровнем страха гипогликемии выявлена значимо меньшая вариабельность гликемии, тогда как у пациентов с выраженным страхом этого расстройства инциденты происходили чаще. Кроме того, при наличии страха формируется внутренний конфликт, вынуждающий пациентов поддерживать гипергликемию, сопровождающийся нарушениями социального взаимодействия пациентов, снижением их трудоспособности, нарастанием депрессии и тревоги.

Материалы и методы

Выборка представлена группой пациентов, поступивших на коррекцию схемы терапии в эндокринологическое отделение ПСПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова в 2022-2023 годах. Выборка составила 63 человека, средний возраст исследуемых — 29 лет. Из них 37 (59 %) женщин и 26 (41 %) мужчин. Средний возраст начала заболевания у пациентов — 20, 4 лет. 72,7 % пациентов имели в анамнезе 3 и более приступов гипогликемического криза.

Психодиагностический арсенал исследования включал шкалу тревоги Спилбер-гера — Ханина, пятифакторный личностный опросник (версия 5FPQ Heijiro Tsuji в адаптации А. Б. Хромова [54]), методику «Тип отношения к болезни» (Л. И. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова), опросник уровня субъективного контроля (УСК) [55], методику «Шкала страха гипогликемии» (Hypoglycemia fear scale-II) (HFS-II).

Для статистического анализа в работе использовался программный пакет SPSS Statistics 23.0. Был проведен частотный анализ, описание средних значений, сравнение средних значений по t-критерию Стьюдента, корреляционный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Обнаружено, что около половины обследованных (48 %) имели низкий уровень экстраверсии, у 30 % выявлен средний уровень экстраверсии, и у 22 % испытуемых данный показатель соответствовал высоким значениям.

По результатам оценки выраженности фактора привязанности обнаружено, что у большинства обследованных (56 %) имели место низкие значения данного фактора, что говорит о выраженном стремлении к независимости, дистанцированию от окружающих людей и незаинтересованности в них.

При оценке фактора самоконтроля низкие значения были выявлены у 59 % обследованных, средние значения — у 29 % и высокие значения — у 13 %. Таким образом, большинство пациентов с сахарным диабетом 1 типа достаточно импульсивны, могли быть склонны к необдуманным поступкам и избеганию волевых усилий. При этом 29 % испытуемых характеризовались достаточно развитым самоконтролем, а 13 % характеризовались повышенной добросовестностью, обязательностью и сознательностью.

У большинства пациентов показатель фактора нейротизма находился на низком уровне, что говорит об эмоциональной уравновешенности и стабильности (52 % респондентов), или на среднем уровне выраженности, из чего можно судить о сбалансированности их эмоциональных переживаний.

При исследовании личностной и ситуативной тревожности были получены следующие результаты (табл. 1). В группе низкого страха гипогликемии наблюдался умеренный уровень ситуативной тревожности (36, 03 балла) и умеренный уровень личностной тревожности (37, 66). В группе высокого страха гипогликемии наблюдается тенденция к высоким показателям ситуативной (41, 74) и личностной (42, 61) тревожности, при этом различия между группами сравнения статистически достоверны.

Таблица 1. Различия показателей тревожности в группах с низким и высоким страхом гипогликемии (в баллах)

Параметры	Низкий уровень страха		Высокий уровень страха		t-критерий	p-уровень
	Средн. Знач 1	Станд.Откл. 1	Средн.знач. 2	Станд.Откл. 1		
Ситуативная тревожность	36,03	7,123	41,74	8,246	-3,75	0,05
Личностная тревожность	37,03	7,320	42,61	7,788	-3,16	0,05

Таким образом, уже на уровне сопоставления средних значений была обнаружена связь общей тревожности с высокими показателями страха по методике HFS-II.

По результатам оценки средний показатель шкалы превенции HFS-II составил $28,48 \pm 9,08$ (максимально 75 баллов) (табл. 2); по шкале страха гипогликемии средний показатель составил $57,97 \pm 15,6$ (максимально 90 баллов), что соответствует невысокому эмоциональному и поведенческому страху (из-за отсутствия пороговых значений для данной шкалы на отечественной выборке, разделение испытуемых на группы производилось по соответствующей медиане общего страха, равной 70,25 балла). Повышенные показатели по шкале превенции отмечались лишь у 5 пациентов (8 % обследованных); а высокий уровень страха по шкале эмоционального реагирования регистрировался у значительно большего числа пациентов с сахарным диабетом (26-пациентов или 41 %). Таким образом, в структуре общего страха гипогликемии при умеренной (в среднем) по выраженности эмоциональных переживаний, связанных с ней, поведенческие реакции, направленные на превенцию данного состояния, со слов пациентов, были относительно более слабыми.

Таблица 2. Статистические данные по уровню страха гипогликемии

Параметры	Средн.знач.	Станд.откл.	Асимметрия	Эксцесс
HFS- превенция	28,48	9,075	0,515	0,297
HFS- эмоции	57,97	15,601	-0,333	-0,301

Если же проводить сопоставление со среднестатистическими зарубежными данными [56], то оценочные характеристики полученных показателей по соответствующим шкалам меняются. В этом исследовании психометрических свойств методики средний балл по шкале превенции 777 взрослых, страдающих диабетом 1 типа, составлял в разных подгруппах больных от 17,2 до 18,8 балла, а средний балл по выраженности эмоционального реагирования — от 19,9 до 34,0 баллов. Это значит, что в отечественной выборке имеется относительно существенное превышение показателей по обоим рассматриваемым шкалам.

Сопоставление полученных нами данных может быть произведено и по аналогичным исследованиям, предпринятым на 77 пациентах с СД-1 М.Е. Черной и А.Р. Волковой [50]. Здесь средняя величина шкалы беспокойства составила 37, 5 балла, а шкалы превентивного поведения — 26 баллов, что в последнем случае незначительно отличается от результатов нашего исследования. А в отношении эмоционального компонента страха различия существенны, что, по-видимому, объясняется тем, что основная масса обследованных находилась в стационаре сразу после перенесенного приступа гипогликемии.

Результаты сравнения выраженности личностных особенностей у пациентов с высоким и с низким уровнем страха гипогликемии представлены в таблице 3. Как видно из таблицы, для всех факторов личности отмечаются достоверные различия между группами пациентов.

Таблица 3. Сравнение выраженности факторов личности у пациентов с низким и высоким общим страхом гипогликемии

Параметры	Высокий общий страх гипогликемии		Низкий общий страх гипогликемии		t-критерий	p-уровень
	Средн. знач.	Станд. Откл.	Средн. знач.	Станд. Откл.		
Экстраверсия	46,00	10,32	33,66	8,91	-5,08	0,00
Привязанность	44,87	11,00	32,75	10,13	-4,55	0,00
Самоконтроль	43,10	11,45	35,78	11,34	-2,55	0,00
Нейротизм	42,81	8,76	35,63	9,64	-3,10	0,00
Экспрессивность	44,52	9,56	34,28	10,04	-4,14	0,00

По фактору «экстраверсия» выявлены различия на высоком уровне значимости ($p < 0,01$), то есть пациенты с высоким общим страхом гипогликемии отличаются большей открытостью, общительностью и активностью, нежели пациенты с низким общим страхом гипогликемии, что противоречит зарубежным данным. Большая выраженность фактора привязанности (отзывчивости и эмпатичности) также выявлена в группе пациентов с большим страхом гипогликемии, что можно рассматривать как срабатывание защитных механизмов.

Показатели самоконтроля у пациентов с высоким и низким уровнем страха гипогликемии отличаются в пользу пациентов с высоким общим страхом, что психологически объяснимо как механизм предотвращения угрожающих неприятностей. Аналогичные соотношения наблюдаются и для показателей нейротизма и экспрессивности.

Попытка выявления связей страха гипогликемии с психологическими характеристиками на уровне корреляций выявила следующие закономерности (рис. 1 и 2).



Рисунок 1. Структура связей между личностными особенностями и показателями страха гипогликемии.

Показатель предупреждающего гипогликемию поведения как системообразующий фактор обнаружил отрицательные связи со всеми факторами личности на высоком уровне значимости, то есть более высокая превенция гипогликемии наблюдается в совокупности с более низкими факторами экстраверсии, привязанности, самоконтроля, экспрессивности и нейротизма. Таким образом, у людей более замкнутых, погруженных в свои интересы, с выраженной индивидуалистичностью, самостоятельностью, приземленностью, реалистичностью и меньшей эмпатичностью выше склонность прибегать к мерам по превенции гипогликемии (остается вопрос о достаточности или избыточности таких мер).

Показатель эмоционального компонента страха обнаруживает прямо противоположные — положительные — связи со всеми рассматриваемыми факторами личности, наиболее выраженные для показателя экстраверсии и наименее выраженные — для самоконтроля. Другими словами, аффективный компонент, по нашим данным, находится в своеобразно антагонистичных отношениях с превентивным поведением, когда оно опосредуется личностными особенностями.

В качестве центральной тенденции общий показатель страха гипогликемии продемонстрировал фактически те же положительные связи с факторами личности и тоже на удовлетворительном уровне достоверности ($p < 0,01$; рис. 2). То есть с учетом вектора корреляции аффективная сторона своеобразно по влиянию «перекрывает» механизмы предупреждения осложнений.



Рисунок 2. Структура связей между личностными особенностями и общим страхом гипогликемии.

При анализе взаимосвязей ситуативной и личностной тревожности со шкалами превенции и шкалой страха гипогликемии выяснилось, что ситуативная и личностная тревожность связана со шкалой превенции сильной отрицательной связью, что хорошо согласовывается с аналогичной связью показателя нейротизма. Чем выше ситуативная и

личностная тревожность, тем меньше пациентом предпринимается мер по избеганию гипогликемии. И наоборот — ситуативная и личностная тревожность имеет сильную положительную связь со шкалой страха гипогликемии.

Интернальность (внутренний локус контроля) продемонстрировала заметную отрицательную корреляцию с переживанием страха гипогликемии ($r = -0,35$; $p < 0,01$) — чем выше уровень субъективного контроля, тем ниже страх гипогликемии с соответствующей альтернативой в отношении превентивных мер ($r = 0,36$; $p < 0,01$).

При оценке выраженности разных типов отношения к болезни среди пациентов с высоким и с низким общим страхом тоже был обнаружен целый ряд тенденций.

Адаптивные типы отношения к болезни (гармонический, эргопатический и анозогнозический) как правило, сопровождаются низким общим страхом. Среди дезадаптивных типов интрапсихической направленности у пациентов с высоким общим страхом гипогликемии преобладают ипохондрический, тревожный и неврастенический (что, предположительно, может быть связано с высокой тревогой у данной группы в целом), а у пациентов с низким общим страхом гипогликемии преобладают меланхолический и апатический типы. Дезадаптивные типы отношения к болезни интерпсихической направленности представлены паранойяльным типом, для которого характерен повышенный страх гипогликемии, и сенситивным типом, с противоположной тенденцией — быть относительно равнодушным к возможным осложнениям. Последняя тенденция, если не рассматривать ее как артефакт, требует специального анализа, поскольку лица с подобной акцентуированностью с позиции здравого смысла должны иметь повышенную чувствительность к потенциальным угрозам.

При анализе наиболее часто встречающихся типов отношения к болезни для каждой из групп было выявлено, что в группе пациентов с высоким общим страхом гипогликемии наиболее часто встречались ипохондрический и тревожный тип, в группе низкого общего страха наиболее частый тип отношения к болезни — эргопатический, за которым следуют гармоничный и сенситивный.

Выводы

1. У лиц, страдающих диабетом 1 типа присутствует тенденция к замкнутости, сосредоточенности на своих интересах, индивидуалистичности, самостоятельности, низкой эмоциональности и сниженной эмпатии, приземленности, реалистичности, снижению самоконтроля.

2. В структуре общего страха гипогликемии у пациентов преобладают эмоциональные переживания, при этом менее выражены поведенческие реакции, направленные на првенцию данного состояния.

3. Более высокие значения страха гипогликемии наблюдаются при повышенных показателях экстраверсии, привязанности, самоконтроля, экспрессивности и нейротизма. Тенденция к замкнутости, сосредоточенности на своих интересах, индивидуалистичности, самостоятельности, низкой эмоциональности и сниженной эмпатии характерны для более низких значений страха гипогликемии.

4. У пациентов с высокой сосредоточенностью, самостоятельностью, реалистичной оценкой событий наблюдаются более выраженные превентивные формы поведения.

5. Дезадаптивные типы отношения к болезни — ипохондрический и тревожный тип — сопровождаются формированием более высокого общего страха гипогликемии. Более адаптивные — эргопатический, за которым следуют гармоничный и сенситивный — позволяют препятствовать возникновению высокого уровня общего страха.

Список источников

1. Маслова О.В., Сунцов Ю.И. Эпидемиология сахарного диабета и микрососудистых осложнений // Сахарный диабет. – 2011. – Т. 14, № 3. – С. 6–11. doi: 10.14341/2072-0351-6216

2. Ярмолинская М.И., Андреева Н.Ю., Абашова Е.И., Мишарина Е.В. Экспериментальные модели сахарного диабета 1-го типа // Журнал акушерства и женских болезней. – 2019. – Т. 68, № 2. – С. 109–118. doi: 10.17816/JOWD682109-118

3. Клинические рекомендации. Сахарный диабет 1 типа у взрослых / Дедов И.И., Шестакова М.В., Майоров А.Ю. [и др.] // Сахарный диабет. – 2020. – Т. 23, № 1S. – С. 42–114. doi: 10.14341/DM20201S

4. Гликемический контроль, качество жизни и психологические характеристики больных сахарным диабетом 1 типа / Ю.А. Шишкова, О.Г. Мотовилин, Е.В. Суркова [и др.] // Сахарный диабет. – 2013. – Т. 16, № 4. – С. 58–65. doi: 10.14341/DM2013458-65

5. Сахарный диабет: эпидемия столетия / Ж.А. Анорбоев, Ш.Т. Умиров, О.Р. Салайдинов [и др.] [Электронный ресурс] // Science and Education. – 2023. – Т. 4, № 5. – С.555–564. – URL: <https://openscience.uz/index.php/sciedu/article/view/5756> (дата обращения: 13.05.2024).
6. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes management and patient education / D. Wild, R. von Maltzahn, E. Brohan [et al.] // Patient Education and Counseling. – 2007. – Vol. 68, no. 1. – P. 10–15. Doi: 10.1016/J.PEC.2007.05.003
7. Fear of hypoglycemia: quantification, validation, and utilization / D.J. Cox, A. Irvine, L. Gonder-Frederick [et al.] // Diabetes Care. – 1987. – Vol. 10, no. 5. – P. 617–621. Doi: 10.2337/diacare.10.5.617
8. Surwit R.S., Scovern A.W., Feinglos M.N. The role of behavior in diabetes care // Diabetes Care. – 1982. – Vol. 5, no. 3. – P. 337–342. Doi: 10.2337/diacare.5.3.337
9. Self-reported hypoglycemia in insulin-treated patients with diabetes: Results from an international survey on 7289 patients from nine countries / R. Emral, F. Pathan, C.A.Y. Cortés [et al.] // Diabetes Research and Clinical Practice. – 2017. – Vol. 134. – P. 17–28. Doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.031
10. Przekazak A., Bielka W., Mołęda P. Fear of hypoglycemia – an underestimated problem // Brain Behav. – 2022. – Vol. 12, no. 7. – P. e2623. Doi: 10.1002/brb3.2633
11. Diabetes and emotional health: a practical guide for health professionals supporting adults with type 1 or type 2 diabetes / C. Hendrieckx, J.A. Halliday, L.J. Beeney [et al.]. – 2nd edition. – Canberra: National Diabetes Services Scheme, 2020. – URL: <https://www.ndss.com.au/wp-content/uploads/resources/diabetes-emotional-health-handbook.pdf> (дата обращения 13.05.2024).
12. Kalra S., Jena B.N., Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes // Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. – 2018. – Vol. 22, no. 5. – P. 696–704. Doi: 10.4103/ijem.IJEM_579_17
13. Смирнова О. М. Перспективы лечения и профилактики сахарного диабета 1 типа // Сахарный диабет. – 2000. – Т. 3, № 2. – С. 13–16.
14. Старостина Е.Г., Анциферов М.Б., Галстян Г.Р., Дедов И.И. Эффективность программы интенсивного лечения и обучения больных сахарным диабетом 1 типа // Проблемы Эндокринологии. – 1994. – Т. 40, № 3. – С. 15–19. doi: 10.14341/probl12004
15. Ибрагимова Л.И., Филиппов Ю.И., Майоров А.Ю. Эффективность обучения и качество жизни у больных сахарным диабетом 1 типа на помповой инсулинотерапии // Сахарный диабет. – 2012. – Т. 15, № 1. – С. 35–40. doi: 10.14341/2072-0351-5977
16. Ильина Е.И. Оценка эффективности обучения в школе диабета детей и подростков с сахарным диабетом 1 типа // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 1. – С. 137–139.
17. Исаченкова О.А., Роль стресса в патогенезе сахарного диабета и его осложнений, возможные механизмы развития и методы коррекции // Медицинский альманах. – 2008. – № 4. – С. 178–181.
18. Stress-induced diabetes: a review / K. Sharma, Sh. Akre, Sw. Chakole [et al.] // Cureus. – 2022. – Vol. 14, no. 9. – P. e29142. Doi: 10.7759/cureus.29142
19. Хиева Е.В., Суплотова Л.А., Раева Т.В. Пути повышения эффективности обучения пациентов с сахарным диабетом 2 типа в условиях повседневной практики врача-эндокринолога // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 14(182). – С. 44–47.
20. Продовикова А.Г., Имайкина Л.Р. Связь личностных особенностей и комплаентности у пациентов с сахарным диабетом // Психологические исследования. – 2023. – Т. 16, № 87. – С. 4. doi: 10.54359/ps.v16i87.1350
21. Якунина Е.О. Влияние эмоций на заболевание сахарный диабет 1-го типа // Вестник науки. – 2021. – Т. 3, № 5. – С. 30–34.
22. Association between personality traits and glycemic control after inpatient diabetes education / T. Uchida, H. Ueno, A. Konagata [et al.] // Metabolism Open. – 2023. – Vol. 18. – P. 100244. doi: 10.1016/j.metop.2023.100244
23. Psychological factors and their relationship to diabetes control / D. Gordon, S.G. Fisher, M. Wilson [et al.] // Diabetic Medicine. – 1993. – Vol. 10, no. 6. – P. 530–534. doi: 10.1111/j.1464-5491.1993.tb00115.x
24. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Новикова И.А. Социально-психологические аспекты качества жизни больных сахарным диабетом // Проблемы эндокринологии. – 2002. – Т. 48, № 1. – С. 9–13. doi: 10.14341/probl11417

25. Николаева А.А., Хабарова Т.Ю. Особенности социальной адаптации детей, заболевших сахарным диабетом [Электронный ресурс] // Центральный научный вестник. – URL: <http://csb.su/n/010201/010205.htm> (дата обращения: 13.05.2024).
26. Сафронов Д.А., Сурьянинова Т.И., Фетисова А.С. Особенности психологической адаптации детей, больных сахарным диабетом [Электронный ресурс] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2020. – № 1. – С. 52–57. – URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=12996> (дата обращения: 13.05.2024).
27. Predictors of fear of hypoglycemia in adolescents with type 1 diabetes and their parents / L.A. Gonder-Frederick, C.D. Fisher, L.M. Ritterband [et al.] // Pediatric Diabetes. – 2006. – Vol. 7, no. 4. – P. 215–222. doi: 10.1111/j.1399-5448.2006.00182.x
28. Shiu A.T., Wong R.Y. Fear of hypoglycaemia among insulin-treated Hong Kong Chinese patients: implications for diabetes patient education // Patient Educ Couns. – 2000. – Vol. 41, no. 3. – P. 251–261. doi: 10.1016/s0738-3991(99)00084-1
29. Fear of hypoglycemia in adults with type 1 diabetes: impact of therapeutic advances and strategies for prevention – a review / P. Martyn-Nemeth, S.S. Farabi, D. Mihailescu [et al.] // Journal of Diabetes and Its Complications. – 2016. – Vol. 30, no. 1. – P. 167–177. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2015.09.003
30. Чуваков Г.И. Особенности познавательных процессов у детей, больных сахарным диабетом // Проблемы Эндокринологии. – 1999. – Т. 45, № 2. – С. 3–6. doi: 10.14341/probl11726
31. Neuropsychological profiles of children with type 1 diabetes 6 years after disease onset / E.A. Northam, P.J. Anderson, R. Jacobs [et al.] // Diabetes Care. – 2001. – Vol. 24, no. 9. – P. 1541–1546. doi: 10.2337/diacare.24.9.1541
32. Neuropsychological profiles of young people with type 1 diabetes 12 yr after disease onset / A. Lin, E.A. Northam, D. Rankins [et al.] // Pediatric Diabetes. – 2010. – Vol. 11, no. 4. – P. 235–43. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00588.x
33. Type 1 diabetes-associated cognitive decline: a meta-analysis and update of the current literature / C. Tonoli, E. Heyman, B. Roelands [et al.] // J Diabetes. – 2014. – Vol. 6. – P. 499–513. doi: 10.1111/1753-0407.12193
34. Лоскутова Э.А. Психосоматический аспект тревожности у лиц, страдающих сахарным диабетом // Вестник Марийского государственного университета. – 2018. – Т. 12, № 2. – С. 92–99. doi: 10.30914/2072-6783-2018-12-2-92-99
35. Хуснуллина Е.В. Факторы, влияющие на комплаентность подростков, получающих лечение по поводу сахарного диабета // Инновационные технологии в эндокринологии: Сборник тезисов IV (XXVII) Национального конгресса эндокринологов с международным участием (Москва, 22–25 сентября 2021 года). – М.: Печатных Дел Мастер. – 2021. – С. 393.
36. Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes / J.D. Lane, C.C. McCaskill, P.G. Williams [et al.] // Diabetes care. – 2000. – Vol. 23, no. 9. – P. 1321–1325. doi: 10.2337/diacare.23.9.1321
37. Psychological predictors of glucose control in patients with IDDM / J.D. Lane, B. Stabler, S.L. Ross [et al.] // Diabetes Care. – 1988. – Vol. 11, no. 10. – P. 798–800. doi: 10.2337/diacare.11.10.798
38. Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus (IDDM) population: relationships with glycaemic control and somatic complications / S. Friedman, G. Vila, J. Timsit [et al.] // European Psychiatry. – 1998. – Vol. 13, no. 6. – P. 295–302. doi: 10.1016/s0924-9338(98)80047-3
39. Personality types in individuals with type 1 and type 2 diabetes / A. Rouland, J.-Ch. Chauvet-Gelinier, A.-L. Sberna [et al.] // Endocr Connect. – 2020. – Vol. 9, no. 3. – P. 254–260. doi: 10.1530/EC-19-0499
40. Kalra S., Jena B.N., Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes // Indian Journal of Endocrinology and Metabolism. – 2018. – Vol. 22, no. 5. – P. 696–704. doi: 10.4103/ijem.IJEM_579_17
41. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature / P.J. Lustman, R.J. Anderson, K.E. Freedland [et al.] // Diabetes Care. – 2000. – Vol. 23, no. 7. – P. 934–942. doi: 10.2337/diacare.23.7.934
42. Schram M.T., Baan C.A., Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium // Current Diabetes Reviews. – 2009. – Vol. 5, no. 2. – P. 112–119. doi: 10.2174/157339909788166828

43. Валиева Д.А. Психоземotionalные особенности пациентов с сахарным диабетом // Вестник современной клинической медицины. – 2014. – Т. 7, № 1. – С. 69–77.
44. Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes / M. Esmaeilinasab, M. Ebrahimi, M.H. Mokarrar [et al.] // Journal of Diabetes and Metabolic Disorders. – 2016. – Vol. 15. – P. 54. doi: 10.1186/s40200-016-0281-3
45. Трофимова Г.И., Горшков И.П., Воынкина А.П. Психологические особенности больных сахарным диабетом // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2014. – Т. 17, № 1. – С. 188–192. doi: 10.18499/2070-9277-2014-17-1-188-192
46. Psychological and demographic correlates of glycaemic control in adult patients with type 1 diabetes / D.A. Hepburn, S.J. Langan, I.J. Deary [et al.] // Diabetic Medicine. – 1994. – Vol. 11, no. 6. – P. 578–582. doi: 10.1111/j.1464-5491.1994.tb02039.x
47. Vellanki P., Umpierrez G.E. Iatrogenic hypoglycemia and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus // Rev Clin ESP (Barc). – 2014. – Vol. 215, no. 2. – P. 104–106. doi: 10.1016/j.rce.2014.11.017
48. Мотовилин О.Г., Шишкова Ю.А., Суркова Е.В. Стратегии совладания (копингстратегии) у больных сахарным диабетом 1 и 2 типа на инсулинотерапии: связь с эмоциональным благополучием и уровнем гликемического контроля // Сахарный диабет. – 2015. – Т. 18, № 4. – С. 41–47. doi: 10.14341/DM7550
49. Орлова М.М. Анализ адаптационных стратегий больных сахарным диабетом в зависимости от ситуации болезни // Сибирский психологический журнал. – 2011. – № 41. – С. 94–104.
50. Черная М.Е., Волкова А.Р. Страх гипогликемии – барьер на пути к контролю сахарного диабета 1 типа // Эндокринология: новости, мнения, обучение. – 2022. – Т. 11. № 1. – С. 33–38. doi: 10.33029/2304-9529-2022-11-1-33-38
51. Мельникова О.Г., Майоров А.Ю. Клинические и психологические аспекты гипогликемии при сахарном диабете // Сахарный диабет. – 2010. – Т. 13, № 3. – С. 46–50. doi: 10.14341/2072-0351-5487
52. Патракеева Е.М., Дуничева М.Н., Залевская А.Г. Страх гипогликемии у пациентов с сахарным диабетом 1 типа // Сахарный диабет. – 2014. – Т. 17, № 2. – С. 66–75. doi: 10.14341/DM2014266-75
53. Климонтов В. В. Нарушение распознавания гипогликемии при сахарном диабете: эпидемиология, механизмы развития, терапевтические подходы // Сахарный диабет. – 2018. – Т. 21, № 6. – С. 513–523. doi: 10.14341/DM9597
54. Хромов А.Б. Пятифакторный личностный опросник: тест 5FPQ. Методические указания. – Курган: Курганский гос. университет, 2010. – 50 с.
55. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). – М.: Смысл, 1993. – 16 с.
56. Psychometric properties of the hypoglycemia fear survey-II for adults with type 1 diabetes / L.A. Gonder-Frederick, K.M. Schmidt, K.A. Vajda [et al.] // Diabetes Care. – 2011. – Vol. 34, no. 4. – P. 801–806. doi: 10.2337/dc10-1343

References

1. Maslova O.V., Suntsov Yu.I. Epidemiologiya sakharnogo diabeta i mikro-sosudistyx oslozhneniy. Sakharnyi diabet, 2011, vol. 14, no. 3, pp. 6–11. (In Russ.). doi: 10.14341/2072-0351-6216
2. Yarmolinskaya M.I., Andreeva N.Yu., Abashova E.I., Misharina E.V. Eksperimental'nye modeli sakharnogo diabeta 1-go tipa. Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei, 2019, vol. 68, no. 2, pp. 109–118. (In Russ.). doi: 10.17816/JOWD682109-118
3. Dedov I.I., Shestakova M.V., Maiorov A.Yu., Shamkhalova M.Sh., Nikonova T.V., Sukhareva O.Yu., et al. Klinicheskie rekomendatsii. Sakharnyi diabet 1 tipa u vzroslykh. Sakharnyi diabet, 2020, vol. 23, no. 1S, pp. 42–114. (In Russ.). doi: 10.14341/DM20201S
4. Shishkova Yu.A., Motovilin O.G., Surkova E.V., Maiorov A.Yu. Glikemicheskii kontrol', kachestvo zhizni i psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh sakharnym diabetom 1 tipa. Sakharnyi diabet, 2013, vol. 16, no. 4, pp. 58–65. (In Russ.). doi: 10.14341/DM2013458-65
5. Anorboev Zh.A., Umirov Sh.T., Salaidinov O.R., Togaeva G.S. Sakharnyi diabet: epidemiya stoletiya. Science and Education, 2023, vol. 4, no. 5, pp. 555–564. (In Russ.). Available at: <https://openscience.uz/index.php/sciedu/article/view/5756> (accessed 13 May 2024).
6. Wild D., von Maltzahn R., Brohan E., Christensen T., Clauson P., Gonder-Frederick L. A critical review of the literature on fear of hypoglycemia in diabetes: Implications for diabetes

- management and patient education. Patient Education and Counseling, 2007, vol. 68, no. 1, pp. 10–15. doi: 10.1016/J.PEC.2007.05.003
7. Cox D.J., Irvine A., Gonder-Frederick L., Nowacek G., and Butterfield J. Fear of hypoglycemia: quantification, validation, and utilization. Diabetes Care, 1987, vol. 10, no. 5, pp. 617–621. doi: 10.2337/diacare.10.5.617
8. Surwit R.S., Scovern A.W., Feinglos M.N. The role of behavior in diabetes care. Diabetes Care, 1982, vol. 5, no. 3, pp. 337–342. doi: 10.2337/diacare.5.3.337
9. Emral R., Pathan F., Cortés C.A.Y., El-Hefnawy M.H., Goh S.-Y., Gómez A.M., et. al. Self-reported hypoglycemia in insulin-treated patients with diabetes: Results from an international survey on 7289 patients from nine countries. Diabetes Research and Clinical Practice, 2017, vol. 134, pp. 17–28. doi: 10.1016/j.diabres.2017.07.031
10. Przekazak A., Bielka W., Mołęda P. Fear of hypoglycemia – an underestimated problem. Brain Behav, 2022, vol. 12, no. 7, p. e2623. doi: 10.1002/brb3.2633
11. Hendrieckx C., Halliday J.A., Beeney L.J., Speight J. Diabetes and emotional health: a practical guide for health professionals supporting adults with type 1 or type 2 diabetes. 2nd edition. Canberra: National Diabetes Services Scheme, 2020. Available at: <https://www.ndss.com.au/wp-content/uploads/resources/diabetes-emotional-health-handbook.pdf> (accessed 13 May 2024).
12. Kalra S., Jena B.N., Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. Indian Journal of Endocrinology and Metabolism, 2018, vol. 22, no. 5, pp. 696–704. doi: 10.4103/ijem.IJEM_579_17
13. Smirnova O. M. Perspektivy lecheniya i profilaktiki sakharnogo diabeta 1 tipa. Sakharnyi diabet, 2000, vol. 3, no. 2, pp. 13–16. (In Russ.).
14. Starostina E.G., Antsiferov M.B., Galstyan G.R., Dedov I.I. Effektivnost' programmy intensivnogo lecheniya i obucheniya bol'nykh sakharnym diabetom 1 tipa. Problemy Endokrinologii – Problems of Endocrinology, 1994, vol. 40, no. 3, pp. 15–19. (In Russ.). doi: 10.14341/probl12004
15. Ibragimova L.I., Filippov Yu.I., Maiorov A.Yu. Effektivnost' obucheniya i kachestvo zhizni u bol'nykh sakharnym diabetom one tipa Na pompovoi insulinoterapii. Sakharnyi diabet, 2012, vol. 15, no. 1, pp. 35–40. (In Russ.). doi: 10.14341/2072-0351-5977
16. Il'ina E.I. Otsenka effektivnosti obucheniya v shkole diabeta detei i podrostkov s sakharnym diabetom 1 tipa. Smolenskii meditsinskii al'manakh, 2021, no. 1, pp. 137–139. (In Russ.).
17. Isachenkova O.A., Rol' stressa v patogeneze sakharnogo diabeta i ego oslozhnenii, vozmozhnye mekhanizmy razvitiya i metody korrektsii. Meditsinskii al'manakh, 2008, no. 4, pp. 178–181. (In Russ.).
18. Sharma K., Akre Sc., Chakole Sw., Wanjari M.B. Stress-induced diabetes: a review. Cureus, 2022, vol. 14, no. 9, p. e29142. doi: 10.7759/cureus.29142
19. Khieva E.V., Suplotova L.A., Raeva T.V. Puti povysheniya effektivnosti obucheniya patsientov s sakharnym diabetom 2 tipa v usloviyakh povsednevnoi praktiki vracha-endokrinologa. Ural'skii meditsinskii zhurnal, 2019, no. 14, pp. 44–47. (In Russ.).
20. Prodovikova A.G., Imaykina L.R. The relationship between personality traits and compliance in patients with diabetes mellitus. Psikhologicheskie issledovaniya – Psychological Studies, 2023, vol. 16, no. 87, pp. 4. (In Russ.). doi: 10.54359/ps.v16i87.1350
21. Yakunina E.O. Vliyanie emotsii na zabolevanie sakharnyi diabet 1-go tipa. Vestnik nauki, 2021, vol. 3, no. 5, pp. 30–34. (In Russ.).
22. Uchida T., Ueno H., Konagata A., Nakamura T., Taniguchi N., Nabekura H., et al. Association between personality traits and glycemic control after inpatient diabetes education. Metabolism Open, 2023, vol. 18, p. 100244. doi: 10.1016/j.metop.2023.100244
23. Gordon D., Fisher S.G., Wilson M., Fergus E., Paterson K.R., Semple C.G. Psychological factors and their relationship to diabetes control. Diabetic Medicine, 1993, vol. 10, no. 6, pp. 530–534. doi: 10.1111/j.1464-5491.1993.tb00115.x
24. Sidorov P.I., Solovyov A.G., Novikova I.A. Social and psychological aspects of life quality of diabetics. Problemy endokrinologii – Problems of Endocrinology, 2002, vol. 48, no. 1, pp. 9–13. (In Russ.). doi: 10.14341/probl11417
25. Nikolaeva A.A., Khabarova T.Yu. Osobennosti sotsial'noi adaptatsii detei, zabolevshikh sakharnym diabetom. Tsentral'nyi nauchnyi vestnik. (In Russ.). Available at: <http://cscb.su/n/010201/010205.htm> (accessed 13 May 2024).
26. Safronov D.A., Sur'yaninova T.I., Fetisova A.S. Osobennosti psikhologicheskoi adaptatsii detei, bol'nykh sakharnym diabetom. Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i

fundamental'nykh issledovaniy, 2020. no. 1, pp. 52–57. (In Russ.). Available at: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=12996> (accessed 13 May 2024).

27. Gonder-Frederick L.A., Fisher C.D., Ritterband L.M., Cox D.J., Hou L., DasGupta A.A., Clarke W.L. Predictors of fear of hypoglycemia in adolescents with type 1 diabetes and their parents. *Pediatric Diabetes*, 2006, vol. 7, no. 4, pp. 215–222. doi: 10.1111/j.1399-5448.2006.00182.x

28. Shiu A.T., Wong R.Y. Fear of hypoglycaemia among insulin-treated Hong Kong Chinese patients: implications for diabetes patient education. *Patient Educ Couns*, 2000, vol. 41, no. 3, pp. 251–261. doi: 10.1016/S0738-3991(99)00084-1

29. Martyn-Nemeth P., Farabi S.S., Mihailescu D., Nemeth J., Quinn L. Fear of hypoglycemia in adults with type 1 diabetes: impact of therapeutic advances and strategies for prevention – a review. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 2016, vol. 30, no. 1, pp. 167–177. doi: 10.1016/j.jdiacomp.2015.09.003

30. Chuvakov G.I. Features of cognitive processes in children with diabetes. *Problemy Endokrinologii – Problems of Endocrinology*. 1999, vol. 45, no. 2, pp. 3–6. (In Russ.). doi: 10.14341/probl11726

34. Loskutova E.A. Psychosomatic aspect of anxiety in individuals with diabetes. *Vestnik Mariiskogo gosudarstvennogo universiteta – Vestnik of the Mari State University*, 2018, vol. 12, no. 2, pp. 92–99. (In Russ.). doi: 10.30914/2072-6783-2018-12-2-92-99

35. Khusnullina E.V. Faktory, vliyayushchie na komplakentnost' podrostkov, poluchayushchikh lechenie po povodu sakharnogo diabeta. *Innovatsionnye tekhnologii v endokrinologii. Sbornik tezisov IV (XXVII) Natsional'nogo kongressa endokrinologov s mezhdunarodnym uchastiem (Moskva, 22–25 sentyabrya 2021 goda) [Innovative Technologies in Endocrinology. Collection of abstracts of the IV (XXVII) National Congress of Endocrinologists]*. Moscow, Pechatnykh Del Master Publ., 2021, p. 393. (In Russ.).

36. Lane J.D., McCaskill C.C., Williams P.G., Parekh P.I., Feinglos M.N., Surwit R.S. Personality correlates of glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes care*, 2000, vol. 23, no. 9, pp. 1321–1325. doi: 10.2337/diacare.23.9.1321

37. Lane J.D., Stabler B., Ross S.L., Morris M.A., Litton J.C., Surwit R.S. Psychological predictors of glucose control in patients with IDDM. *Diabetes Care*, 1988, vol. 11, no. 10, pp. 798–800. doi: 10.2337/diacare.11.10.798

38. Friedman S., Vila G., Timsit J., Boitard C., Mouren-Simeoni M.C. Anxiety and depressive disorders in an adult insulin-dependent diabetic mellitus (IDDM) population: relationships with glycaemic control and somatic complications, *European Psychiatry*, 1998, vol. 13, no. 6, pp. 295–302. doi:10.1016/S0924-9338(98)80047-3

39. Rouland A., Chauvet-Gelinier J.-C., Sberna A.-L., Crevisy E., Buffier P., Mouillot T., et al. Personality types in individuals with type 1 and type 2 diabetes. *Endocr Connect*, 2020, vol. 9, no. 3, pp. 254–260. doi: 10.1530/EC-19-0499

40. Kalra S., Jena B.N., Yeravdekar R. Emotional and psychological needs of people with diabetes. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 2018, vol. 22, no. 5, pp. 696–704. doi: 10.4103/ijem.IJEM_579_17

41. Lustman P.J., Anderson R.J., Freedland K.E., de Groot M., Carney R.M., Clouse R.E. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, 2000, vol. 23, no. 7, pp. 934–942. doi: 10.2337/diacare.23.7.934

42. Schram M.T., Baan C.A., Pouwer F. Depression and quality of life in patients with diabetes: a systematic review from the European depression in diabetes (EDID) research consortium. *Current Diabetes Reviews*, 2009, vol. 5, no. 2, pp. 112–119. doi: 10.2174/157339909788166828

43. Valieva D.A. Psikhoemotsional'nye osobennosti patsientov s sakharnym diabetom. *Vestnik sovremennoi klinicheskoi meditsiny*, 2014, vol. 7, no. 1, pp. 69–77. (In Russ.).

44. Esmaeilinasab M., Ebrahimi M., Mokarrar M.H., Rahmati L., Mahjouri M.Y., Arzaghi S.M. Type II diabetes and personality; a study to explore other psychosomatic aspects of diabetes. *Journal of Diabetes and Metabolic Disorders*, 2016, vol. 15, p. 54. doi: 10.1186/s40200-016-0281-3

45. Trofimova G.I., Gorshkov I.P., Volynkina A.P. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh sakharnym diabetom. *Prikladnye informatsionnye aspekty meditsiny*, 2014, vol. 17, no. 1, pp. 188–192. (In Russ.). doi: 10.18499/2070-9277-2014-17-1-188-192

46. Hepburn D.A., Langan S.J., Deary I.J., Macleod K.M., Frier B.M. Psychological and demographic correlates of glycaemic control in adult patients with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 1994, vol. 11, no. 6, pp. 578–582. doi: 10.1111/j.1464-5491.1994.tb02039.x

47. Vellanki P., Umpierrez G.E. Iatrogenic hypoglycemia and quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev Clin Esp (Barc)*, 2014, vol. 215, no. 2, pp. 104–106. doi: 10.1016/j.rce.2014.11.017
48. Motovilov O.G., Shishkova Yu.A., Surkova E.V. Strategii sovladaniya (kopingstrategii) u bol'nykh sakharnym diabetom 1 i 2 tipa na insulinoterapii: svyaz's emotsional'nym blagopoluchiem i urovnem glikemicheskogo kontrolya. *Sakharnyi diabet*, 2015, vol. 18, no. 4, pp. 41–47. (In Russ.). doi: 10.14341/DM7550
49. Orlova M.M. The analysis of adaptive mechanisms at different stages of diabetes. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal – Siberian Journal of Psychology*, 2011, no. 41, pp. 94–104. (In Russ.).
50. Chernaya M.E., Volkova A.R. Fear of hypoglycemia – the barrier to control of type 1 diabetes mellitus. *Endokrinologiya: novosti, mneniya, obuchenie – Endocrinology: News, Opinions, Training*, 2022, vol. 11, no. 1, pp. 33–38. (In Russ.). doi: 10.33029/2304-9529-2022-11-1-33-38
51. Mel'nikova O.G., Maiorov A.Yu. Klinicheskie i psikhologicheskie aspekty gipoglikemii pri sakharnom diabete. *Sakharnyi diabet*, 2010, vol. 13, no. 3, pp. 46–50. (In Russ.). doi: 10.14341/2072-0351-5487
52. Patrakeeva E.M., Dunicheva M.N., Zalevskaya A.G. Strakh gipoglikemii u patsientov s sakharnym diabetom 1 tipa. *Sakharnyi diabet*, 2014, vol. 17, no. 2, pp. 66–75. (In Russ.). doi: 10.14341/DM2014266-75
53. Klimontov V. V. Narushenie raspoznavaniya gipoglikemii pri sakharnom diabete: epidemiologiya, mekhanizmy razvitiya, terapevticheskie podkhody. *Sakharnyi diabet*, 2018, vol. 21, no. 6, pp. 513–523. (In Russ.). doi: 10.14341/DM9597
54. Khromov A.B. Pyatifaktornyi lichnostnyi oprosnik: test 5FPQ. Metodicheskie ukazaniya [Five-factor personality questionnaire: the 5FPQ test. Methodological guidelines]. Kurgan: Kurganskii gos. Universitet Publ., 2010. 50 p. (In Russ.).
55. Bazhin E.F., Golyunkina E.A., Etkind A.M. Oprosnik urovnya sub'ektivnogo kontrolya (USK) [The questionnaire of the level of subjective control (USC)]. Moscow, Smysl Publ., 1993. 16 p.
56. Gonder-Frederick L.A., Schmidt K.M., Vajda K.A., Greear M.L., Singh H., Shepard J.A., Cox D.J. Psychometric properties of the hypoglycemia fear survey-II for adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 2011, vol. 34, no. 4, pp. 801–806. doi: 10.2337/dc10-1343

Personal prerequisites for fear of hypoglycemia in patients with type 1 diabetes mellitus

Bizyuk A.P.1

E-mail: a_biziuk@yahoo.com

Konovalik L.T.1

E-mail: konovalik2000212@gmail.com

1 Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

L'va Tolstogo str. 6-8, Saint Petersburg, 197022, Russia

Phone: +7 (812) 338-66-00

Abstract

The presence of type 1 diabetes mellitus (T1DM) and a history of acute hypoglycemia is often accompanied by the emergence of a fear of a corresponding condition in the future, in parallel leading to a bias in self-control of eating behavior in favor of sometimes excessive intake of carbohydrate-containing foods, which leads to distant, but poorly understood at the moment adverse consequences. It is assumed that inadequacy in assessing the prospects for deterioration in health can be determined by a complex of personal characteristics that maladaptively enhance such a phenomenon.

The purpose of the article is to clarify the role of psychological qualities in the formation of fear of hypoglycemia.

Research methods: Spielberger – Khanin scale for assessing the level of personal and situational anxiety, five-factor personality questionnaire (version 5FPQ Heijiro Tsuji adapted by A. B. Khromov, "Type of attitude towards illness" (TOBOL) technique, subjective control level questionnaire (USC), technique Hypoglycemia Fear Scale (HFS-II).

Results: high values of fear of hypoglycemia are observed with increased indicators of extraversion, affection, self-control, expressiveness and neuroticism. This is also facilitated by hypochondriacal and anxious types of attitudes towards whiteness. A tendency towards isolation, focus on one's interests, individualism, independence, low emotionality and reduced empathy are characteristic of lower values of fear of hypoglycemia. Preventive forms of behavior are more typical for patients with a realistic assessment of events.

Keywords: type 1 diabetes mellitus, fear of hypoglycemia, extraversion, attachment, self-control, neuroticism, expressiveness, anxiety, preventive behavior

For citation

Bizyuk A.P., Konovalik L.T. Personal prerequisites for fear of hypoglycemia in patients with type 1 diabetes mellitus. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 3, p. 2. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.08.2023

Accepted for publication 01.08.2023 for all articles № 3(80) 2023



УДК 159.9

ОБОНЯТЕЛЬНЫЙ РЕФЕРЕНТНЫЙ СИНДРОМ: СПЕЦИФИКА, ТАКТИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Мелёхин А.И. (Москва, Россия)



Мелёхин Алексей Игоревич

кандидат психологических наук, доцент, профессор РАЕ, клинический психолог высшей квалификационной категории, сомнолог, когнитивно-поведенческий терапевт; частная психотерапевтическая практика. Гуманитарный институт имени П.А. Столыпина, ул. Стромынка, д. 21, корп. 2, 107076, Москва, Россия. Тел.: 8 (925) 873-30-04. E-mail: clinmelehin@yandex.ru

Аннотация. В данной обзорной статье показано, что обонятельная система — это система предупреждения для обнаружения потенциальных вредных веществ, ситуаций, контекста и тесно связана с системой привязанности у человека. Изменения в обонятельной системе рассматриваются как нейрокогнитивный маркер психического неблагополучия при депрессии, тревожном спектре расстройств, биполярном расстройстве, нейродегенеративных расстройствах, шизофреническом спектре расстройств. Показано, что наблюдаются специфические изменения в различных компонентах обоняния, таких как восприятие, идентификация и различение (дифференциация) запахов, память на запахи, а также в определении гедонистической валентности. Депрессивные симптомы заметно преобладают у пациентов с потерей обоняния из-за воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, таких как хронический риносинусит и острый риносинусит вирусного происхождения. На основе проанализированных жалоб пациентов из собственной клинической практики автора представлена предварительная классификация спектра обонятельной дисфункции. При внимательном анализе жалоб пациентов с обонятельной дисфункцией установлено, что чрезмерное восприятие запахов имеет некоторое сходство с социальной фобией, поскольку характеризуется определенным когнитивно-поведенческим рисунком, страхами и попытками избежать ситуаций, в которых возникает страх или тревога, и перестраховать себя. Также имеет некоторые перекрывающиеся симптомы с дисморфофобией, обсессивно-компульсивным расстройством и тревогой о здоровье. Представлена специфика нейропсихологического обследования данной группы пациентов и общая тактика когнитивно-поведенческой терапии.

Ключевые слова: восприятие запаха, запах, искаженное восприятие запаха, обонятельный референтный синдром, обонятельная дисфункция

Для цитаты: Мелёхин А.И. Обонятельный референтный синдром: специфика, тактика нейропсихологического обследования и реабилитации // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Нарушенное или искаженное восприятие запаха (olfactory dysfunction), обонятельный референтный синдром (olfactory reference disorder) за последние несколько лет являются новым терапевтическим вызовом, недооцененной областью нейропсихологического и психиатрического обследования пациентов во всем мире [1].

Недавние зарубежные исследования выявили недооцененную до сих пор роль обонятельного пути в патофизиологии психических расстройств, раннем высокочувствительном скрининге, эффективном ответе на лечение. Лишь 5–10 %

специалистов в области здоровья (психиатры, нейропсихологи, клинические психологи, неврологи) в ходе обследования пациентов уделяют внимание вопросу обоняния [2; 3].

Обонятельный дефицит, присутствующий при спектре психических, неврологических заболеваний, заключается в специфических изменениях в различных компонентах обоняния, таких как восприятие, идентификация и различение (дифференциация) запахов, память на запахи, а также в определении гедонистической валентности («приятно — неприятно», «опасно — безопасно», «вкусно — невкусно», «наслаждение — дискомфорт»). Следует отметить, что в продроме и в обострении течения ряда психических расстройств (депрессии, тревожный спектр, расстройства адаптации) у пациентов наблюдаются воспалительные заболевания верхних дыхательных путей (хронический риносинусит, острый риносинусит) вирусного происхождения, что требует дополнительного изучения [4]. В связи с этим целью данной статьи на основе последних зарубежных исследований и собственного клинического опыта является познакомить специалистов в области психического здоровья, врачей-отоларингологов, терапевтов со спецификой обонятельной дисфункции при ряде психических расстройств, тактикой нейропсихологического обследования и проведения когнитивно-поведенческой терапии.

Специфика жалоб пациентов с обонятельной дисфункцией

Пациенты с обонятельной дисфункцией предъявляют, по нашим клиническим наблюдениям, различный спектр жалоб:

- «После смерти мамы я никому не говорила, но у меня изменилось восприятие запахов, от много чего меня воротит... я думала, что это возрастное, климакс, перенесла ковид... но исключив все я заметила, что очень странно меняются симптомы».
- «Долгое время был зависим от капли для носа с ментолом: они меня успокаивали, снижали дискомфорт, тревогу, использовал их как средство успокоения».
- «Чрезмерно реагирую на яркие запахи табака, духов, парфюма, геля для душа... как только чувствую эти запахи, появляется сильный приступ тревоги, начинаю избегать мест, начинаю злиться, что реагирую таким образом... появился страх этих запахов».
- «Похоже у меня какие-то галлюцинации обонятельные: иду на работу и нюхаю запах гари... которого вокруг нет».
- «Начала реагировать на запахи, нюхаю продукты, и они как будто тухлые, несвежие, также и по отношению к себе думаю, что дурно пахну... моюсь 2—5 раз в день и все равно».
- «Приезжаю домой и чувствую спертый запах гари, плесени, очень специфический запах, хотя жена ничего не ощущает и много раз делала уборку».
- «Замечаю, что когда не выплыву или напряжена, то продукты пахнут определенным образом: мясо как хлорка в бассейне, кофе как жженое, горелое... гель для душа не пахнет, духи как спирт...».
- «После перенесенного ковида прошел уже год, а у меня по-прежнему что-то странное с запахами, многое не приятное, какое-то постоянное восприятие пряного, тухлого, прелого».
- «Постоянно приноживаюсь к себе и думаю, что пахну несвежим, тухлым, гнилым, нечистым, моюсь 3—6 раз в течение дня, думаю, что мой партнер учует и бросит меня».
- «Могу идти по улице, перед работой, после рабочего дня иду, и резко возникают странные запахи: то как пирожками пахнет, то картошкой, то как тухлым... хотя вокруг ничего нет».
- «Я была в Крокус Холле, когда произошел теракт, теперь каждый раз, когда я чувствую запах дыма, жженой проводки в повседневной жизни, у меня дикий страх, льются слезы и тело становится налитым, как замираю».
- «Не могу многие продукты есть, так как изменился запах... не ем мясо, не пью кофе, не ем бананы... молочные продукты — прям бзик какой-то — ощущение, что они все несвежие... Поменяла все дезодоранты, так как постоянно чувствую от себя запах пота... хотя другие говорят, что ничего не пахнет».

Классификация данного расстройства по сей день является предметом дискуссий в нейропсихологии [5; 6].

Из характера жалоб видно, что обонятельный дефицит может быть:

- С «плохим» и «хорошим» инсайтом, т. е. степенью осознания.
- Может касаться искаженного, негативного, тревожного восприятия запаха от собственного тела и из окружающей среды. У пациентов наблюдается постоянная

озабоченность в том, что от них плохо пахнет (например, изо рта, тела) и другие люди могут это заметить, и они будут испытывать сильный стыд («опозориться»). Этот «плохой» запах сами пациенты с трудом могут описать и больше отмечают, что «думают о запахе».

Пациенты в целом могут испытывать чрезмерный страх перед определенными запахами из окружающей среды, например, дыма, бытовой химии, пота, запах духов у других людей. Могут присутствовать обонятельные галлюцинации, однако порядка 60 % пациентов сообщают, что сами не чувствуют плохого запаха от себя, но есть стойкое убеждение в его наличии у них, что говорит о присутствии негативных когнитивных ярлыков или когнитивной предвзятости. У данных пациентов наблюдаются постоянные попытки замаскировать запах, и/или избегать социальных контактов с другими людьми, мест, где есть эти «опасные» запахи, что порождает порочный цикл, представленный нами на рис. 1 [7].

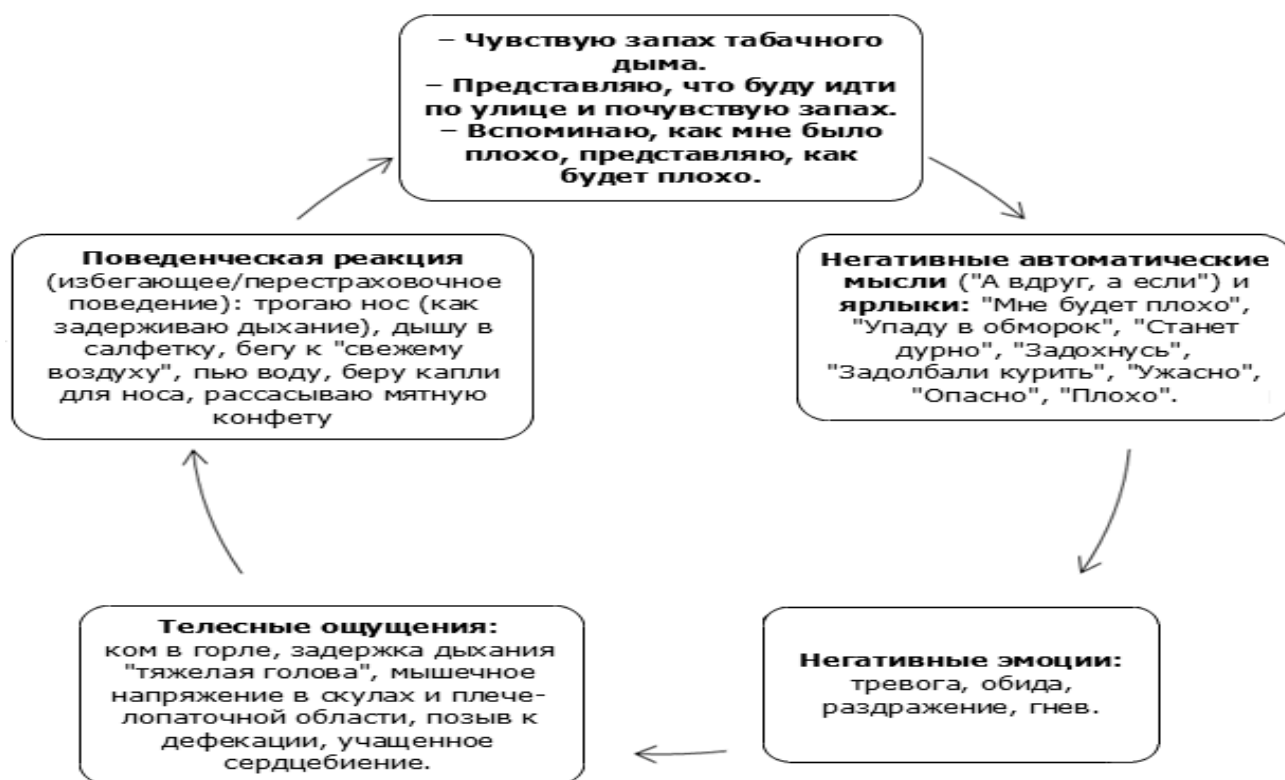


Рис. 1. Общий когнитивно-поведенческий цикл обонятельной дисфункции.

- Может полностью пропасть (обонятельная дезориентация) или исказиться восприятие запахов.

В целом гиперчувствительность к запахам сопровождается эмоциональным дистрессом (в форме раздражительности, обиды, враждебности, агрессии) и социальной изоляцией [8].

Обонятельная система и психическое благополучие

Обонятельная система — это система предупреждения для обнаружения потенциальных вредных веществ, ситуаций, контекста и тесно связана с системой привязанности у человека. Условно выделяемые «обонятельная» и «эмоциональные» системы головного мозга сильно взаимосвязаны и имеют общие нейронные структуры (например, орбитофронтальная кора, миндалевидное тело и образование гиппокампа), что говорит о связи эмоционального состояния пациента с восприятием (обработкой) запахов [9].

Запахи могут изменять эмоции, настроение и поведение, а также вызывать сильные ощущения удовольствия или неудовольствия. Обоняние является важным нейроповеденческим зондом гедонических способностей, расслабления, наслаждения, эйфории и безопасности.

Эволюционно обонятельная луковица является старейшей из структур мозга. Она дала начало лимбической системе, которая относится к сети нейронных структур, ответственных за обработку эмоций. Стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, что приводит к выбросу кортизола в кровоток, который модулирует обонятельное восприятие через центральную нервную систему [10]. Показано, что повышенный уровень

кортизола у женщин связан с улучшенными способностями к распознаванию запаха. Например, матери с более высоким уровнем кортизола более чувствительно способны распознавать различные запахи своих младенцев [11].

Обоняние играет важную роль в ряде повседневных, рутинных процессов, таких как прием пищи, социальное общение и придание эмоциональных атрибутов автобиографическим воспоминаниям, актуализирует определенные вытесненные воспоминания. Пациенты с ПТСР часто сообщают, что определенные запахи вызывают повторное переживание травмирующих событий (например, опыт эмоционального, физического, сексуального насилия) [6].

Запах также играет первостепенную роль для выживания при обнаружении экологических угроз и сигнализации о потенциальной опасности (например, выявление испорченной/гнилой пищи, невидимого пожара или разлива химических веществ поблизости, или утечки газа, «чрезмерной накуренности», задымленности) [9].

Усиленная обонятельная функция актуализируется в периоды астении, посттравматического стресса, повышенного обнаружения угрозы (сбой в системе привязанности), также, когда ощущается угроза жизни или высок накопленный эмоциональный стресс. Это, вероятно, дисфункционально поможет, запустив реакцию «бей-беги-спасайся», искусственно предупреждая человека о присутствии опасности и способствуя развитию избегающего поведения [12].

От 11 до 33 % людей в общей популяции считают себя «химически» или «аромат (запах) чувствительными» и от 1 до 6 % страдают от этого состояния [13]. Присутствие определенных запахов вызывает у данной группы чувствительных людей сильное раздражение и симптомы, похожие на приступы панической атаки, например, головокружение, «ком в горле», усталость, затрудненное дыхание, «ватное тело», головные боли. У них появляются мысли, что «будет плохо», «не справлюсь», «не выживу», «сойду с ума». Следует отметить, что данная группа людей отмечается повышенной ранимостью, эмоциональной чувствительностью, тревожной мнительностью, высокой сензитивностью к эффектам лекарств (например, низкие дозировки дают повышенный эффект, страх приема лекарств). Повышенная тревожность из-за страха столкнуться с неприятным запахом приводит пациента к пребыванию в состоянии постоянного дистресса, который сопровождается злостью и гневливостью. Данные люди более восприимчивы к запаху, потенциально связанному с «опасностью — безопасностью» (например, никотин, резкий парфюм), но не более восприимчивы к нейтральному запаху. У них наблюдается повышенная тревожная чувствительность, страхи, «ожидание подвоха». Наблюдается сильная связь между чувствительностью к тревоге и ухудшением чувствительности к запахам. Предполагается, что, возможно, чувствительность к тревоге (тревожная настороженность, мнительность, катастрофизация) является механизмом, с помощью которого люди, у которых присутствует чувствительность к запахам, более восприимчивы к запахам, потенциально связанным с «опасностью — безопасностью» [3]. Чувствительность к определенным запахам, особенно к тем, которые соотносятся с реальной опасностью, может быть связана с предрасположенностью к беспокойству и/или историей негативных аффективных переживаний.

Хронический страх, длительное пребывание в режиме «выживания», «автопилота», «самоизматывания», постоянной подозрительности может привести к сдвигу в центральной обработке запахов, так что пациенты теряют чувствительность к гедоническим качествам и интенсивности многих запахов. Хроническая чувствительность к раздражителям, вызывающим страх (т.е. чувствительность к тревоге), приводит к функциональным изменениям как обонятельной, так и интраназальной систем тройничного нерва, что вызывает специфическую чувствительность к запаху [8].

Переживание неконтролируемого (психосоциального) стресса в форме циклов взлета и падений, смерти близких людей, финансового стресса, сдержанной эмоциональности часто связано с чувством тревоги, страха и гнева и влияет на обоняние [Там же].

Специфика нарушения обоняния при психических расстройствах

Депрессии. Последнее время в зарубежной клинической психологии и психиатрии обсуждается вопрос, можно ли эффективно использовать нарушение обоняния для улучшения скрининга депрессии. Наблюдается связь обонятельной дисфункции со степенью тяжести депрессии, что, в свою очередь, ухудшает качество жизни пациентов и приводит к суицидальным мыслям и поведению. Показано, что у пациентов с рекуррентной депрессией и большим эпизодом депрессии снижено обонятельное функционирование во многих аспектах, включая порог, различение и идентификацию [9]. Дисфункция сна в структуре

депрессии ухудшает когнитивное функционирование и негативно влияет на обонятельную обработку, необходимую для идентификации и различения запахов. У пациентов наблюдается обонятельная ангедония, т.е. они не могут распознавать различные концентрации приятных запахов — это указывает на функциональный перекос в церебральной обработке приятности при депрессивных состояниях. Более того, пациенты склонны воспринимать неприятные запахи как чрезмерно неприятные, негативные. Было высказано предположение, что снижение обонятельной идентификации может быть вызвано когнитивными нарушениями при рекуррентной депрессии, в то время как связь между обонятельным порогом и депрессией может быть частично вызвана кумулятивным повреждением нервной системы [8]. Также следует учитывать, что депрессивные симптомы заметно преобладают у пациентов с потерей обоняния из-за воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, таких как хронический риносинусит и острый риносинусит вирусного происхождения. Ключевым механизмом в патофизиологии потери обоняния при воспалительных заболеваниях верхних дыхательных путей, связанных с депрессией, является воспаление, при котором активированные Т-хелперные клетки (Th2) продуцируют цитокины, такие как ИЛ-4, ИЛ-5 и ИЛ-13, в носоглотке, слизистой оболочке, что приводит к выработке IgE-антител и привлечению эозинофилов [2].

Тревожный спектр расстройств. У пациентов с генерализованным тревожным расстройством наблюдается обонятельная дисфункция, заключающаяся в нарушении порога обоняния, распознавания и идентификации [13]. При умеренной и тяжелой степени данного расстройства изменяются показатели обонятельной идентификации, но не порога обоняния, что говорит о выраженности соматической гипермобилизации. Плохое распознавание запахов наблюдается у пациентов с ярко выраженной социофобией и агорафобией. При ПТСР дефицит обонятельной идентификации является предиктором изменений в эмоциональной регуляции, а точнее, агрессии и импульсивности. Гнев снижает когнитивные способности и эксплицитную память, в то время как кортизол повышает когнитивные способности и рабочую память. Прослеживается отрицательная связь между гневом и эффективностью идентификации запаха, которая может быть объяснена тем, что гнев мешает контролю внимания. Кортизол ассоциируется с лучшими способностями к идентификации запаха, гнев связан с худшей идентификацией запаха [8].

У пациентов с повышенной чувствительностью к запаху наблюдаются высокие индексы агрессии, враждебности, и чувство вины (по шкале BDHI). Отдельно следует указать наличие у них высоких баллов по подозрительности и настороженности. Специфические связи между страхом и обонянием обусловлены тесной ассоциативной связью в памяти, существующей между эмоциональной травмой и запахами, присутствующими во время этих переживаний. Свойства одорантов для тройничного нерва могут иметь отношение к контекстуальной угрозе и чувствительности к запахам, связанной с тревогой [11]. В этой связи пациенты, страдающие посттравматическим стрессовым расстройством, как правило, лучше справляются с тестами на определение запаха и быстрее реагируют на CO₂, неприятный жгучий газ, который воздействует на тройничный нерв [Там же]. Аналогичным образом была описана связь между повышенной тревожностью и повышенной чувствительностью к гваяколу, запаху, напоминающему дым (например, запах сигарет), обладающему высокими свойствами для тройничного нерва [10]. Учитывая, что интраназальная система тройничного нерва частично функционирует для обнаружения раздражителей и потенциально вредных химических веществ, переносимых по воздуху, в окружающей среде, повышенная чувствительность к запахам, обладающим высокими свойствами для тройничного нерва, согласуется со многими другими способами безопасного поведения, которые усиливаются у лиц с тревожными чертами характера и расстройствами [2].

Пороги обнаружения n-октанола выше у пациентов с тревожным спектром расстройств. Пациенты с высоким нейротизмом демонстрируют лучшую способность различать запахи, способности к идентификации запаха и повышенную обонятельную чувствительность. Чрезвычайно застенчивые люди с чрезмерной социальной фобией демонстрируют более низкие пороги обоняния, чем общительные люди [8]. При внимательном анализе жалоб пациентов с обонятельной дисфункцией установлено, что чрезмерное восприятие запахов имеет некоторое сходство с социальной фобией, поскольку характеризуется определенным когнитивно-поведенческим рисунком, страхами и попытками избежать ситуаций, в которых возникает страх или тревога, и перестраховать себя. Также имеет некоторые перекрывающиеся симптомы с дисморфофобией, обсессивно-компульсивным расстройством и тревогой о здоровье [14]. Некоторые наши коллеги

рассматривают референтный обонятельный синдром как субтип дисморфического расстройства тела [6; 15].

Биполярное расстройство. У пациентов наблюдается пониженный порог обоняния и ухудшение распознавания запаха даже в эутимической фазе. В недавнем исследовании только у пациентов в острой фазе приступа плохого настроения наблюдалось снижение обонятельного порога [2]. Симптомы изменений в настроении отрицательно связаны с чувствительностью к запаху, но не со способностью идентифицировать запах. Снижение обонятельного порога может быть потенциальным маркером для различения пациентов с биполярным расстройством в острой фазе и в стадии ремиссии. У пациентов с частыми маниакальными эпизодами наблюдается дефицит в распознавании положительных, приятных запахов [3; 13]. Такие пациенты оценивали эти запахи как менее приятные и менее эмоциональные по сравнению с пациентами с ремиссией биполярного расстройства и здоровой контрольной группой людей. Пациенты с маниакальными состояниями имеют более выраженный дефицит обонятельной идентификации по сравнению с пациентами с эутимическим биполярным расстройством.

Нейродегенеративные расстройства и восприятие запаха — отдельная тема для обсуждения. Наличие изменений в восприятии запахов предсказывает более быстрое снижение когнитивных способностей (с меньшим объемом в веретенообразной извилине и средней височной коре, включая гиппокамп и энторинальную кору). Данные стойкие изменения в обонянии указывают на нейродегенерацию в головном мозге у пожилых людей без деменции. Обонятельная дисфункция может быть клиническим признаком многих нейродегенеративных расстройств, включая болезнь Альцгеймера, болезнь Хантингтона, болезнь Паркинсона, сосудистую деменцию, лобно-височную деменцию, боковой амиотрофический склероз, прогрессирующий надъядерный паралич, болезнь Вильсона, идиопатическое расстройство поведения во сне с быстрым движением глаз и т. д. Может быть доклиническим признаком нейродегенеративного расстройства, например, возникающего за много лет (обычно 4—8 лет) до болезни Паркинсона [16].

Шизофренический спектр расстройств. У 80 % пациентов с шизофреническим спектром расстройств выявлено такое значительное нарушение идентификации запаха, которое вызывает нарушение повседневного функционирования [2]. Пациенты испытывают наибольшие трудности с определением приятных запахов, трудности идентификации нейтрального запаха. Наличие дефицита в идентификации приятного запаха может быть не только потенциальным показателем развития психоза, но и фактором риска развития хронической, рецидивирующей шизофрении. Изменения в восприятии запахов может носить ипохондрическую форму бредового расстройства (соматический подтип бредового расстройства). Однако было замечено, что расстройство может возникать у пациентов как с инсайтом (осознания нарушений), так и без него, и что феноменология расстройства (т. е. поведение проверки, маскировки, поиска утешения и избегания) имеет больше общего с расстройствами тревожного спектра [3].

Нейропсихологическое обследование и тактика психотерапевтического лечения пациентов

На основе проанализированной литературы отмечается, что конкретных рекомендаций по лечению обонятельных дисфункций пока не существует. В DSM-V были даны рекомендации по размещению данного синдрома рядом с обсессивно-компульсивным расстройством [5]. В МКБ-11 есть категория «Расстройства обонятельного восприятия», которая включена в группу «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства (OCRD)» [6].

Кроме того, всеобъемлющей когнитивно-поведенческой модели данного расстройства еще не разработано. Из-за некоторого основного сходства с дисморфическим расстройством тела (дисморфофобия), когнитивно-поведенческие протоколы (CBT-BDD [17]) могут быть использованы для лечения данной группы пациентов как в монотерапии, так и в комбинации с психофармакотерапией (СИОЗС и или без антипсихотического усиления) и ароматерапией [1; 12; 18].

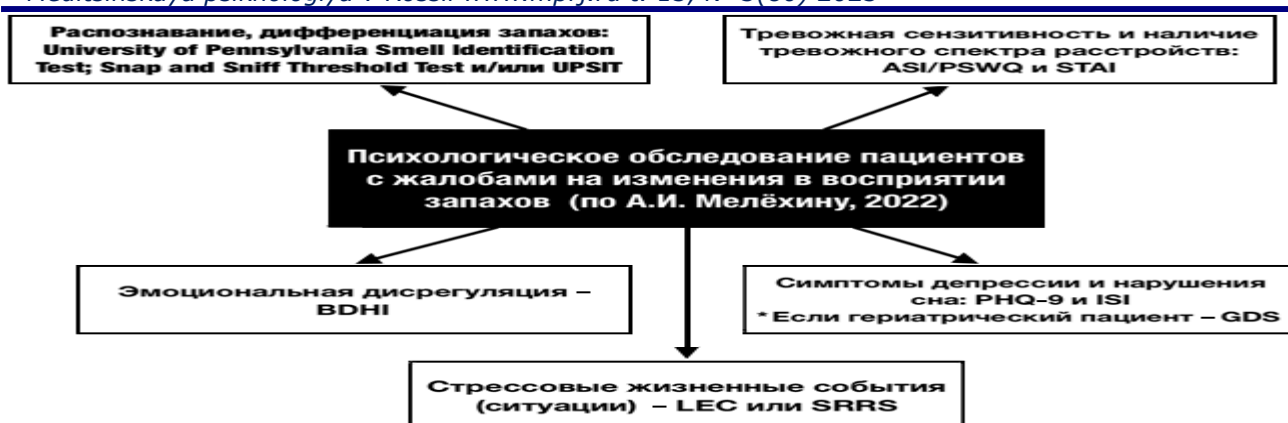


Рис. 2. Специфика психологического обследования пациентов с жалобами на изменения в восприятии запахов [7].

При сборе анамнеза важно спросить пациента:

- Есть ли нарушения с обонянием, со вкусом или с основными вкусовыми ощущениями (такими как соленое, сладкое, кислое или горькое)?
- Помимо возникновения (например, внезапного или постепенного) и течения обонятельного дефицита (например, флуктуирующего или статичного), крайне важно также задать вопрос о количественной обонятельной дисфункции (например, о степени изменения обоняния и типе затронутых запахов) и качественной обонятельной дисфункции (искаженное восприятие, когда обонятельные изменения нарушены).
- Как ухудшение обоняния влияет на повседневную жизнь (например, на питание, межличностное общение, безопасность дома).
- Получить информацию о прошлом заболевании, травмах головы, носовых симптомах (таких как непроходимость, ринорея, чихание), приеме лекарств в прошлом и в настоящее время, аллергии, привычках к курению, воздействию токсинов и соответствующем семейном анамнезе [7]. Психологическое обследование рекомендовано проводить с применением следующих диагностических психометрических шкал: PHQ-SADS, Body Dysmorphic Disorder Data Form Modified for ORS, Olfactory Reference Syndrome questionnaire (ORD-Q), YSQ, BDHI, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Olfactory Reference Syndrome (YBOCS-ORS), а также нейропсихологических проб [3; 4; 5].
- Шкала определения дисморфофобии (BDD) для пациентов с обонятельной дисфункцией построена в форме полуструктурированного интервью, в ходе которого собираются данные о демографических и клинических особенностях воспринимаемого запаха (например, о природе и источниках, референтном мышлении), повторяющемся поведении, склонности к суициду, сопутствующей заболеваемости, возрасте начала, течении болезни (ретроспективно оценивается), а также истории лечения [2].
- Шкала обсессивно-компульсивных состояний Йеля — Брауна, модифицированная для обонятельной дисфункции (ORS-YBOCS), — это полуструктурированная шкала, которая оценивает текущую (за последнюю неделю) тяжесть обонятельного дефицита. Пять пунктов оценивают озабоченность запахом тела (потраченное время, помехи в функционировании из-за озабоченности, возникающие в результате дистресс, сопротивление и контроль). Пять пунктов оценивают повторяющиеся действия, совершаемые в ответ на озабоченность запахом тела (затраченное время, помехи функционированию, стресс, если такие действия предотвращаются, сопротивление и контроль). В пункте 11 оценивается понимание воспринимаемого запаха тела, а в пункте 12 оценивается избегание действий из-за воспринимаемого запаха. Пункты оцениваются от 0 (отсутствие симптомов) до 4 (крайне тяжелые симптомы); общий балл колеблется от 0 до 48 баллов [Там же]. Обонятельные тесты обычно подразделяются на пороговые тесты запаха и сверхпороговые тесты обоняния, такие как тесты на идентификацию запаха и распознавание запахов. В то время как тесты на определение порога обоняния с большей вероятностью позволяют оценить периферические обонятельные способности (например, проводящую и нейросенсорную функцию носа), сверхпороговые тесты с большей вероятностью позволяют оценить центральную обработку обонятельной информации (например, функционирование структур центральной нервной системы, участвующих в обонянии) [4; 10].
- Тесты на пороговое обоняние. Последовательно используются пробы с фенолэтиловым спиртом или n-бутанолом в возрастающей концентрации, которые обычно

смешиваются с пробами без запаха (заготовки). Пациентов просят ответить, даже если они не уверены, почувствовали ли они запах (процедура принудительного выбора). Когда достигнут переход от отсутствия обнаружения к обнаружению с помощью датчика запаха, концентрация запаха слегка снижается и увеличивается в течение нескольких циклов. Это делается для получения среднего значения обратных значений и, следовательно, для повышения надежности [4].

- **Сверхпороговые тесты.** Используются концентрации запаха, которые может определить пациент. Наиболее распространенными сверхпороговыми тестами являются тесты на определение запаха, такие как тест на определение запаха Университета Пенсильвании (UPSIT, [Там же]). После того, как пациенту будут представлены письменные или визуальные варианты ответов, он понюхает пробник, и ему будет предложено выбрать ответ, который он считает правильным (процедура принудительного выбора). Количество правильных ответов записывается как результат теста. Некоторые из представленных запахов являются специфичными для различных культур и, следовательно, должны быть подтверждены и надежны для соответствующей группы населения. Для большинства из этих тестов доступны нормативные данные, которые позволяют ранжировать процентиля в зависимости от пола и возраста. Другим сверхпороговым тестом является тест на распознавание запаха с помощью устройств для определения запаха, похожих на ручки. В ходе этих тестов пациенту предъявляются различные пахучие зонды, и пациента просят запоминать и различать разные запахи, но они не обязаны называть конкретно представленные запахи. Опять же, количество правильных ответов записывается в качестве результата теста. Тесты на сверхпороговые запахи являются когнитивно более сложными, чем тесты на пороговые значения запаха, поскольку они требуют участия исполнительных функций и семантической памяти. Другим вариантом сверхпороговых тестов на обоняние является тест на гедонистическую ценность запаха. Эти тесты оценивают, насколько приятным или неприятным воспринимается запах, и таким образом включают эмоциональные компоненты.

Когнитивно-поведенческая терапия при обонятельном дефиците включает в себя 12 сессий, 1 раз в неделю, некоторые из которых длятся более одного часа для проведения поведенческих экспериментов [12].

Основная психотерапевтическая тактика заключается в том, что симптомы пациента с искаженным восприятием запаха отличаются от дисфорического расстройства восприятия тела тем, что восприятие дефицита было сенсорным, а не физическим и не галлюцинаторным. Впоследствии основное внимание сосредоточено на оценке пациентом этого сенсорного опыта и его прогнозируемом влиянии на поведение и суждения других людей. Акцент делается на обонятельных переживаниях и убеждениях пациента, что показано на рис. 3.



Рис. 3. Когнитивно-поведенческая модель (формулировка) случая пациента с обонятельной дисфункцией на основе модели П. Салковкиса (Salkovskis P.) [19].

- Первые сессии начинаются с изучения поведенческих сигналов пациента, например, когда он разговаривает с другими (например, отворачивают голову, хмурятся, прикасаются к лицу руками) и интерпретирует это как подтверждение того, что пахнет или может пахнуть. Пациент может признавать, что ему трудно проверить свои дисфункциональные убеждения относительно запаха, и предполагать, что могут быть другие, более мягкие объяснения его поведения (когнитивный гибкий выбор). Однако, когда он разговаривал с другими, пребывал в определенных социальных контекстах и чувствовал неприятный запах (когнитивная негативная оценка), ему было трудно получить когнитивный доступ к альтернативным (гибким) объяснениям ситуации и снизить нежелательные реакции. Сам пациент отмечает, что «все происходит очень быстро». Альтернативные объяснения ситуации дополнительно изучаются с пациентом путем совместной разработки двух конкурирующих версий проблемы представления с использованием техник «Скунс» и «Теория А и Теория Б». Пациент подробно рассказывает о теории «А» («проблема в том, что у меня изо рта плохо пахнет, и это вызывает отвращение и отталкивает других»). Для сравнения теория «Б» предполагает, что проблема заключается в том, что пациент чрезмерно обеспокоен и озабочен запахом своего дыхания и тратит много времени, пытаясь справиться с этим. Первоначально пациент оценивает свою веру в теорию «А», например — 70 %. Изучаются доказательства, подтверждающие обе теории, и их последствия, если они верны. Применяется метафора «бомж в двери» или «ученик строителя» (builders apprentice metaphor) для иллюстрации того, как некоторые из стремлений пациента к безопасности и предубеждения в отношении негативного смещения внимания мешали ему опровергнуть свои убеждения. Чтобы глубже изучить убеждение в том, что люди, которые поворачивают голову в ту или иную сторону, прикасаются к носу или хмурятся, испытывают отвращение к дыханию (запаху) пациента, его попросят проследить 1–2 минуты «глазами новичка» за взаимодействием между двумя людьми и подсчитать, сколько раз происходит прикосновение к носу при естественном взаимодействии.

- Сессии 4 и 9 были посвящены обзору и обобщению результатов домашних заданий. Пациент мог заметить, что люди трогали свои носы, хмурились и отворачивались друг от друга более чем в два раза чаще, чем он предсказывал. Это наблюдение заставило пациента задаться вопросом, достоверно ли эти «улики» указывают на то, что его дыхание пахло и в целом от него пахнет, и почему он давит на себя «что он должен обязательно пахнуть». Он также поделился возросшим осознанием своей склонности выискивать запахи и наблюдать за реакцией других людей, что называется негативным когнитивным смещением. Это было рассмотрено в связи с общей формулировкой (когнитивно-поведенческой моделью его расстройства) и тем, как его страхи приводят к усилению концентрации внимания на запахах и физических сигналах, что повышает вероятность их негативно-предвзятого восприятия. Это было дополнительно проиллюстрировано с помощью аналогии с «сибирской язвой» (спросив, сколько голубей он заметил по дороге, и сравнив эту оценку с тем, сколько он мог бы обнаружить, если бы считал, что они несут смертельный вирус). При исследовании убеждения пациента в отношении «неприятных» запахов, он может вспомнить случаи, когда его друзья вели себя так, что это можно было расценить как «отвратительное» поведение (например, публично болели или целовались с людьми на улице, имея герпес на губе). Это не делало их отталкивающими или неприятными для него, но он считал, что это отличается от его собственных опасений. Напротив, он считал, что, если бы у него пахло изо рта, люди приписали бы это чему-то постоянному и основному в нем (то есть он был «нечистым», «неряшливым», «неаккуратным», «вонючим»). Это привело к составлению списка всех действий, которые кто-то может совершить, если поверит в такое о нем (что, буквально, тогда будут делать эти люди). При этом пациент может заметить, что действия из списка имеют поразительное сходство с его собственным поведением в области поддержания иллюзии безопасности (т.е. избегание физической близости, попытки избегать резких вдохов, отворачивание головы во время разговора). Избегание пациентом физической близости было реализовано путем измерения его «зоны комфорта» и границ близости. Это было достигнуто путем ведения разговора, стоя все ближе и ближе, пока он не почувствовал дискомфорт. Это упражнение показало, что он чувствовал себя комфортно на расстоянии примерно 45 сантиметров без использования перестраховочных форм поведения, направленных на обеспечение чувства безопасности. Далее проводятся поведенческие эксперименты для минимизации данного дисфункционального поведения.

- Сессии 10 и 11 были посвящены обзору проделанного психотерапевтического лечения. Поведенческий эксперимент на открытом воздухе позволяет пациенту увидеть, что физическая дистанция не является исключительно признаком отвращения. Пациент приходит к выводу, что одним из его основных открытий было то, что его интерпретация действий других людей как свидетельства отвращения была ложной, негативно-предвзятой. Эффективность терапии: после 12-недельного лечения на протяжении 9 месяцев наблюдались низкие показатели симптомов депрессии, тревоги, минимизировано избегающее, перестраховочное поведение и обонятельные переживания (по шкале ORD-Q) [1; 12; 20].

Выводы

- Изменение в обонянии является симптомом, характерным для психических заболеваний, таких как тревожный спектр, депрессия, шизофренический спектр, биполярное расстройство и др. Конкретных рекомендаций по лечению обонятельных дисфункций пока не существует. В DSM-V даны рекомендации по размещению данного синдрома рядом с обсессивно-компульсивным расстройством. В МКБ-11 категория «Расстройства обонятельного восприятия» включены в группу «Обсессивно-компульсивное и связанные с ним расстройства (OCD)».

- Из-за некоторого основного сходства с дисморфическим расстройством тела (дисморфофобия), когнитивно-поведенческие протоколы могут быть использованы для лечения данной группы пациентов как в монотерапии, так и в комбинации с психофармакотерапией (СИОЗС и или без антипсихотического усиления) и экспозиционной ароматерапией.

- При тревоге обонятельная дисфункция проявляется в нарушении обонятельного порога, способности различать запахи и идентифицировать их. При «умеренной», «сильной» тревоге ухудшение обонятельной функции связано с большей выраженностью соматической тревожности. Влияние характерных черт или устойчивой тревожности на обонятельную функцию согласуется с длительным изменением чувствительности к запахам в сторону определенных одорантов и отказом от других. Свойства пахучих веществ для тройничного нерва могут также иметь отношение к контекстуальной чувствительности к запахам, связанным с угрозой и тревогой.

- У пациентов с депрессиями отмечается снижение обонятельного порога, способности различать и идентифицировать запахи, поскольку обонятельный порог является наиболее значимым признаком депрессии. Следует учитывать связь обонятельной дисфункции с тяжестью депрессии и суицидальными мыслями. Депрессия также влияет на гедонистическую оценку запахов, поскольку пациенты с депрессией переоценивают приятность положительных запахов и склонны воспринимать неприятные запахи как более неприятные.

- При шизофрении распознавание запахов особенно нарушено, что также наблюдается у пациентов с ранним началом психоза или у лиц с высоким риском психоза. Изменение в обонятельной функции является потенциальным клиническим биомаркером шизофрении уже на ранних стадиях заболевания, а также его прогрессирования. У пациентов с выраженными негативными симптомами нарушения обоняния выражены в большей степени, чем у пациентов без негативных симптомов. У пациентов с более высокой степенью потери обоняния при раннем начале заболевания шизофрения протекает тяжелее.

- Показано, что ряд областей мозга, связанных с обработкой эмоций, пересекаются с обонятельными путями. Таким образом, связь между потерей обоняния и психическими заболеваниями может быть обусловлена воздействием на общие анатомические структуры. Хотя лежащие в основе патофизиологические механизмы взаимосвязи между обонятельной дисфункцией и психическими заболеваниями до сих пор неизвестны, наши зарубежные коллеги предположили, что могут быть задействованы различные процессы, такие как эмоциональные факторы, воспаление, изменения в нейрогенезе периферических и центральных структур обонятельной системы, а также структурные и функциональные изменения головного мозга. В связи с этим при нейропсихологическом обследовании, коррекции и психотерапии пациентов с психическими расстройствами следует уделять внимание обонятельной дисфункции.

Список источников

1. Clearing the air: Multimodal treatment of a case of olfactory reference syndrome / M.P. Roshan, A. Desai, J.M. Dunn [et al.] // *Psychiatry Research Case Reports*. – 2024. – Vol. 3, no. 1. – P. 10–26. doi: 10.1016/j.psycr.2024.100206

2. Olfactory dysfunction in mental illness / C. Marin, I. Alobid, M. Fuentes [et al.] // *Current Allergy and Asthma Reports*. – 2023. – Vol. 23, no. 3. – P. 153–164. doi: 10.1007/s11882-023-01068-z
3. Phillips K.A., Menard W. Olfactory reference syndrome: demographic and clinical features of imagined body odor // *Gen Hosp Psychiatry*. – 2011. – Vol. 33, no. 4. – P. 398–406. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.04.004
4. Olfactory and neuropsychological functioning in olfactory reference syndrome / C. Sofko, G. Tremont, J.E. Tan [et al.] // *Psychosomatics*. – 2020. – Vol. 61, no. 3. – P. 261–267. doi: 10.1016/j.psych.2019.12.009
5. Feusner J.D., Phillips K.A., Stein D.J. Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V // *Depress Anxiety*. – 2010. – Vol. 27, no. 6. – P. 592–599. doi: 10.1002/da.20688
6. Veale D., Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11 // *Revista Brasileira de Psiquiatria*. – 2014. – Vol. 36, suppl. 1. – P. 14–20. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1238
7. Мелехин А.И. Специфика когнитивно-поведенческой терапии при лечении искаженного восприятия запаха или обонятельного референтного синдрома // *Превентивная психиатрия: ранняя диагностика и своевременная терапия: матер. всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участ. / под ред. Н.В. Семеновой*. – Казань, 2022. – С. 147–151.
8. Reuter J., Grochowski A., Steil R. Associations between olfactory reference disorder and social phobia – results of an internet-based study // *Frontiers in Psychology*. – 2024. – Vol. 15. – P. 5–11. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1248496
9. Bishop E.R., Jr. An olfactory reference syndrome – monosymptomatic hypochondriasis // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1980. – Vol. 41, no. 2. – P. 57–59.
10. Sniffing out olfactory reference syndrome / E. Thomas, J. Voges, B. Chiliza [et al.] // *South African Journal of Psychiatry*. – 2017. – Vol. 23. – P. 1016. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v23.1016
11. Soman S., Nair R. Olfactory reference disorder – a review // *Middle East Current Psychiatry*. – 2023. – Vol. 30, no. 1. – P. 95. doi: 10.1186/s43045-023-00367-5
12. Zantvoord J.B., Vulink N., Denys D. Cognitive behavioral therapy for olfactory reference syndrome: A case report // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2016. – Vol. 77, no. 9. – P. e1144. doi: 10.4088/JCP.15cr10451
13. Olfactory delusional syndrome with various aetiologies / T.H. Malasi, S.M. el-Hilu, I.A. Mirza // *The British Journal of Psychiatry*. – 1990. – Vol. 156, no. 2. – P. 256–260. doi: 10.1192/bjp.156.2.256
14. Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder? two cases and a discussion / D.J. Stein, L. Le Roux, C. Bouwer [et al.] // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. – 1998. – Vol. 10, no. 1. – P. 96–99. doi: 10.1176/jnp.10.1.96
15. Olfactory reference syndrome as a subtype of body dysmorphic disorder / A.M. Prazeres, L.F. Fontenelle, M.V. Mendlowicz [et al.] // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2010. – Vol. 71, no. 1. – P. 87–89. doi: 10.4088/JCP.09l05040
16. Olfactory dysfunction in neurodegenerative diseases / C. Marin, D. Vilas, C. Langdon [et al.] // *Current Allergy and Asthma Reports*. – 2018. – Vol. 18, no. 8. – P. 42. doi: 10.1007/s11882-018-0796-4
17. Prazeres A.M., Nascimento A.L., Fontenelle L.F. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A review of its efficacy // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. – 2013. – Vol. 9. – P. 307–316. doi: 10.2147/NDT.S41074
18. Successful treatment of olfactory reference syndrome with paroxetine / T. Teraishi, T. Takahashi, T. Suda [et al.] // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. – 2012. – Vol. 24, no. 1. – P. E24. doi: 10.1176/appi.neuropsych.11020033
19. Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*. – 1985. – Vol. 23, no. 5. – P. 571–583. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
20. Olfactory Reference Syndrome Treated With Lurasidone and Cognitive Behavioral Therapy: A Case Report / S. Das, L. Sekharan, S. Prasad [et al.] // *Clin Med Insights Case Rep*. – 2022. – Vol. 15. – P. 11795476221139396. doi: 10.1177/11795476221139396

References

1. Roshan M.P., Desai A., Dunn J.M., Agbeve Sh.D., Mesa-Morales L., LaTray A.T., et al. Clearing the air: Multimodal treatment of a case of olfactory reference syndrome. *Psychiatry Research Case Reports*, 2024, vol. 3, no. 1, pp. 10–26. doi: 10.1016/j.psycr.2024.100206

2. Marin C., Alobid I., Fuentes M., López-Chacón M., Mullol J. Olfactory Dysfunction in Mental Illness. *Current Allergy and Asthma Reports*, 2023, vol. 23, no. 3, pp. 153–164. doi: 10.1007/s11882-023-01068-z
3. Phillips K.A., Menard W. Olfactory reference syndrome: demographic and clinical features of imagined body odor. *Gen Hosp Psychiatry*, 2011, vol. 33, no. 4, pp. 398–406. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.04.004
4. Sofko C., Tremont G., Tan J.E., Westervelt H., Ahern D.C., Menard W., Phillips K.A. Olfactory and Neuropsychological Functioning in Olfactory Reference Syndrome. *Psychosomatics*, 2020, vol. 61, no. 3, pp. 261–267. doi: 10.1016/j.psych.2019.12.009
5. Feusner J.D., Phillips K.A., Stein D.J. Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V. *Depress Anxiety*, 2010, vol. 27, no. 6, pp. 592–599. doi: 10.1002/da.20688
6. Veale D., Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: Proposals for ICD-11. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2014, vol. 36, suppl. 1, pp. 14–20. doi: 10.1590/1516-4446-2013-1238
7. Melekhin A.I. Specificity of cognitive behavioral therapy in the treatment of distorted perception of smell or olfactory reference syndrome. In: Semenova N.V., ed. *Preventivnaya psikhiatriya: rannaya diagnostika i svoevremennaya terapiya. Mater. vseros. nauchn.-prakt. konf. s mezhdunar. uchast.* [Preventive psychiatry: early diagnosis and timely therapy. Proceedings of the conference]. Kazan', 2022, pp. 147–151. (In Russ.).
8. Reuter J., Grochowski A., Steil R. Associations between olfactory reference disorder and social phobia – results of an internet-based study. *Frontiers in Psychology*, 2024, vol. 15, pp. 5–11. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1248496
9. Bishop E.R., Jr. An olfactory reference syndrome – monosymptomatic hypochondriasis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 1980, vol. 41, no. 2, pp. 57–59.
10. Thomas E., Voges J., Chiliza B., Stein D.J., Lochner C. Sniffing out olfactory reference syndrome. *South African Journal of Psychiatry*, 2017, vol. 23, p. 1016. doi: 10.4102/sajpsychiatry.v23.1016
11. Soman S., Nair R. Olfactory reference disorder – a review. *Middle East Current Psychiatry*, 2023, vol. 30, no. 1, p. 95. doi: 10.1186/s43045-023-00367-5
12. Zantvoord J.B., Vulink N., Denys D. Cognitive behavioral therapy for olfactory reference syndrome: A case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2016, vol. 77, no. 9, p. e1144. doi: 10.4088/JCP.15cr10451
13. Malasi T.H., el-Hilu S.M., Mirza I.A., el-Islam M.F. Olfactory delusional syndrome with various aetiologies. *The British Journal of Psychiatry*, 1990, vol. 156, no. 2, pp. 256–260. doi: 10.1192/bjp.156.2.256
14. Stein D.J., Le Roux L., Bouwer C., Van Heerden B. Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive spectrum disorder?: two cases and a discussion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 1998, vol. 10, no. 1, pp. 96–99. doi: 10.1176/jnp.10.1.96
15. Prazeres A.M., Fontenelle L.F., Mendlowicz M.V., de Mathis M.A., Ferrão Y.A., de Brito N.F., et al. Olfactory reference syndrome as a subtype of body dysmorphic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2010, vol. 71, no. 1, pp. 87–89. doi: 10.4088/JCP.09l05040
16. Marin C., Vilas D., Langdon C., Alobid I., López-Chacón M., Haehner A., et al. Olfactory dysfunction in neurodegenerative diseases. *Current Allergy and Asthma Reports*, 2018, vol. 18, no. 8, pp. 42. doi: 10.1007/s11882-018-0796-4
17. Prazeres A.M., Nascimento A.L., Fontenelle L.F. Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A review of its efficacy. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2013, vol. 9, pp. 307–316. doi: 10.2147/NDT.S41074
18. Teraishi T., Takahashi T., Suda T., Hirano J., Ogawa T., Kuwahara T., et al. Successful treatment of olfactory reference syndrome with paroxetine. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 2012, vol. 24, no. 1, p. E24. doi: 10.1176/appi.neuropsych.11020033
19. Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 1985, vol. 23, no. 5, pp. 571–583. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
20. Das S., Sekharan L., Prasad S., Abdul Rasool A., Walia N., Bachu A. Olfactory reference syndrome treated with lurasidone and cognitive behavioral therapy: A case report. *Clin Med Insights Case Rep*, 2022, vol. 15, p. 11795476221139396. doi: 10.1177/11795476221139396

Olfactory reference syndrome: specifics, tactics of neuropsychological test and rehabilitation

Melehin A.I.

E-mail: clinmelehin@yandex.ru

P.A. Stolypin Humanitarian Institute

Stromynka str., 21 bldg. 2, Moscow, 107076, Russia

Phone: +7 (925) 873-30-04

Abstract. The article shows that the olfactory system is a warning system for detecting potentially harmful substances, situations, and context and is closely related to the attachment system in humans, changes in the olfactory system are considered as a neurocognitive marker of mental distress in depression, anxiety spectrum disorders, bipolar disorder, neurodegenerative disorders, schizophrenic spectrum disorders. Specific changes are observed in various components of the sense of smell, such as perception, identification and differentiation, memory for odors, as well as in the definition of hedonic valence. Depressive symptoms are noticeably prevalent in patients with loss of sense of smell due to inflammatory diseases of the upper respiratory tract, such as chronic rhinosinusitis and acute rhinosinusitis of viral origin. Based on the analyzed patient complaints, a preliminary classification of the spectrum of olfactory dysfunction is presented. Upon careful analysis of complaints from patients with olfactory dysfunction, excessive perception of odors bears some resemblance to social phobia, since it is characterized by a certain cognitive behavioral pattern, fears and attempts to avoid and reinsure oneself. He also has some overlapping symptoms with dysmorphophobia, obsessive-compulsive disorder and health anxiety. The specifics of neuropsychological examination of this group of patients and the tactics of cognitive behavioral therapy are presented.

Keywords: odor perception, odor, distorted odor perception, olfactory reference syndrome, olfactory dysfunction

For citation

Melehin A.I. Olfactory reference syndrome: specifics, tactics of neuropsychological test and rehabilitation. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 3, p. 3. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.08.2023

Accepted for publication 01.08.2023 for all articles № 3(80) 2023



УДК 159.9

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ СИСТЕМЫ БОС (БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ) ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ТРЕВОЖНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Малкова М.Л. (Вологда, Россия)



Малкова Мария Леонидовна

Медицинский психолог; Вологодский областной наркологический диспансер № 1, Набережная 6 Армии, 139, Вологда, 160014, Россия.
Тел.: 8 (8172) 54-51-89.

E-mail: mariamalkova2016@yandex.ru

Аннотация. В настоящей статье рассматривается применение технологии обратной биологической связи (БОС) в наркологическом стационаре для коррекции уровня тревожности у пациентов в абстинентном и постабстинентном состоянии. Описывается методика применения БОС и дается оценка эффективности с помощью сравнительного анализа эмпирических данных.

Ключевые слова: обратная биологическая связь (БОС), пациенты наркологического профиля, уровень тревожности, ситуативная тревога, личностная тревога

Для цитаты: Малкова М.Л. Оценка эффективности применения системы БОС (биологическая обратная связь) для коррекции тревожности у пациентов наркологического профиля // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 4. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Непрекращающийся рост наркологических заболеваний по настоящее время постоянно создает необходимость поиска новых путей и подходов в лечении и профилактике зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ). Эффективность лечебно-профилактических мероприятий при лечении зависимостей непосредственно связана с активным участием больного в осуществлении программы терапии и реабилитации [1; 2; 3; 4].

Обращает на себя внимание технология обратной биологической связи (БОС), представляющая собой серию сеансов на специальной аппаратуре. В основе этой технологии лежит реализация методик, позволяющих коррекцию эмоционально-физиологического состояния пациента с формированием у него навыков само-регуляции за счет обратной связи (БОС-тренинга), с целью формирования устойчивости к стрессогенным факторам, а также для немедикаментозного восстановления нарушенных функций, улучшения нервной регуляции при заболеваниях наркологического профиля.

Эффект БОС достигается за счет саморегуляции своего состояния с помощью звуковых и зрительных сигналов, которые способны путем трансформации давать обратную связь, тем самым обучая и регулируя соответствующие функции. В качестве индикаторов используются физиологические показатели и сигналы энцефалограммы (ЭЭГ).

Данные ЭЭГ, получаемые в процессе тренинга, не могут использоваться для прямой диагностики. Поэтому было принято решение о проведении исследования эффективности влияния БОС с помощью психодиагностической методики. Параметром для изучения воздействия БОС стал уровень тревожности у пациентов в абстинентном/ постабстинентном состоянии. Выбор этого параметра был обоснован тем, что тревога является одним из самых

актуальных состояний и постоянной жалобой больных наркологического профиля. Кроме того, высокий уровень тревоги влияет на рост нервной возбудимости, что, в свою очередь, ведет к возникновению опасных, трудно контролируемых состояний (совершение социально опасных поступков, мысли о суициде, неконтролируемая агрессия) [5; 6; 7; 8; 9].

Цель исследования заключалась в оценке эффективности применения биологической обратной связи при лечении заболеваний наркологического профиля.

Выборка, база исследования

Эксперимент проводился на базе наркологического стационара. Тренинги проводил психолог, обученный работе с системой БОС.

В исследовании принимали участие 49 пациентов, которые были поделены на 2 группы.

Экспериментальную группу составили 25 пациентов (21 мужчина и 4 женщины) в возрасте от 24 до 49 лет с алкогольной зависимостью, средний возраст пациентов составил $32,6 \pm 3,4$ г. В экспериментальную группу вошли пациенты с алкоголизмом второй стадии и истинно запойным типом течения. Длительность заболевания составила от 6 до 20 лет. Ремиссии длительностью от 1 до 7 лет ранее отмечались у 7 пациентов.

В контрольную группу вошли 24 пациента (18 мужчин и 6 женщин) с алкогольной зависимостью в возрасте от 25 до 51 года. Средний возраст $36,9 \pm 2,2$ года. Заболевание имело среднюю стадию, длительность составляла от 4 до 22 лет. Ремиссии длительностью от 1 года до 8 лет отмечались у 8 пациентов.

Все получали базовую терапию для купирования явлений абстиненции и патологического влечения к ПАВ. Всем пациентам в период лечения оказывалась психологическая помощь, они принимали участие в групповой и индивидуальной психотерапевтической работе, направленной на преодоление заболевания. У всех пациентов были выражены одинаковые жалобы на эмоциональный дискомфорт, тревогу, подавленность, сниженное настроение, астению.

Пациентам экспериментальной группы дополнительно к основному лечению проводились сеансы на аппарате БОС 1 раз в сутки ежедневно в периоде постабстинентных расстройств в количестве 10 сеансов каждому пациенту.

Методы и методики

Поскольку само понятие «тревожность» может обозначать как свойство личности, так и реакцию на угрожающую ситуацию, диагностика этого состояния проводилась с помощью опросника Ч. Спилберга (STAI, State-Trait Anxiety Inventory), в русскоязычном варианте звучит как опросник Спилберга — Ханина. Методика состоит из двух частей. Одна оценивает «Т-свойство» — личностную тревогу, а во второй части испытуемый оценивает «Т-состояние» — ситуативную или реактивную тревожность в настоящее время [10; 11; 12; 13; 14; 15].

В связи с поставленными задачами проводилось как межгрупповое, так и внутригрупповое сравнение исследуемого признака. Для выявления динамики и значимости различий между показателями использовались таблицы Excel 2018 и методы статистической обработки данных: Т-критерий Вилкоксона и U-критерий Манна — Уитни.

В эксперименте применялись методы БОС в виде тренингов по энцефалограмме (ЭЭГ), рекомендуемые разработчиками системы при лечении аддиктивных расстройств.

Целью процедур было достижение пациентом глубокой психической релаксации, которая ведет к изменению эмоционального состояния, снижению уровня тревоги, а также развитию навыков саморегуляции. Пациент получал обратную связь с помощью зрительно-звуковых сигналов, отражающих состояние ЭЭГ. Данные процедуры направлены на нормализацию и восстановление оптимального соотношения тонуса коры и корковых взаимоотношений, способностей человека избирательно управлять спектром частот ЭЭГ, если ему дается сигнал об успехе или неуспехе в продуцировании желательного паттерна ЭЭГ.

План исследования

В исследовании мы использовали экспериментальный план, представленный в таблице 1.

Таблица 1. Экспериментальный план

Группы	Констатирующий этап	Экспериментальный этап	Контрольный этап
Экспериментальная группа	О1	х	О2
Контрольная группа	О3		О4

Примечание: О1, О3 — предварительный (первичный) замер уровня тревожности; Х — экспериментальное воздействие с помощью тренингов БОС по энцефалограмме; О2, О4 — контрольный замер уровня тревожности.

Ход исследования и анализ полученных данных

Констатирующий этап

На констатирующем этапе выборка была распределена на контрольную и экспериментальную группы. Выбор, к какой из групп должно быть применено воздействие системы БОС, был случайным.

Все испытуемые поступали на лечение с хроническим алкоголизмом в состоянии абстинентного синдрома средней степени тяжести. Основные клинические характеристики заболевания представлены в таблице 2.

Таблица 2. Основные клинические характеристики заболевания у пациентов

Показатели	Экспериментальная группа (n=25)	Контрольная группа (n=24)
Возраст первого употребления алкоголя(года)	15,9±2,2	15,7±2,3
Возраст начала систематического употребления алкоголя(года)	24,6±4,5	23,1±5,1
Возраст появления ААС(года)	33,4±6,2	31,9±5,6
Давность заболевания(года)	12,4±4,7	13,2±3,1

Из клинических характеристик алкогольной зависимости в группах существенных различий не было выявлено. Частота различных показателей оказалась практически одинаковой, статистическая обработка характеристик больных не выявила достоверного различия между группами ($p < 0,05$).

Результаты первичной диагностики уровня тревожности в обеих группах представлены в таблице 3. Для интерпретации полученных данных использовались следующие ориентировочные значения:

- от 0 до 30 баллов — низкий уровень тревожности;
- от 31 до 45 баллов — умеренный уровень тревожности;
- от 46 баллов и выше — высокий уровень тревожности, максимальная оценка 80 баллов.

Таблица 3. Данные первичной диагностики уровня тревоги

Тревога	Экспериментальная группа (n=25)		Контрольная группа (n=24)	
Личностная	42,4±2,7		43,1±2,4	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	40,1±3,2	42,7±3,6	40,4±	43,1±3,4
Ситуативная	76,8±1,7		75,9±4,1	
	мужчины	женщины	женщины	женщины
	76,4±2,7	73,3±2,3	7,8±3,1	74,9±2,3

Данные первичной диагностики уровня тревожности, представленные в таблице 3, были обработаны статистически.

Для доказательства эквивалентности групп мы использовали U-критерий Манна — Уитни, который позволяет выявить различия в уровне исследуемого признака в двух выборках испытуемых. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4. Значения статистических критериев и показатели статистической значимости в экспериментальной и контрольной группах (констатирующий этап)

Факторы	Показатели	
	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
Статистика U-критерия	U=43	U=31

Манна-Уитни		
Стандартизированная статистика критерия	$p > 0,01$	$p > 0,01$
Асимптотическая значимость (2-сторонний критерий)	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Значимых различий не выявлено, следовательно, группы эквивалентны по исследуемым признакам.

Экспериментальный этап

На экспериментальном этапе, дополнительно к основному лечению, проводились тренинги БОС в количестве 10 сеансов с пациентами экспериментальной группы.

На протяжении всего эксперимента после каждого сеанса проводилась диагностика уровня тревожности у каждого участника в обеих выборках, динамика которого отражена на рисунке 1.

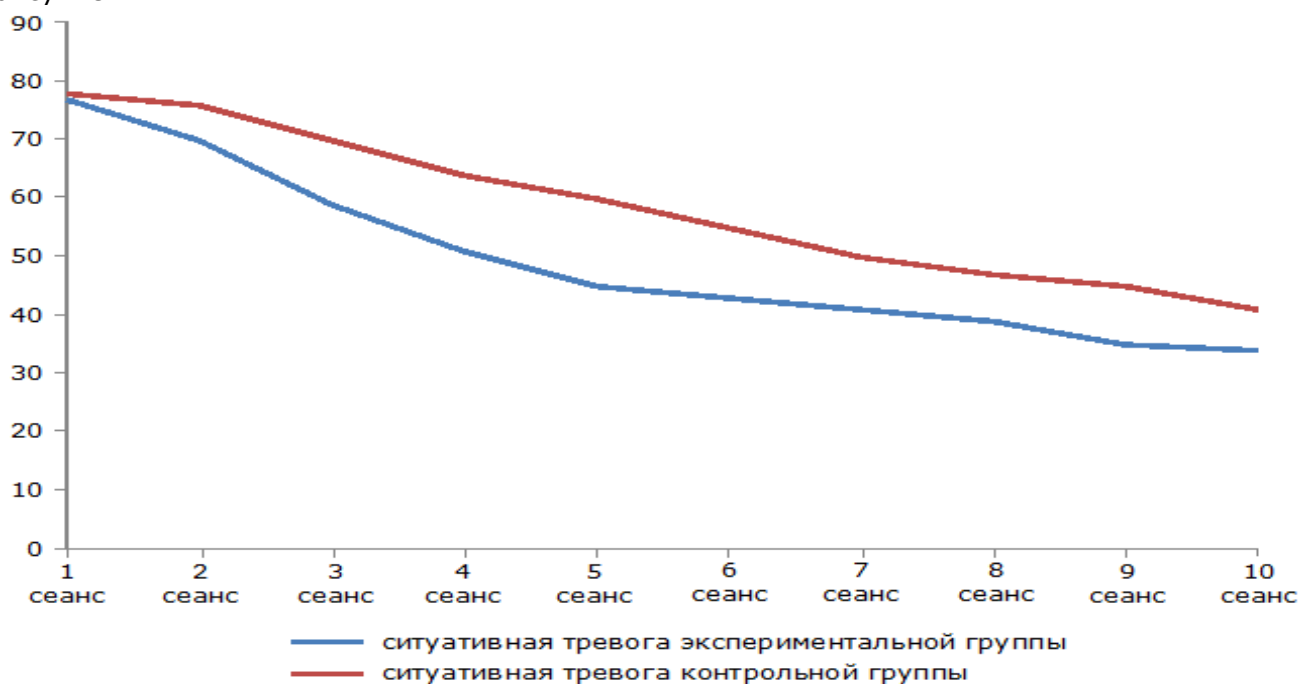


Рисунок 1. Динамика уровней ситуативной тревоги в экспериментальной и контрольной группах в ходе всего эксперимента.

На рисунке 1 также прослеживаются межгрупповые различия в уровне ситуативной тревоги на протяжении всего эксперимента. Отчетливо видна разница уровней ситуативной тревоги в группах на начальном и заключительном этапе эксперимента.

Следует отметить неоднозначное отношение больных к воздействию БОС в начале эксперимента. Они сообщали о страхе перед процедурой и чаще всего связывали его с опасением неблагоприятного воздействия аппарата, вплоть до развития психоза (40,7 % участников). Также были озвучены страхи, связанные со своей несостоятельностью, выражающейся в своей неспособности справиться с заданием (33,4 %). Относились с недоверием и скепсисом (29,6 %).

Однако уже после первых процедур отмечалась положительная динамика, выраженная в снижении ситуативной тревоги у 79 % пациентов. Остальные пациенты отмечали свой скептический настрой и не проявляли старания в попытках произвольного изменения своего состояния. Но после 3-4 процедур они меняли свое мнение и настрой, становились более активными и заинтересованными. В дальнейшем, на фоне выполнения тренировочных заданий, пациенты также отмечали положительную динамику настроения и снижение тревоги.

На протяжении всего эксперимента изменялось соотношение уровней ситуативной и личностной тревоги в экспериментальной группе (рисунок 2).

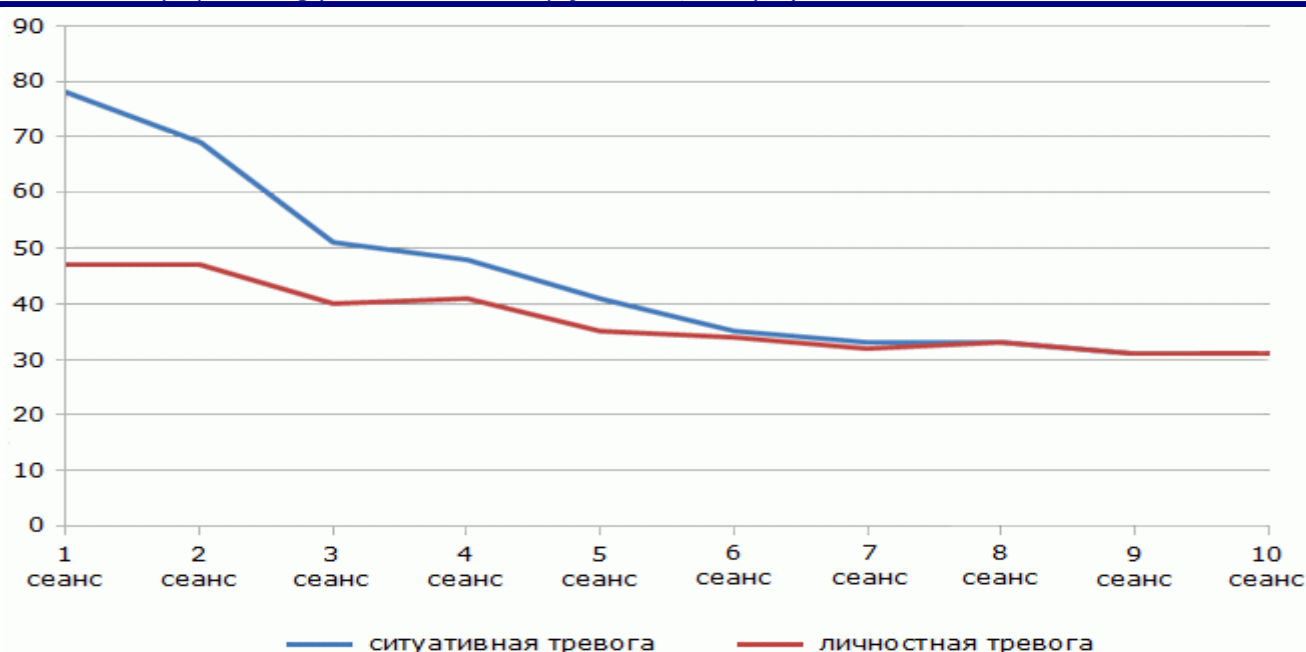


Рисунок 2. Динамика соотношения уровней личностной и ситуативной тревоги в экспериментальной группе в ходе всего эксперимента.

Как видно из полученных данных, ситуативная тревога значительно снизилась и достигла средненормативных ориентировочных показателей для интерпретации уже к 5-6 сеансу, а также сравнялась с показателями личностной тревоги, которая, в свою очередь, тоже снизилась до нижней границы умеренного показателя.

Контрольный этап

По окончании курса из сеансов БОС были проведены замеры ситуативной и личностной тревоги у всех пациентов обеих групп. Данные замеров представлены в таблице 5.

Таблица 5. Данные контрольной диагностики уровня тревоги

Тревога	Экспериментальная группа(n=25)		Контрольная группа(n=24)	
Личностная	34,9±2,8		38,8±1,4	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
	33,1±3,9	36,7±3,6	39,7±2,7	42,1±3,4
Ситуативная	34,4±1,7		39,9±4,1	
	мужчины	женщины	женщины	женщины
	35,4±2,7	33,3±2,3	40,0±3,1	42,9±2,3

Далее показатели диагностики уровня тревоги, полученные в ходе эксперимента и представленные в таблицах 3 и 5, сопоставлялись, подвергались сравнительному анализу и статистической обработке. Данные обрабатывались по следующим параметрам:

1. Сравнение показателей уровня личностной и ситуативной тревоги в экспериментальной группе до и после проведения процедур БОС.

Сопоставление данных первичной и заключительной диагностики выявило существенное снижение уровня тревоги по обоим параметрам. Для доказательства эффективности экспериментального воздействия мы использовали U-критерий Манна — Уитни, результаты представлены в таблице 6.

Таблица 6. Значения статистических критериев и показатели статистической значимости в экспериментальной группе (контрольный этап)

Факторы	Показатели	
	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
Статистика U-критерия Манна-Уитни	U=3	U=6
Стандартизированная	p>0,01	p>0,01

статистика критерия		
Асимптотическая значимость (2-сторонний критерий)	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Анализ данных исследуемого признака до и после сеансов БОС у пациентов экспериментальной группы выявил выраженную положительную динамику. Результаты статистической обработки выявили значимые различия уровня исследуемого признака ($p < 0,01$) до и после сеансов БОС, следовательно, можно говорить о положительном результате эксперимента.

2. Сравнение показателей уровня личностной и ситуативной тревоги в контрольной группе до и после проведения процедур БОС.

Сопоставление данных первичной и заключительной диагностики уровня тревоги в контрольной группе также выявило значительную разницу на начальном и конечном этапе эксперимента.

Для того чтобы проверить достоверность различий по выраженности сдвигов в уровне тревожности в контрольной группе, мы также использовали U-критерий Манна — Уитни, результаты замера которого представлены в таблице 7.

Таблица 7. Значения статистических критериев и показатели статистической значимости в контрольной группе (контрольный этап)

Факторы	Показатели	
	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
Статистика U-критерия Манна-Уитни	$U = 4$	$U = 5$
Стандартизованная статистика критерия	$p > 0,01$	$p > 0,01$
Асимптотическая значимость (2-сторонний критерий)	$p > 0,05$	$p > 0,05$

По результатам статистической обработки данных в контрольной группе также выявлены значимые различия в уровне личностной и ситуативной тревоги. Положительный сдвиг говорит об эффективности комплексного лечения (медикаментозную терапию и психологическое сопровождение), не включающего тренинги БОС.

3. Сравнение показателей личностной и ситуативной тревоги экспериментальной и контрольной групп после проведения процедур БОС.

Сопоставляя и проверяя достоверность различий исследуемого признака в межгрупповом сравнении, мы вновь применили U-критерий Манна — Уитни, результаты замера которого представлены в таблице 8.

Таблица 8. Значения статистических критериев и показатели статистической значимости экспериментальной и контрольной группах (контрольный этап)

Факторы	Показатели	
	Личностная тревожность	Ситуативная тревожность
Статистика U-критерия Манна-Уитни	$U = 4$	$U = 5$
Стандартизованная статистика критерия	$p > 0,01$	$p > 0,01$
Асимптотическая значимость (2-сторонний критерий)	$p > 0,05$	$p > 0,05$

Данные, полученные в результате сопоставления и статистической обработки, также свидетельствуют о значимости различий уровня тревоги у пациентов в экспериментальной и контрольной группах в начале и после эксперимента.

Для доказательства эффективности проведенного воздействия в виде тренингов БОС применялся непараметрический T-критерий Вилкоксона, который предназначен для

сопоставления показателей, измеренных в двух разных условиях на одной и той же выборке испытуемых (таблица 9).

Таблица 9. Значения статистических критериев и показатели уровня значимости в экспериментальной и контрольной группах

Показатели	Значимость	Статистика критерия	Стандартизированная статистика критерия	Асимптотическая значимость(2-сторон.критерий)
Экспериментальная группа(n=25)				
Личностная тревога	Ткр =49	Тэмп< Ткр	p>0,01	p>0,05
Ситуативная тревога	Ткр =76	Тэмп< Ткр	p>0,01	p>0,05
Контрольная группа(n=24)				
Личностная тревога	Ткр =37	Тэмп< Ткр	p>0,01	p>0,05
Ситуативная тревога	Ткр =41	Тэмп< Ткр	p>0,01	p>0,05

Анализируя данные таблицу 9, мы можем отметить, что получены достоверно значимые различия в уровне ситуативной и личностной тревоги в экспериментальной группе после воздействия БОС и контрольной группе по окончании эксперимента.

Подводя итоги, можно сделать следующие выводы:

1. Сравнительный анализ показателей динамики исследуемого признака выявил достоверную значимость снижения как ситуативной, так и личностной тревоги внутри экспериментальной группы на фоне тренингов БОС.

2. Сравнительный анализ внутригруппового сравнения данных контрольной группы также выявил достоверные данные о снижении показателей тревожности на фоне комплексного лечения. Однако уровень ситуативной тревожности вплотную приблизился к верхним границам ориентировочных значений интерпретации результатов, но не достиг нормы.

3. При сопоставлении данных уровня ситуативной тревоги экспериментальной и контрольной групп в разных условиях эксперимента выявили значимые различия, как на протяжении всего периода исследования, так и на контрольном этапе. Следовательно, можно уверенно утверждать об положительном влиянии технологии БОС, которая с помощью контролируемых техник саморегуляции способна существенно влиять на улучшение эмоционального компонента пациентов за счет снижения тревоги в абстинентном и постабстинентном состоянии.

Заключение

Сопоставляя и анализируя данные показателей уровня тревоги, полученные в ходе эксперимента, можно с уверенностью констатировать эффективность применения системы БОС, которая выражается в положительном влиянии на состояние тревожности пациентов наркологического профиля в абстинентном и постабстинентном состоянии.

Судя по полученным результатам диагностики уровня тревожности, а также по данным катамнеза (отсутствие досрочной выписки, продолжение лечебно-реабилитационных мероприятий), эффективность метода БОС в сочетании с основными видами немедикаментозного лечения достаточно высока. Также следует отметить высокую оценку самими больными эффективного воздействия (72 % обследуемых) и полное отсутствие побочных эффектов и осложнений.

Тренинги, проводимые с помощью системы БОС, направленные на достижение пациентами глубокой релаксации с помощью произвольной регуляции своего состояния, способствуют положительной коррекции психоэмоционального фона, значительно снижают уровень тревожности. Данный факт актуализирован для пациентов в абстинентном и постабстинентном состоянии, поскольку высокая тревожность способна приводить к негативным последствиям и трудно контролируемым состояниям. Исследование также показало эффективность применения системы БОС для усиления мотивации пациентов к лечебно-реабилитационным мероприятиям. Отсутствие побочных эффектов и осложнений

говорит о возможностях широкого применения системы в работе с различными видами зависимости на разных этапах оказания помощи.

Список источников

1. Левитов Н.Д. Психическое состояние беспокойства, тревоги // Вопросы психологии. – 1969. – № 1. – С. 131–139.
2. Левин О.С. Генерализованное тревожное расстройство: диагностика, коморбидность и лечение // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2016. – № 2. – С. 4–10.
3. Нехорошкова А.Н., Большевидцева И.Л. Нейробиологические предпосылки формирования тревожных состояний // Вестник Северного (Арктического) федерального университета. Серия: Медико-биологические науки. – 2016. – № 3. – С. 24–36. doi: 10.17238/issn2308-3174.2016.3.24
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Ленинград: Наука, 1988. – С. 143–147.
5. Алексеенкова Е.Г. Личность в условиях психической депривации: учеб. пособие. – СПб.: Питер, 2009. – 96 с.
6. Аракелов Г.Г., Лысенко Н.Е., Шотт Е.К. Психофизиологический метод оценки тревожности // Психологический журнал. – 1997. – Т. 18, № 2. – С. 102–113.
7. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Прикладная психология. – 1999. – № 1. – С. 41–48.
8. Астапов В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги // Тревога и тревожность: хрестоматия: учебное пособие / сост. В.М. Астапов. – СПб.: Питер, 2001. – С. 156–165.
9. Корабельникова Е.А. Современный подход к диагностике и терапии тревожных расстройств // Терапия. – 2018. – № 7-8. – С. 63–69. doi: 10.18565/therapy.2018.7-8.63-69
10. Цетлин М.Г., Пелипас В.Е. Реабилитация наркологических больных: концепция и практическая программа. – М., 2000. – 36 с.
11. Иванец Н.Н. Наркология – предмет и задачи // Лекции по наркологии / под ред. проф. Н.Н. Иванца. – 3-е изд., перераб. и расш. – М.: Медпрактика, 2001. – С. 6–13.
12. Ильин Е.П. Психофизиология состояний человека. – СПб.: Питер, 2005. – 412 с.
13. Портнов А.А., Пятницкая И.Н. Клиника алкоголизма: монография. – Ленинград: Медицина, 1973. – 368 с.
14. Малкова Е.Е. Тревожность и развитие личности: монография. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 268 с.
15. Прожерина Ю., Широкова И. Когда тревога становится болезнью // Ремедиум. – 2016. – № 5. – С. 32–38. doi: 10.2151/1561-5936-2016-5-32-38

References

1. Levitov N.D. The mental state of anxiety, anxiety. Voprosy psikhologii, 1969, no. 1. pp. 131–139. (In Russ.).
2. Levin O.S. Generalized anxiety disorder: diagnosis, comorbidity and treatment. Sovremennaya terapiya v psikhiatrii i nevrologii, 2016, no. 2, pp. 4–10. (In Russ.).
3. Nekhoroshkova A.N., Bol'shevidtseva I.L. Neurobiological background of anxiety formation. Vestnik Severnogo (Arkticheskogo) federal'nogo universiteta. Seriya: Mediko-biologicheskie nauki, 2016, no. 3, pp. 24–36. (In Russ.). doi: 10.17238/issn2308-3174.2016.3.24
4. Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka [Mental and psychophysiological adaptation of man]. Leningrad: Nauka Publ., 1988, pp. 143–147.
5. Alekseenkova E.G. Lichnost' v usloviyakh psikhicheskoi deprivatsii [Personality in conditions of deprivation]. St. Petersburg, Piter Publ., 2009. 96 p.
6. Arakelov G.G., Lysenko N.E., Shott E.K. Psychophysiological method for anxiety evaluation. Psikhologicheskii zhurnal, 1997, vol. 18, no. 2, pp. 102–113. (In Russ.).
7. Astapov V.M. A functional approach to studying the state of anxiety. Prikladnaya psikhologiya, 1999, no. 1, pp. 41–48. (In Russ.).
8. Astapov V.M. A functional approach to studying the state of anxiety. In: Astapov V.M., comp. Trevoga i trevozhnost' [Anxiety and anxiety]. St. Petersburg, Piter Publ., 2001, pp. 156–165. (In Russ.).
9. Korabel'nikova E.A. Modern approach to the diagnosis and therapy of anxiety disorders. Terapiya, 2018, no. 7-8, pp. 63–69. (In Russ.). doi: 10.18565/therapy.2018.7-8.63-69

10. Tsetlin M.G., Pelipas V.E. Reabilitatsiya narkologicheskikh bol'nykh: kontseptsiya i prakticheskaya programma [Rehabilitation of narcological patients: concept and practical program]. Moscow, 2000. 36 p.
11. Ivanets N.N. Narcology – the subject and tasks. In: Ivanets N.N., ed. *Lektsii po narkologii* [Lectures by narcology]. 3rd edition. Moscow, Medpraktika Publ., 2001, pp. 6–13. (In Russ.).
12. Il'in E.P. *Psikhofiziologiya sostoyanii cheloveka* [Psychophysiology of human conditions]. St. Petersburg, Piter Publ., 2005. 412 p.
13. Portnov A.A., Pyatnitskaya I.N. *Klinika alkogolizma* [Clinic of alcoholism]. Leningrad: Meditsina Publ., 1973. 368 p.
14. Malkova E.E. *Trevozhnost' i razvitie lichnosti* [Anxiety and development of personality]. St. Petersburg, Izd-vo RGPU im. A.I. Gertsena Publ., 2013. 268 p.
15. Prozherina Yu., Shirokova I. When anxiety becomes a disease. *Remedium*, 2016, no. 5, pp. 32–38. (In Russ.). doi: 10.2151/1561-5936-2016-5-32-38

Assessment of the effectiveness of the use of the BFS system (biological feedback) for the correction of anxiety in patients of the narcological profile
Malkova M.L.

E-mail: mariamalkova2016@yandex.ru

Vologda Regional Narcological Dispensary No. 1

Embankment of the 6th Army, 139, Vologda, 160014, Russia

Phone: +7 (8172) 54-51-89

Abstract. This article considers the use of technology of reverse biological communication (BOS) in a narcological hospital, to correct the level of anxiety in patients with a vabstevent and post-stisted state. The methodology for applying BOS is described, and an assessment of effectiveness is given using a comparative analysis of empirical data.

Keywords: reverse biological connection (BOS), patients of a narcological profile, level of anxiety, situational anxiety, personal anxiety

For citation

Malkova M.L. Assessment of the effectiveness of the use of the BFS system (biological feedback) for the correction of anxiety in patients of the narcological profile. *Med. psiol. Ross.*, 2023, vol. 15, no. 3, p. 4. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.08.2023

Accepted for publication 01.08.2023 for all articles № 3(80) 2023



УДК 159.9

АНОМИЯ КАК ПРИЧИНА НАРУШЕНИЙ СТАНОВЛЕНИЯ ВЛЕЧЕНИЙ, УГРОЗЫ ЗДОРОВЬЮ МОЛОДЕЖИ

Фесенко Ю.А., Добряков И.В. (Санкт-Петербург, Россия)



Фесенко Юрий Анатольевич

доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии; Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, ул. Литовская, 2, Санкт-Петербург, 194100, Россия. Тел.: 8 (812) 295-40-31;

Главный научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории инклюзивного и специального образования; Ленинградский государственный университет имени А.С. Пушкина, Петербургское ш., 10, Санкт-Петербург, г. Пушкин, 196605, Россия. Тел.: 8 (812) 466-65-58;

заведующий ПТО; Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина; ул. Чапыгина, 13, Санкт-Петербург, 197022, Россия. Тел.: 8 (812) 246-74-74.

E-mail: yaf1960@mail.ru



Добряков Игорь Валерьевич

кандидат медицинских наук, доцент, старший научный сотрудник Научно-организационного отдела; Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, ул. Бехтерева, 3, Санкт-Петербург, 192019, Россия. Тел.: 8 (812) 670-02-20.

E-mail: dobriakov2008@yandex.ru

Аннотация. Рассмотрены вопросы становления, проявлений и нарушений влечений в детском и юношеском возрасте. Показано, что одной из ведущих причин патологических появлений влечений на современном этапе является аномия. Приводятся наиболее адекватные, применительно к реалиям сегодняшнего дня, определения влечений, потребностей, инстинктов, поведения. На примере влечения самосохранения рассмотрены проявления патологического влечения, раскрыто понятие аддикций. Показано, что формирование у детей и подростков агрессивных и аутоагрессивных реакций способствует развитию аддиктивных расстройств, ведет к увеличению количества суицидов молодежи. Приводятся официальные данные о распространенности суицидоопасного поведения среди детей и подростков. Выделяются различные варианты ауто- и гетероагрессивных нарушений: самоповреждающее поведение, суицидные намерения, суициды, буллинг и др.

Ключевые слова: аномия, влечения, аддикции, суицид

Для цитаты: Фесенко Ю.А., Добряков И.В. Аномия как причина нарушений становления влечений, угрозы здоровью молодежи // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 5. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Введение

Патология влечений, как и патология перцептивной сферы (восприятия, ощущений), мышления, памяти, воли, эмоциональной сферы, внимания и интеллекта, рассматривается и изучается разделом психиатрии, называемым психопатологией.

Говоря о патологии влечений, важно подчеркнуть, что влечения непосредственно затрагивают сферу потребностей человека, некоторые из них основаны на наиболее значимых физиологических функциях. Регулируются потребности сознанием, которое способно их оценить, расставить их по приоритетности, чтобы спланировать пути и способы достижения самых значимых для данного индивида жизненных целей, и тем самым эти потребности удовлетворить.

В этой связи необходимо сказать об анонии (греч.: а — отрицание, *nomos* — закон). Термин, предложенный Е. Дюркгеймом, использовался для обозначения критического состояния общества в тот период его развития, когда старые нормы перестали действовать, а новые ещё не установились, старые ценности девальвировались, а новые находятся в процессе формирования [1], что приводит к изменению структуры потребностей и способов их удовлетворения.

Одной из основных причин появления анонии является бурный поток информации, обрушившийся на общество с развитием Интернета, зачастую противоречивой и, как сегодня принято говорить, «фейковой» (англ. *fake* — подделка).

Во многом именно это обусловило смену эпохи модерна, во время которой происходил поиск причинно-следственных связей, объясняющих происходящее в отношениях людей, в их поведении и в жизни вообще, на эпоху постмодерна, когда повысились требования к доказательству любых утверждений, в том числе и принятых ранее обществом стереотипов, касающихся становления и проявлений влечений. Постмодернизм приводит к анонии. Ему присущи стремление подвергать сомнению очевидные факты, ломка стереотипов, изменения ценностей, формирование новых суждений, отказ от прежних сложившихся представлений о мире. Неопределенность, сомнения приводят к повышению базальной тревоги, что обостряет поиски смысла жизни, ответов на экзистенциальные вопросы, делает их мучительными. Все чаще предпринимаются социально неприемлемые попытки снизить уровень базальной тревоги. Высокая тревога подавляет способность индивидуума делиться чувствами и мыслями личной значимости с другим высоко значимым человеком. Возникает страх интимности, а это — важный фактор риска развития многих проблем с психическим здоровьем. Он провоцирует переживания экзистенциального одиночества, страха смерти, осознания конечности жизни и потери перспектив. Это проявляется поведенческими агрессивными и аутоагрессивными реакциями, формированием новых форм сексуального общения, позволяющих избегать интимности, способствует развитию аддитивных расстройств, негативно влияет на семейные отношения. Происходит разделение 3-х видов поведения: сексуального, матримониального (относящегося к браку, супружеству), репродуктивного. В результате сексуальная жизнь все реже сопровождается заключением брака и рождением детей. Это является одной из причин демографического кризиса во многих развитых странах, в том числе и в России [2].

Сегодня реальное общение все чаще заменяется виртуальным в Интернете. Растет количество суицидов детей и подростков, расстройств пищевого поведения, что напрямую связано с расстройствами соответствующих влечений [3; 4]. В последние годы отмечается рост психических заболеваний несовершеннолетних. В структуре нервно-психических расстройств у детей и подростков, развивающихся в условиях анонии, все большее значение приобретают именно расстройства влечений. Расстройства влечений в психопатологии детского и подросткового возраста имеют, по мнению В. В. Ковалева, больший удельный вес, чем в психопатологии взрослых [5]. К росту заболеваемости нервно-психическими расстройствами, гетеро- и аутоагрессивных тенденций у детей и подростков ведут такие приметы настоящего времени, как внедрение в жизнь различных гаджетов, либерализация сексуальной морали, широкая доступность порнографии, психоактивных веществ. Руководитель отдела эпидемиологических и организационных проблем психиатрии Центра имени В. П. Сербского Б. А. Казаковцев отмечает рост заболеваемости нервно-психическими расстройствами, связывая их с неблагоприятными социальными факторами, в том числе и с проблемами семейной жизни [6]. В связи с этим изучение влечений становится особо актуальной задачей, решение которой может способствовать распознаванию проявлений нарушений влечений, позволит учитывать их при разработках психопрофилактических мероприятий, а также в поисках наиболее адекватных способов лечения.

Сегодня адекватным психопрофилактическим мерам препятствует нечеткость определений, в результате чего в качестве синонимов термина «влечение» используются дефиниции разных понятий.

Влечение — это возникающее независимо от сознания субъективное переживание потребности, стимулирующее деятельность человека и придающее ей направленность. Бессознательные влечения во многом определяют особенности психической жизни человека, его поведение, характер.

Потребностью называют состояние человека, вызванное испытываемой им нуждой в объектах, важных для его существования и развития, стимулирующее человека к активным действиям. А.Г. Маслоу полагал, что базовые потребности человека могут считаться врожденными или биологически обусловленными, если не всецело, то хотя бы в определенной степени) [7].

Под инстинктом (от лат. *instinctus* — побуждение) понимается целенаправленная приспособительная деятельность, обусловленная врожденными механизмами и характеризующаяся постоянством ответных реакций на действия определенных раздражителей.

Поведение представляет собой совокупность действий, осуществляемых индивидуумом в процессе взаимодействия со средой [8] и определяется способностью изменять эти действия под влиянием внутренних и внешних факторов.

Поскольку у детей и подростков лобная кора, отвечающая за разумно-волевую саморегуляцию, недостаточно зрелая, и ее окончательное созревание происходит примерно лишь к 23 годам, то детям и подросткам более свойственны кратковременно-инстинктивные программы поведения, формирование которых зависит в основном от особенностей инстинктов и влечений [9; 10].

В результате, *инстинкты* — врожденные и общие для всех представителей данного вида формы деятельности — лишь составляют физиологическую основу влечений, потребности активизируют влечения, а влечения, в свою очередь мотивируют и формируют поведение человека [11].

Влечения влияют на реализацию поведения в соответствии с возможностями индивида и с учетом факторов окружающей среды. Именно они выстраивают в сложную цепь целесообразные в конкретной ситуации поведенческие реакции, цель которых — снижение напряженности, обретение комфорта, то есть — удовлетворение влечения.

Влечения являются врожденными, однако в процессе онтогенеза они развиваются и становятся более сложными и дифференцированными. На разных этапах развития меняется значимость влечений, их проявления, способы удовлетворения. То, что представляется нормальным на одном этапе развития, может расцениваться как отклонение от нормы на другом. Отношение к способам удовлетворения влечения в разных странах, обществах может отличаться. Перемены в обществе могут приводить к изменениям отношений к формам удовлетворения влечения: нетерпимые ранее становятся допустимыми, некоторые прежние могут стать неприемлемыми. Овладение индивида своими влечениями — важный показатель развития личности, ее зрелости и устойчивости [12].

Патологические проявления различных форм влечений неразрывно связаны друг с другом, детерминируют расстройства других психических функций. *Патологическое влечение* определяется как сопряженное с инстинктом недостаточно контролируемое сознанием глубинное чувственное побуждение, направленное на определенную цель, сопровождающееся напряженной витализированной (жизненно необходимой) потребностью отреагирования и завершающееся действием с соматопсихическим гедонистическим (когда удовольствие является высшим благом и смыслом жизни) эффектом.

Выделяют три клинических варианта патологических влечений: *обсессивные, компульсивные и импульсивные влечения*, отражающих, прежде всего, особенности динамики их проявлений [2].

При *обсессивном влечении* возникают желания, которые больной может контролировать в соответствии с ситуацией, в которой он в данный момент находится. При этом направленность таких влечений и способы их удовлетворения часто не соответствуют правилам морали, а не редко и закона. Это часто приводит к выраженным эмоциональным переживаниям человека, пытающегося бороться с обсессиями. Он тяготится неутоленной потребностью, его мысли навязчиво возвращаются к ней. Обсессивные влечения играют большую роль в формировании структуры обсессивно-фобического синдрома.

Компульсивное влечение проявляется интенсивным желанием его удовлетворения, представляя собой такое выраженное чувство, какое сравнимо, к примеру, с чувством

сильного голода или жажды. При осознании противоречия направленности или желательного способа удовлетворения такого влечения с принятыми в обществе нормами поведения, морали, закона, человек ценой перенапряжения всех внутренних сил пытается сдержать себя от совершения поступка, но испытывает невыносимое чувство не только эмоционального, но и физического дискомфорта («ломку»). В конце концов, он проигрывает борьбу и, даже если поступок асоциален, его совершает.

Импульсные влечения связаны с внезапно возникающим влечением, полностью овладевающим сознанием, подчиняющим себе поведение больного. Они непреодолимы и непременно заканчиваются действием, совершающимся без промедлений. Какая-либо внутренняя борьба при этом полностью отсутствует. Зачастую импульсивные поступки внезапны, ничем не обусловлены и даже бессмысленны.

В 70-х годах 20-го века был предложен и быстро вошел в обиход термин аддикция (англ.: addiction — зависимость). Ц.П. Короленко называет аддикцией форму патологического влечения человека постоянно совершать действия, позволяющие удовлетворить потребность уйти от реальности путем изменения своего психического состояния [13]. В качестве синонима понятия аддикции нередко используют термин крейвинг (англ.: craving — стремление). В эпоху постмодерна происходит рост количества аддитивных нарушений и их разнообразия, а также видоизменение поведенческих расстройств и девиаций. Это обусловило выделение новой области знаний — аддиктологии, комплексно изучающей различные формы и типы зависимого (аддитивного) поведения как психологического, так и психопатологического уровней [14].

Вначале аддикциями называли действия, связанные с использованием психоактивных веществ (химические аддикции), суть которых в стремлении человека вызывать у себя интоксикации с целью изменить настроение, получить новые яркие впечатления. Позднее были выделены нехимические аддикции, при которых цели аддиктов остаются теми же, но достигаются иными путями, без использования психоактивных веществ. При этом нехимические аддикции, встречающиеся не реже химических, могут иметь серьезные последствия.

Общими для химических и нехимических аддикций являются сверхценность, рост толерантности, а также выраженные изменения эмоционально-волевой сферы. При удовлетворении влечения возникают положительные эмоции, при невозможности это сделать (состояние абстиненции) — резко отрицательные. Для аддикций характерны внутриличностные конфликты аддикта, конфликты с окружающими и склонность к рецидивам [15]. Описано довольно много вариантов нехимических аддикций, причем процесс их выявления и описаний продолжается. Выделяют группы социально приемлемых и социально неприемлемых аддикций.

Нарушения влечений делятся на количественные (отсутствие, снижение, усиление) и качественные (искажение). По такой же примерно схеме рассматриваются нарушения многих психических функций: восприятия, ощущений, памяти, воли и др.

Обычно рассматриваются следующие виды влечений и их нарушений: пищевого, полового, самосохранения и влечение к получению впечатлений.

Учитывая актуальность проблемы суицидов, объясняемой ростом случаев суицидов и суицидоопасного поведения детей, подростков и молодежи в последние годы, рассмотрение нарушений влечений целесообразно провести на примере влечения самосохранения.

Влечение самосохранения — комплекс возникающих независимо от сознания субъективных переживаний, связанных с необходимостью удовлетворения потребности в безопасности путем обеспечения поддержания жизни, физического выживания, успешного противостояния угрозе нарушения телесных и душевных границ (своей автономии).

Удовлетворение влечения самосохранения необходимо ребенку для выживания с самых ранних этапов его развития. Гарантацией его безопасности в страшном, огромном и незнакомом мире, в который он попал, является мать. Именно она реагирует на все изменения окружающей среды и способствует приспособлению к ним ребенка. Именно она чувствует появление малейшего дискомфорта, понимает значение примитивных сигналов, которыми младенец пытается о нем сообщить, и возвращает ему состояние комфорта. Таким образом мать, создавая условия личной защищенности ребенка, способствует его развитию, максимально полной реализации его природных познавательных, творческих задатков, усвоению социокультуральных ценностей общества в условиях личной защищенности.

С возрастом по мере обретения автономности и самостоятельности происходит расширение общения, накопление опыта. Однако при этом увеличивается вероятность

возникновения ситуаций, угрожающих нарушению границ, жизни, вырабатываются связанные с этим новые формы защиты.

Судить о напряженности влечения самосохранения, степени его удовлетворенности или неудовлетворенности, о появлении расстройств влечения можно по эмоциям ребенка и его поведенческим реакциям. С возрастом эти проявления становятся все более и более дифференцированными.

Влечение самосохранения тесно связано с представлениями о смерти. До трехлетнего возраста ребенок находится в диадных отношениях с мамой. Он еще не создал границ, отделяющих его от окружающего мира. У него нет представлений о времени, о будущем, а значит — и о смерти. Биологическое рождение младенца — событие, имеющее дату, происходящее в конкретной ситуации. Психологическое рождение — медленно разворачивающийся внутриспихический процесс сепарации-индивидуации, в результате которого происходит формирование самосознания [16].

Примерно с 5-6 лет ребенок начинается задумываться о смерти, причем не только своей, но и родственников. Однако у большинства детей дошкольного возраста нет понимания необратимости смерти, так как у них еще не сформированы представления о конечности жизни. Поэтому их суицидальное поведение, как правило, инфантильно и не имеет отношения к расстройствам влечения самосохранения. Суицидальные попытки совершаются на фоне высокой базальной тревоги, связаны с обидой, желанием привлечь к себе внимание.

Только к 8-9 годам отмечается четкое разграничение понятий жизни и смерти, формируется понимание необратимости смерти, хотя смерть еще и продолжает зачастую оцениваться как временное явление. При этом у многих все же присутствует страх умереть, еще чаще встречается страх смерти родителей. Причинами суицидов у детей 7—10 лет чаще всего являются разводы родителей, смерть близкого человека, животного, ревность к сиблингу, что может быть причиной тяжелых переживаний. Некоторые дети при этом охотно принимают религиозные идеи о бессмертии души, другие создают свои инфантильные гипотезы относительно жизни после смерти. Нередко тема смерти, приобретая для юношей и девушек ореол таинственной романтичности, привлекает.

У старших подростков уже достаточно хорошо развиты способности формирования абстрактных понятий. Им свойственны размышления о жизни и смерти, повышенный интерес к этим темам, находящий отражение в молодежной субкультуре (готы, эмо и др.).

Их представления о феномене смерти приближаются к представлениям взрослых людей. Понимание конечности собственной жизни и переживания по этому поводу наблюдаются почти у всех девочек, начиная с 12 лет, у мальчиков с 15, однако лишь 20 % подростков осознают, что смерть есть окончательное прекращение физической и духовной жизни. Остальные, так или иначе, отрицают необратимость смертельного исхода, верят в реинкарнацию, в загробную жизнь и т. д. [2].

Поведенческим паттерном влечения самосохранения у лиц с низкой самооценкой и с высокой базальной тревогой можно считать проявление аутоагрессии (греч.: autos — сам; лат.: aggressio — нападение), выражающейся стремлением нанесения себе вреда, физических повреждений, вплоть до создающих угрозу здоровью и жизни. Для таких подростков типичен отказ от активной жизнедеятельности, долга, нежелание пытаться решать личностные и социальные проблемы. Их аутоагрессивные действия сознательно или неосознанно направлены на причинение себе вреда в физической, психической, социальной или духовной областях.

Несуицидальные самоповреждающие действия (самопорезы, самоожоги, аутопирсинг и пр.), как правило, не имеют целью покончить с собой, однако служат значимыми признаками совершения суицида. В последние годы отмечается нарастающая тенденция к их учащению, причем теперь чаще у лиц более раннего возраста (в 12-13 лет, а не в 16-17, как это было раньше). Преобладают среди них девушки [17].

Действия, направленные на нанесение физического ущерба своему телу, но имеющие малую вероятность летального исхода, получили в англоязычной литературе название *селфхарм* (англ.: self — сам; harm — вред) или, в русскоязычной версии, *самоповреждения*. Самоповреждение с целью лишения себя жизни квалифицируется как суицид.

Действия, направленные на самоповреждения, встречаются в качестве симптома при многих нервно-психических расстройствах. Они разнообразны, отличаются степенью brutality, что объясняется их целями (часто не осознаваемыми). Самоповреждения могут быть демонстративными, но чаще скрываются детьми и подростками, наносятся

наедине с собой на участках тела, скрывааемых одеждой. Основными признаками самоповреждения как аутоагрессивного акта являются преднамеренность при отсутствии желания суицидального завершения, повторяемость, социальная неприемлемость, чувство тревоги и напряжения перед совершением самоповреждения и облегчения после совершения его [18].

Внешними косвенными признаками скрытых самоповреждений могут быть эмоциональная лабильность с преобладанием сниженного настроения, закрытость, отстраненность, снижение активности, коммуникаций, высказывания о своей непривлекательности, ничтожности.

При обнаружении взрослыми следов самоповреждений дети и подростки пытаются ввести их в заблуждение, придумывая версии о происхождении царапин, шрамов (например, об укусах насекомых, кожном зуде). Это связано с негативными реакциями взрослого окружения на самоповреждения детей и подростков, с попыткой свести к минимуму расспросы о причинах таких действий, ответов на которые они не знают.

Крайним вариантом аутоагрессии является суицидомания (лат.: sui — себя, caedere — убивать; греч.: mania — влечение) — стремление убить себя.

В 2017 году на секции «Профилактика асоциальных явлений: случаи суицидов среди подростков как социальная проблема современного общества» в рамках Всероссийского Форума «Наши дети. Здоровье детей и факторы, его формирующие» были озвучены основные проблемы и сделаны официальные предложения по профилактике и способам противодействия суицидальным тенденциям у детей и подростков. Сотрудники Городской психиатрической больницы № 3 им. И.И.Скворцова-Степанова провели анализ случаев попыток суицида у подростков с аутоагрессивным поведением, госпитализированных в психиатрический стационар. Результаты исследования показали, что у всех госпитализированных пациентов мужского и женского подростковых отделений ГПБ № 3 за 2017 г. была выявлена аутоагрессия, связанная с влиянием интернет-контентов.

В ходе данной работы были проанализированы случаи аутоагрессивного поведения на догоспитальном этапе. Среди всех госпитализированных за год, у 39 (15,9 %) юношей и 32 (17,9 %) девушек, отмечались различные аутоагрессивные действия. У 12 подростков с аутоагрессивным поведением (16,9 %) в анамнезе фигурировало упоминание о закрытой социальной группе «Синий кит». Госпитализации этих пациентов пришлось на период с января по май 2017 года, причем в 7 случаях (58,3 %) на март — начало апреля, что по времени совпало с появлением нескольких репортажей о «Синем ките» по телевидению и активным обсуждением темы «групп смерти» в интернете. Упоминание о «Синем ките» в анамнезе пациентов с аутоагрессивным поведением, проходивших лечение на мужском подростковом отделении, было у 2 человек (5,1 % от случаев аутоагрессивного поведения в мужской группе), причем в обоих случаях вступление в группу «Синий кит» было обусловлено желанием подростков «привлечь внимание» своих девушек, которые уже состояли в данной группе (подростки отрицали выполнение заданий «куратора»). Все девушки, не скрывавшие своего участия в «игре», сообщили, что вступили в эту группу «ради интереса», возникшего после ознакомления с публикациями о «Синем ките» в СМИ. Авторы также подчеркивали, что среди 12 подростков, связанных с «Синим китом», подавляющее большинство (11 человек — 91,7 %) имели хронические психические расстройства с ведущими психопатологическими синдромами, имеющими высокую вероятность реализации суицидальных намерений, что является одним из наиболее существенных факторов, увеличивающих вероятность совершения аутоагрессивных действий [19].

В Санкт-Петербургском государственном казенном учреждении здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С.С. Мнухина (далее — Центр) основным звеном в такой работе является отделение медико-социально-психологической и психотерапевтической помощи с «Телефоном доверия». Оно предназначено для оказания психологической, психотерапевтической, психиатрической и профилактической помощи детям и подросткам, находящимся в трудной жизненной ситуации, и обратившимся в связи с кризисными и иными опасными состояниями. Основной задачей службы Детского Телефона Доверия (ДТД) с общероссийским номером телефона 8-800-2000-122 является оказание помощи детям и подросткам с суицидальными намерениями и профилактика суицидального поведения среди несовершеннолетних.

Экстренная психологическая помощь по Детскому телефону Доверия несовершеннолетним и их близким оказывается психологами, имеющими специализацию по медицинской психологии и прошедшими специализированное сертифицированное обучение

по оказанию помощи несовершеннолетним по телефону, а также по суицидологии. При обращениях за помощью к психологам ДТД родителей по поводу изменения поведения их детей, выявления у них самоповреждений, часто оказывалось, что эти дети состоят в так называемых «группах смерти». Доступность психологической помощи по телефону обеспечивает одно из важных направлений в профилактике суицидального поведения, что отражается в количестве обращений по данной проблеме [20]. С 2010 года это количество растет ежегодно: с 81 в 2010 до 382 в 2020 году.

По официальным данным организационно-методического отделения Центра в 2021 году был отмечен почти двукратный рост звонков с суицидальной тематикой на Детский Телефон Доверия (ДТД) — 606 против 382 в 2020 году.

Ниже приводим данные анализа за 3 последних года, полученные от службы ДТД (табл. 1).

Важным направлением в профилактике суицидального поведения несовершеннолетних является своевременное оказание им психологической помощи в различных драматических событиях в их жизни, таких как физическое и сексуальное насилие, ситуация острого горя, семейные и школьные конфликты, конфликты с друзьями и сверстниками, буллинг и моббинг, неразделенная любовь, беременность и другие непростые жизненные ситуации.

Кроме этого, психологами ДТД осуществляется работа по обнаружению опасного для детей и подростков интернет-контента в телекоммуникационной сети Интернет. За 2021 год ими было просмотрено 4598 сайтов и были выявлены 638 опасных сайтов, из которых: 338 сайтов, популяризирующих употребление ПАВ; 38 сайтов с тематикой порнографического характера, 262 сайта, содержащих тематику самоповреждающего, рискованного и суицидоопасного поведения.

Данные о подобных сайтах были переданы в соответствующую службу Роспотребнадзора.

Таблица 1. Сравнительные данные количества обращений на ДТД ЦВЛ «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина за период с 2019 по 2021 гг.

Причина обращения	2019		2020		2021	
Суицидоопасное поведение	143	5,4%	165	6,8%	201	7,1%
Из них:						
- суицидные попытки	35	1,3%	38	1,6%	56	2,0%
- суицидные намерения	108	4,1%	127	5,2%	145	5,1%
Самоповреждающее поведение(действия)	242	9,2%	266	10,9%	278	9,9%

Стремление к нанесению вреда, физических повреждений отдельному лицу, группе лиц или всему окружающему называется гетероагрессией (греч.: heteros — другой; лат.: aggressio — нападение). Если гетероагрессивные реакции неадекватны ситуации, они становятся деструктивными. Как правило, это является следствием повышения влечения самосохранения у человека, проживающего в неблагоприятных условиях. Это выражается в увеличении уровня тревоги без достаточного для этого повода: излишней настороженностью и готовностью к быстрым агрессивным реакциям при непредвиденном изменении ситуации, при малейшем появлении в окружающей среде чего-то незнакомого или непонятного. У таких людей выражена экстрапунитивность (лат.: exter — внешний; punitio — месть) — склонность считать виновными в неудачах других людей, не признавать даже очевидной своей вины, не чувствовать смущения, стыда, раскаяния.

По этим же причинам возникает стремление издеваться над слабыми («тролить»), принимающее форму буллинга (англ.: bully — драчун, грубиян), характеризующееся умышленными, враждебными, регулярно повторяющимися действиями по отношению к одному из членов коллектива, или моббинга, (англ.: mob — толпа) выражающегося враждебным, неэтичным отношением группы людей, направленным против конкретного человека [2]. Нередко человек, в одной ситуации являющийся жертвой буллинга (например, семейного), в другой становится буллером (например, в классе), проявляя агрессию к слабому однокласснику. Буллинг и моббинг могут быть как причиной, так и следствием повышения влечения самосохранения, могут приводить жертву к суициду.

Именно подобные нарушения влечения самосохранения типичны в ситуации аномии и повышенной базальной тревоги в обществе, и приводят в результате к росту агрессивности. При этом и аутоагрессивное, и гетероагрессивное поведение могут привести человека к изоляции в обществе и стать основой суицидального поведения. Крайности сходятся.

Аутоагрессивность свойственна для лиц с низкой самооценкой, чувствующих себя неудачниками («лузерами»), не видящих перспектив. От жизни они не ждут ничего хорошего, воспринимают ее как мучение. Постоянные переживания возможных опасностей, неспособности им противостоять в связи с собственной ничтожностью приводят к желанию прекратить свое существование. Часто это происходит на высоте аффекта.

Сутью гетероагрессивного поведения является стремление защитить себя, доказать себе и окружающим свою значимость. Нередко это удается сделать путем унижения, побоев слабых. Это приводит к снижению тревоги на какое-то время, но потом она возвращается. Итогом такого поведения может стать изоляция и одиночество, переживание которых обостряет гетероагрессию. Напряжение гетеро-агрессивного настроения на короткое время могут снизить агрессивные компьютерные игры («стрелялки»), к ним через какой-то промежуток времени появляется тяга, стремление.

Для гетероагрессивности характерны приверженность к крайне брутальным взглядам и действиям, отсутствие толерантности, абсолютная нетерпимость к другим мнениям, что приводит к экстремистским насильственным проявлениям, совершаемым отдельными лицами и организованными группами. Базальная тревога снижается, если удается создать образ врага и бороться с ним. Гетероагрессия может иметь разную направленность, например, расовую, национальную, религиозную, социальную, политическую и др. Последнее время все чаще встречаются группы, декларирующие борьбу за толерантность, экологию, права человека, справедливость, имеющие, однако, при этом все признаки экстремизма: неспособность идти на компромиссы, нетерпимость к чужому мнению, брутальность вербальных и физических неконструктивных гетероагрессивных проявлений.

Одной из форм проявления такого экстремизма, связанного с повышенным влечением самосохранения, проявляющимся высоким уровнем тревоги и агрессивности в обществе, является неформальное объединение подростков АУЕ («арестантский уклад един» или «арестантское уркаганское единство»). Это и название, и девиз субкультуры, которая пропагандирует среди несовершеннолетних с помощью социальных сетей воровские и тюремные понятия, правила жизни по «воровским понятиям». Они вымогали у сверстников деньги, якобы на «воровской общак», для поддержки преступников, отбывающих сроки наказания в местах лишения свободы. Участники движения причастны к преступлениям, организации бунтов и побегов из мест лишения свободы, массовым беспорядкам, распространению экстремистских материалов в интернете. Способствовало развитию этой криминальной подростковой субкультуры обилие на телевизионных экранах криминальных сериалов, имеющих высокие рейтинги. Их героями были сильные, смелые, обаятельные и удачливые бандиты [3].

В 2016 году ответственный Секретарь Совета при Президенте РФ по развитию гражданского общества и правам человека секретарь Я. В. Лантратова сделала заявление, в котором сообщила, что подростково-молодежная криминальная субкультура АУЕ выявлена в учебных заведениях 18 регионов России, в том числе в Бурятии, в Московской, Челябинской, Ульяновской и Тверской областях, а также в Забайкальском и в Ставропольском краях*. В связи с этим Генпрокуратура России приняла решение усилить надзор за профилактикой вовлечения подростков в криминальные субкультуры и распространению идеологии АУЕ. В августе 2020 года Верховный суд России признал движение АУЕ экстремистской организацией и запретил ее на территории РФ [21].

На фоне постоянной выраженной гетероагрессии переживание непризнанности и экзистенциального одиночества может проявляться и аутоагрессией. Сочетание ауто- и гетероагрессии с явными признаками экстремизма порождает явление, получившее название «колумбайн» (данная организация является террористической и запрещена на территории РФ), при котором человек решается на самоубийство, но перед его совершением реализует в реальном времени ситуации из любимых агрессивных компьютерных игр с массовыми убийствами. Немаловажную роль в этих случаях играет уверенность колумбайнера в том, что он, совершив массовое убийство, докажет всем, что он «не тварь дрожащая», что он прославится, про него будут рассказывать по телевизору, писать в газетах.

«Колумбайн» — название школы в американском штате Колорадо, в которой 20 апреля 1999 года произошло спланированное нападение двух старшеклассников,

вооруженных стрелковым оружием, на учеников и школьный персонал. На белой футболке одного из них была надпись «Nature Selection» («Естественный отбор»). Застрелив 13 человек и ранив 23, нападавшие покончили с собой.

Трагедия вызвала интерес и получила широкий резонанс во всем мире, обсуждалась в Интернете. Были созданы жестокие видеоигры со схожим сюжетом. При осуществлении мониторинга сети Интернет, была выявлена специфическая группа, посвященная «колумбайну», ненависти к школе и людям, как таковым. Анализ страницы выявил тематические фотографии и преимущественно положительную оценку действий колумбайнеров [22]. Подсчитано, что за полтора десятилетия, прошедших со дня трагедии в Колорадо, на американские школы было совершено 74 нападения, которые по тем или иным признакам копировали бойню в «Колумбайне». В других странах, включая Россию.

Помимо широко известных в недавнем прошлом кровавых событий подобного рода (5 сентября 2017 года в подмосковном городе Ивантеевка 15-летний Михаил П. открыл стрельбу в одноклассников из пневматического пистолета, пытался взорвать самодельную бомбу, подросток состоял в тематических группах соцсетей, посвященных событиям в американской школе «Колумбайн»; 17 октября 2018 года 18-летний Владислав Р. заложил взрывное устройство в здании Керченского политехнического колледжа, в котором учился на 4 курсе, затем открыл стрельбу по учащимся и сотрудникам колледжа, после чего застрелился, в результате взрыва и стрельбы погиб 21 человек, пострадали всего 67 человек, на убийце была белая футболка с надписью «Ненависть»), 26 сентября 2022 года произошло новое массовое убийство: утром в школу № 88 в Ижевске ворвался мужчина 1988 года рождения. Он открыл стрельбу, правоохранители пытались задержать нападавшего — он отстреливался от них, и в итоге покончил с собой. Как сообщили в СК, убийца, покончивший с собой, был одет в майку с нацистской символикой и балаклаву, а на обоях с патронами красной краской было написано «Ненависть».

Преступник был вооружен двумя травматическими пистолетами, переделанными под боевые патроны. Со слов очевидцев, преступник был во всем черном, в черной маске с вырезом, как у ОМОНа, стрелять начал сразу же, как только зашел в здание школы, без криков, без требований. Сначала выстрелил в охранника, потом стал стрелять в окружающих детей и взрослых. Дети закрылись в классах, а убийца «ходил по коридору, кричал что-то несвязное и стучался в дверь».

Погибли 17 человек, в том числе 11 детей и шесть взрослых, еще 24 получили ранения. Преступником оказался Артём Казанцев, 34 лет, бывший ученик и выпускник этой школы. Как заявил министр просвещения Сергей Кравцов, преступник стоял на психиатрическом учете. По данным СК России он готовился к своему преступлению на протяжении года. Полиция изъяла пять мобильных телефонов и компьютер из дома стрелка. Там он сохранил предсмертную записку. Именно в этом послании говорилось, что мужчина готовился к массовому убийству более года, закупал оружие, тщательно и долго выбирал место. Он подробно описал процесс нелегальной закупки пистолетов. Среди объектов для совершения преступления выделял детские сады, школы, военкоматы. Казанцев пояснял в записке, что аполитичен и не религиозен. Он просто чувствовал исключительно ненависть ко всем людям.

Таким образом, суицид может быть следствием как ауто-, так и гетероагрессии, а также их сочетания. К. Ясперс отмечал, что повышенное влечение самосохранения часто во многом определяет патоморфоз и формирует клиническую картину психических нарушений у детей и подростков с формирующимися конституциональными и органическими психопатиями, а также при патохарактерологических формированиях личности по аффективно-возбудимому, эпилептоидному, неустойчивому, истероидному, гипертимному типам [23]. Агрессивные действия, неразрывно связанные с выраженными психическими нарушениями мышления, восприятия и других психических функций, являются патологическими.

Сегодня совершенно понятно, что при расстройстве психических функций направленность влечения может привести к противоречию с моральными и/или социальными нормами, нередко и к нарушению (вплоть до уголовного характера) их. Следует согласиться с ведущими отечественными детскими психиатрами (Г.Е. Сухарева, В.В. Ковалев, В.И. Гарбузов, А.Е. Личко, Ю.А. Александровский и др.) в том, что расстройства влечений нередко формируются именно в детском и подростковом возрасте (особенно в пубертатном периоде), и сопровождаются девиантным и делинквентным поведением.

Девиантное (от лат. *deviatio* — отклонение) поведение не является противоправным, не приводит к нарушению закона, но выражается в невыполнении или в непризнании общепризнанных нравственных, социально одобряемых форм поведения, нередко

сопровождаясь гетероагрессией. Делинквентное (от лат. delinquo — совершить проступок, провиниться) поведение тоже может сопровождаться гетероагрессией, но в отличие от девиантного, оно асоциально. Критерием при его диагностике служит факт нарушения закона и подлежащие уголовному преследованию деяния, совершенные этим человеком.

И девиантное, и делинквентное поведение могут включать медицинский аспект (отклонение по оси здоровье — предболезнь — болезнь) и социально-психологический аспект (социализация — дезадаптация — изоляция).

Сложность оценки девиантного и делинквентного поведения в ситуации анонии связана с тем, что нормативные оценки, законы могут меняться со временем, причем различным образом в разных обществах, странах.

Если сначала при делинквентном поведении имеют место цепь поступков, провинностей, мелких правонарушений, отличающихся от криминала, то далее начинаются, как правило, школьные прогулы и приобщение к асоциальной группе сверстников, что заканчивается мелким хулиганством, издевательствами над младшими и животными, отнятием денег у малышей, угонами велосипедов, мошенничеством, мелкими спекулятивными сделками и т. п., что приобретает уже не только административную, но и уголовную меру ответственности, становясь предметом рассмотрения в судебно-психиатрической практике.

В основе изменений поведения как девиантного, так и делинквентного характера лежит изменение влечения самосохранения, которое нередко сочетается с различными нарушениями психических функций и с другими психопатологическими синдромами, взаимно усиливая друг друга. Их изучение требует особого внимания, поскольку эта задача крайне актуальна и ее решение повысит эффективность профилактических, лечебных и социально-коррекционных мероприятий.

Примечания

* <http://67.rosпотребнадзор.ru/content/143/3482/> Пресс-релиз Федеральной службы по проблеме самоубийств в РФ. ↑

Список источников

1. Дюркгейм Е. Самоубийство: Социологический этюд / пер. с франц. с сокр.; под ред. В.А. Базарова. – М.: Мысль, 1994. – С. 164.
2. Добряков И.В., Фесенко Ю.А. Влечения детей и подростков: становление, развитие, отклонения. – СПб.: Проспект Науки, 2022. – 300 с.
3. Добряков И.В. Кризисные состояния как следствие особенностей становления полового влечения у детей и подростков в эпоху постмодернизма // XVII Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Организация детской психиатрической помощи: история и современные тенденции развития», 7 ноября 2019 года. Сборник статей / под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. – СПб.: Экслибрис Принт, 2019. – С. 48–51.
4. Фесенко Ю.А., Холмогорова А.Б. Случаи суицидов среди подростков как социальная проблема: по следам V всероссийского форума «Наши дети. Здоровье детей и факторы, его формирующие» // Консультативная психология и психотерапия. – 2017. – Т. 25, № 2. – С. 188–193. doi:10.17759/cpp.2017250212
5. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
6. Казаковцев Б.А. Профилактика в эпидемиологических исследованиях психического здоровья (обзор литературы) // Психическое здоровье. – 2019. – № 8. – С. 47–57.
7. Маслоу А.Г. Мотивация и личность / пер. с англ. – СПб: Евразия, 2001. – 478 с.
8. Энциклопедический словарь медицинских терминов: в 3 т. – М.: Советская энциклопедия, 1983. – Т. 2. – 448 с.
9. Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л. Типология модификаций девиантного поведения в молодежных субкультурах // Народонаселение. – 2010. – № 1. – С. 85–97.
10. Шевченко Ю.С. «Конституционально-глупые» и «конформные»: сегодняшний взгляд на забытую тему // Психическое здоровье. – 2020. – № 10. – С. 75–82.
11. Ребер А. Большой толковый психологический словарь: в 2 т. – М.: Вече, АСТ, 2000. – Т. 1: А–О. – 592 с.
12. Толстых Н.Н. Влечение // Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / под ред. С.Ю. Циркина. – 2-е изд., перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2004. – С. 18–19.

13. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Аддиктология: настольная книга / под ред. В.В. Макарова. – М.: Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига; Институт консультирования и системных решений. – 2012. – 536 с.
14. Менделевич В.Д., Зобин М.Л. Аддиктивное влечение. – М.: МЕДпрессин-форм, 2012. – 264 с.
15. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
16. Малер М.С., Пайн Ф., Бергман А. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация / пер. с англ. – М.: Когито-Центр, 2018. – 413 с.
17. Асимметрии ЭЭГ у пациенток юношеского возраста при депрессиях с разными видами аутоагрессивного поведения / Е.В. Изнак, Е.В. Дамянович, Н.С. Левченко [и др.] // Психиатрия. – 2020. – Т. 18, № 3. – С. 14–21. doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-14-21
18. Pattison E.M., Kahan J. The deliberate self-harm syndrome // The American Journal of Psychiatry. – 1983. – Vol. 140, no. 7. – P. 867–872. doi: 10.1176/ajp.140.7.867
19. Подростковая аутоагрессия и деструктивные интернет-контенты / А.Г. Софронов, Е.Ю. Абриталин, А.Е. Добровольская [и др.] // XVI Мнухинские чтения. Научная конференция с международным участием «Кризисные состояния в детской психиатрической практике», 22 ноября 2018 года. Сборник статей / под общ. ред. Ю.А. Фесенко, Д.Ю. Шигапова. – СПб.: Экслибрис Принт, 2018. – С. 112–116.
20. Фесенко Ю.А. Суицидоопасное поведение у несовершеннолетних: анализ и профилактика // Детская медицина Северо-Запада. – 2018. – Т. 7, № 1. – С. 328–329.
21. Информационно-коммуникационный сервис «ЭФИР» Генеральной прокуратуры Российской Федерации [сайт]. – URL: <http://efir.genproc.gov.ru>
22. Армер Л.А. Экстремизм и социальные сети. Противодействие преступлениям и их профилактика в Интернете // Деформация правосознания и поведения несовершеннолетних как объективная причина проявления экстремизма и терроризма: сб. матер. конф. / под ред. И.В. Добрякова, А.Н. Суслина. – СПб: ГБПОУ «ОМЛ», 2019. – С. 48.
23. Ясперс К. Необусловленные действия, ведущие за пределы наличного бытия // Суицидология: прошлое и настоящее: проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах / сост. А.Н. Моховиков. – 2-е изд. – М.: Когито-Центр, 2013. – С. 72–88.

References

1. Durkheim E. Samoubiistvo: Sotsiologicheskii etyud [Suicide: Sociological etude]. Moscow, Mysl' Publ., 1994, p. 164.
2. Dobryakov I.V., Fesenko Yu.A. Vlecheniya detei i podrostkov: stanovlenie, razvitie, otkloneniya [The drives of children and adolescents: formation, development, deviations]. St. Petersburg, Prospect Nauki Publ., 2022. 300 p.
3. Dobryakov I.V. Crisis states as a consequence of the peculiarities of the formation of sexual desire in children and adolescents in the era of postmodernism. XVII Mnukhinskie chteniya. Nauchnaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem "Organizatsiya detskoj psikhiatricheskoi pomoshchi: istoriya i sovremennye tendentsii razvitiya", 7 noyabrya 2019 goda. Sbornik statei [XVII Mnukhin readings. Scientific conference with international participation "Organization of child psychiatric care: history and current development trends". November 7, 2019. Collection of articles]. St. Petersburg, Ekslibris Print Publ., 2019, pp. 48–51. (In Russ.).
4. Fesenko Y.A., Kholmogorova A.B. Suicides Among Adolescents As A Social Problem: 5th All-Russian Forum "Our Children. Children's Health And Its Factors". Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya – Counseling Psychology and Psycho-therapy, 2017, vol. 25, no. 2, pp. 188–193. (In Russ.). doi: 10.17759/cpp.2017250212
5. Kovalev V.V. Semiotika i diagnostika psikhicheskikh zabolevanii u detei i podrostkov [Semiotics and diagnosis of mental diseases in children and adolescents]. Moscow, Meditsina Publ., 1985. 288 p.
6. Kazakovtsev B.A. Prevention in epidemiological studies of mental health (literature review). Psikhicheskoe zdorov'e, 2019, no. 8, pp. 47–57. (In Russ.).
7. Maslow A.H. Motivation and Personality. New York, NY: Harper and Brothers, 1954. 411 p. (Russ. ed.: Maslou A.G. Motivatsiya i lichnost'. St. Petersburg, Evraziya, 2001. 478 p.).
8. Entsiklopedicheskii slovar' meditsinskikh terminov. V 3 t. [Encyclopedic Dictionary of Medical Terms (in 3 volumes)]. Moscow, Sovetskaya entsiklopediya Publ., 1983. Vol. 2. 448 p.
9. Markova N., Rimashevskaya N., Smakotina N. Typology of modifications of deviant behaviour in youth sub-cultures. Narodonaselenie – Population, 2010, no. 1, pp. 85–97. (In Russ.).

10. Shevchenko Yu.S. "Constitutionally stupid" and "conformal": today's view on a forgotten topic. *Psikhicheskoe zdorov'e*, 2020, no. 10, pp. 75–82. (In Russ.).
11. Reber A.S. *The Penguin Dictionary of Psychology*. Penguin Press, New York, 1995. (Russ. ed.: Reber A. *Bol'shoi tolkovyi psikhologicheskii slovar': v 2 t.* Moscow, Veche, AST, 2000. T. 1: A–O. 592 p.).
12. Tolstykh N.N. Attraction. In: Tsirkin S.Yu., ed. *Spravochnik po psikhologii i psikhiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Handbook of psychology and psychiatry of childhood and adolescence]. 2nd edition. St. Petersburg, Piter Publ., 2004. pp. 18–19. (In Russ.).
13. Korolenko Ts.P., Dmitrieva N.V. *Addiktologiya: nastol'naya kniga* [Addictology: a handbook]. Moscow, 2012. 536 p.
14. Mendelevich V.D., Zobin M.L. *Addiktivnoe vlechenie* [Addictive attraction]. Moscow, MEDpressinform Publ., 2012. 264 p.
15. Egorov A.Yu. *Nekhimicheskie zavisimosti* [Non-chemical dependencies]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2007. 190 p.
16. Mahler M.S., Pine F., Bergman A. *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. New York, Basic Books, 1975. 308 p. (Russ. ed.: Maler M.S., Pain F., Bergman A. *Psikhologicheskoe rozhdenie chelovecheskogo mladentsa: Simbioz i individuatsiya*. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2018. 413 p.).
17. Iznak E.V., Damyanovich E.V., Levchenko N.S., Oleichik I.V., Iznak A.F. EEG asymmetries in depressive female adolescents with different kinds of auto-aggressive behavior. *Psikhiatriya – Psychiatry*, 2020, vol. 18, no. 3, pp. 14–21. (In Russ.). doi: 10.30629/2618-6667-2020-18-3-14-21
18. Pattison E.M., Kahan J. The deliberate self-harm syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 1983, vol. 140, no. 7, pp. 867–872. doi: 10.1176/ajp.140.7.867
19. Sofronov A.G., Abritalin E.Yu., Dobrovol'skaya A.E., Pashkovskii V.E., Medvedeva P.M., Efimova E.Yu. Adolescent autoaggression and destructive Internet content. XVI Mnukhinskie chteniya. Nauchnaya konferentsiya s mezhdunarodnym uchastiem "Krizisnye sostoyaniya v detskoj psikhiatricheskoi praktike", 22 noyabrya 2018 goda. Sbornik statei [XVI Mnukhin readings. Scientific conference with international participation "Crisis conditions in child psychiatric practice". November 22, 2018. Collection of articles]. St. Petersburg, Ekslibris Print Publ., 2018, pp. 112–116. (In Russ.).
20. Fesenko Yu.A. Suicidal behavior in minors: analysis and prevention. *Detskaya meditsina Severo-Zapada*, 2018, vol. 7, no. 1, pp. 328–329. (In Russ.).
21. Information and communication service "ETHER" of the Prosecutor General's Office of the Russian Federation [website]. URL: <http://efir.genproc.gov.ru>
22. Armer L.A. Extremism and social networks. Countering crimes and their prevention on the Internet. *Deformatsiya pravosoznaniya i povedeniya nesovershenno-letnikh kak ob"ektivnaya prichina proyavleniya ekstremizma i terrorizma. Mater. konf.* [Collection of materials of the conference "Deformation of legal awareness and behavior of minors as an objective cause of extremism and terrorism"]. St. Petersburg, 2019, p. 48. (In Russ.).
23. Jaspers K. *Neobuslovlennyye deistviya, vedushchie za predely nalichnogo bytiya* [Unconditioned actions leading beyond the limits of existence]. In: Mokhovikov A.N., comp. *Suitsidologiya: proshloe i nastoyashchee: problema samoubiystva v trudakh filosofov, sotsiologov, psikhoterapevtov i v khudozhestvennykh tekstakh* [Suicidology: past and present: the problem of suicide in the works of philosophers, sociologists, psychotherapists and in literary texts]. 2nd edition. Moscow, Kogito-Tsentr Publ., 2013, pp. 72–88.

Anomie as a cause of disorders in the formation of drives, threats to the health of young people

Fesenko Yu.A. 1, 2, 3

E-mail: yaf1960@mail.ru

Dobryakov I.V. 4

E-mail: dobriakov2008@yandex.ru

1 St. Petersburg State Pediatric Medical University

Litovskaya str., 2, Saint Petersburg, 194100, Russia

Phone: +7 (812) 295-40-31

2 Pushkin Leningrad State University

Petersburgskoye shosse, 10, Saint Petersburg, Pushkin, 196605, Russia

Phone: +7 (812) 466-65-58

3 S.S. Mnukhin Center for Rehabilitation "Children Psychiatry"

Chapygina str., 13, Saint Petersburg, 197022, Russia

Phone: +7 (812) 234-23-33

4 V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology

Bekhterev str., 3, Saint Petersburg, 192019, Russia

Phone: +7 (812) 670-02-20

Abstract. The issues of formation, manifestations and disorders of instincts in childhood and adolescence are considered. It is shown that one of the leading causes of pathological manifestations of drives at the present stage is anomie. The most adequate definitions of drives, needs, instincts, and behavior are given in relation to the realities of today. Using the example of the drive for self-preservation, the manifestations of pathological drive are considered, the concept of addictions is revealed. It has been shown that the formation of aggressive and autoaggressive reactions in children and adolescents contributes to the development of addictive disorders, leads to an increase in the number of suicides of young people. Official data on the prevalence of suicidal behavior among children and adolescents are provided. Various variants of auto- and heteroaggressive disorders are distinguished: self-harming behavior, suicidal intentions, suicides, bullying, etc.

Keywords: anomia, drives, addictions, suicide

For citation

Fesenko Y.A., Dobryakov I.V. Anomie as a cause of disorders in the formation of drives, threats to the health of young people. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 3, p. 5. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.08.2023

Accepted for publication 01.08.2023 for all articles № 3(80) 2023



УДК 343.611+343.988

ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ ПОДРОСТКАМИ ОРУЖИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЕ

Ганузин В.М. (Ярославль, Россия)



Ганузин Валерий Михайлович

кандидат медицинских наук, доцент кафедры педиатрии ИПДО;
Ярославский государственный медицинский университет, ул.
Революционная, 5, Ярославль, 150000, Россия. Тел.: (84852) 30-56-41.
E-mail: vganuzin@rambler.ru ORCID ID: 0000-0002-7436-6182

Аннотация. В статье показано влияние острых и хронических психотравмирующих факторов в детстве на возникновение буллинга, виктимизации, девиантного поведения у подростков. Проанализирован обзор научных работ о причинах вооруженных нападениях в образовательных учреждениях и о том, какие меры и методы безопасности применяются на уровне школы. Дан анализ причин и особенностей случаев нападения на учащихся и преподавателей в образовательных учреждениях США и России. Указаны основные факторы, играющие роль в подготовке нападения и реализации самих актов агрессии. С точки зрения психологии и педагогики описаны особенности личности нападавших и роль психических отклонений в формировании агрессивного поведения и планируемых актов агрессии. Предлагается объединить усилия специалистов разных областей с целью отслеживания информации и принятия превентивных мер по предотвращению вооруженных нападениях в учебных заведениях.

Ключевые слова: школьный климат, буллинг, виктимизация, психотравмирующие факторы, вооруженное нападение на образовательное учреждение

Для цитаты: Ганузин В.М. Обзор современных исследований по применению подростками оружия в образовательной среде // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. – 2023. – Т. 15, № 3. – С. 6. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Финансирование. Исследование не имело финансовой поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии потенциального или явного конфликта интересов.

Введение

Проблема противодействия насильственным нападениям на учебные заведения в последнее время стала остроактуальной. Если ранее такие случаи имели место преимущественно в образовательных учреждениях США, то сейчас они происходят по всему миру, включая также страны Европы и Россию [1; 2; 3; 4; 5]. Травля, издевательства и насилие имеют место во многих школах и играют немалую роль в жизни многих школьных стрелков.

Издевательства — это широко распространенная проблема, которая затрагивает в школах детей и молодежь, выступающих в качестве преступников, жертв и свидетелей. В ходе исследования, проведенного в 2023 году Национальной медицинской библиотекой США, изучалось издевательство над 1025 студентами на уровне колледжа со стороны студентов и преподавателей. Было обнаружено, что из 1025 студентов бакалавриата 24,7 % время от времени запугивают других студентов, 2,8 % делают это очень часто.

Издательствам со стороны учителей подвергаются 4,2 % учащихся время от времени, а 5 % — очень часто. При этом 3,2 % студентов время от времени издевались над другими студентами, а 1,9 % — очень часто. А 49 % детей в 4—12 классах хотя бы один раз подвергались издевательствам со стороны других учеников [6].

Влияние острых и хронических психотравмирующих факторов в детском и подростковом возрасте, таких как педагогическое насилие, буллинг, виктимизация, свидетельства и подверженность убийству с применением огнестрельного оружия в школах, могут вызвать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) как у жертв, так и у свидетелей драмы [7; 8].

Скулшутинг (англ. school shooting) — совершение массовых убийств учащихся и персонала образовательных организаций, которые проводятся учащимися или посторонними лицами, проникшими в школу с оружием [2]. Поскольку не существует единого определения того, что квалифицируется как школьная стрельба, А.Ю. Карпова, Н.Г. Максимова предлагают следующую интерпретацию: «скулшутинг — это планирование, организация, совершение вооруженного нападения в/на территории образовательного учреждения (любого уровня) одним или несколькими учащимися с целью массового убийства». Авторы считают, что для большинства злоумышленников социальные связи в режиме онлайн или офлайн играют критически важную роль в принятии решения в практической поддержке и организационной подготовке к совершению преступления. Но именно такие широкие контакты в онлайн-среде, по мнению авторов, делают их доступными для обнаружения и открывают значительные возможности для предотвращения инцидентов [9].

По данным Борисовой Л. Ф., скулшутинг проявляется как негативный вид социального поведения, нарушающего нормы уголовного законодательства [2].

По данным Ленжина Л. В., после каждого подобного случая возникает вопрос о том, можно ли определить нападающих до трагедии и по каким признакам? Современные исследования, проведенные Собчик Л. Н., Спасенниковым Б. А., показали, что агрессивность, ее направленность и степень выраженности выявляются с помощью психодиагностических методов. А тест Стандартизованного многофакторного метода исследования личности (СМИЛ) позволяет дифференцировать общественно опасный уровень агрессивности потенциального убийцы, грабителя, различать хулиганскую импульсивность или подростковую гиперактивность, имеющие различную общественную опасность [10; 11].

Учитывая, что случаи стрельбы в школах, как правило, редки, и многие преступники погибают во время своих преступлений, доступность школьных стрелков для проведения исследований явно ограничена. Неудивительно, что первоначальные профили школьных стрелков, возможно, имели ограниченную ценность. Хотя число случаев стрельбы в школах, особенно со стороны несовершеннолетних, сократилось, появились некоторые данные, проясняющие психологические элементы инцидентов со стрельбой в школах [12].

В своей монографии «Почему дети убивают. Что происходит в голове у школьного стрелка» Р. Langman выделяет три группы, к которым чаще всего относятся школьные стрелки:

1. Психопатическая личность, основной аномалией является недоразвитие высших нравственных чувств (эмоциональная тупость). Несмотря на то, что психопатия не входит в перечень официальных психиатрических диагнозов, она рассматривается как вариант антисоциального/диссоциального расстройства личности.

2. Психотическая личность, т. е. не вполне осознающая реальность (шизотипическое расстройство личности, шизофрения).

3. Психологически травмированная личность, испытывавшая различные виды жестокого обращения, хронического стресса и травм (часто из бедных и неблагополучных семей) [9].

Еще более определенно высказывается Pies R. W., согласно которому большинство стрелков находятся где-то между преходящим, связанным со стрессом, эмоциональным потрясением и психическим заболеванием, т. е. характеризуются стойким эмоциональным расстройством, которое хотя «нельзя считать проявлением психического здоровья, но оно также не соответствует обычному пониманию «серьезного психического заболевания». Отсюда следует, что большинство массовых убийц не попадают в категорию явных психических заболеваний или расстройств [13].

Проведенный Глебовым В. В. и соавт. комплексный анализ литературы по проблеме вооруженных нападений на учебные заведения позволяет предположить, что данный феномен является самостоятельным психосоциальным явлением. Ими создан гипотетический портрет «школьных стрелков» и формирующий комплекс социальных и личностно-типологических индикаторов личности «стрелка». К ним относятся: социальная изоляция;

отсутствие у личности способности справляться с жизненными трудностями, такими, как провалы в учебе, конфликты в учебных заведениях и семье; слабая интегрированность в систему социальных связей как в школе, так и вне ее; снижение самооценки и проблемы идентичности, в частности гендерной [14].

По данным United States Secret Service and United States Department of Education, не существует простого объяснения того, почему произошли эти вооруженные нападения. Также не существует простое решение, чтобы остановить эту проблему. Но результаты Инициативы по безопасной школе действительно позволяют предположить, что некоторые будущие нападения можно предотвратить, если те, кто отвечает за безопасность в школах, будут знать какие вопросы задавать и где найти информацию, которая может помочь в попытках вмешаться, прежде чем произойдет нападение на школу [15].

По данным Matthew R. Hasset, Bitna Kim и Jung Hyun So, контроль над огнестрельным оружием — это очень обсуждаемая и вызывающая разногласия социальная проблема. В данной статье авторы попытались проанализировать ряд работ, в которых рассматривают вопросы о причинах вооруженных нападений в учебных заведениях и о том, какие меры и методы обеспечения безопасности применяются на уровне школ [16].

Jun Sung Hong и Dorothy L. Espelage в своей работе рассмотрели вопросы убийства школьников с применением огнестрельного оружия и представления о безопасности в американских школах [17].

Antony A. Peguero, Lisa Yost, Melissa Ripepi и Kecia Johnson показали, что между городскими, пригородными и сельскими поселениями существуют значительные различия как в опыте школьного насилия, так и в ресурсах, выделяемых на защиту школ от насилия. Они выявили взаимосвязь между оружием в школе (например, владение оружием и нападение с применением оружия), школьной политикой и практикой безопасности в разных школах [18].

Ilaria Stewart и др. считают, что, насильственная смерть, связанная со школой (SAVD — School-Associated Violent Death), имеет широкомасштабные последствия для безопасности школ, качества образования, общественного здравоохранения, политики и многого другого. В целом, они обнаружили, что академическое внимание и продуктивность, связанные с SAVD, не сосредоточены на наиболее распространенном подтипе — убийствах с одной жертвой, происходящих в городских и государственных школах, а сосредоточена на гораздо менее частых, но более заметных «массовых» убийствах с участием нескольких жертв [19].

Megan Docherty, Gary Sweeten, Tileia Craig и др. выявили факторы риска ношения пистолета подростками в школу. В своем исследовании они изучили данные опросов 122 840 учащихся 8, 10 и 12 классов из 426 школ. Ежегодно от 0,5 % до 0,8 % учащихся сообщали, что в учебном году они приходили в школу с пистолетом. А в половине школ — хотя бы один учащийся приносил в школу пистолет. Результаты модели полиномиальной логистической регрессии показали, что молодые люди, которые носят пистолет в школу, обычно неотличимы от тех, кто не носит с собой пистолет. Оба вида ношения можно объяснить факторами риска, связанными с преступным образом жизни, дифференциальными ассоциациями и теориями страха перед виктимизацией. Анализ полученных данных показал, что программы, направленные на сокращение ношения оружия в целом, могут повлиять на ношение оружия в школу [20].

Joshua D. Freilich и др. провели анализ литературы и выявили 652 случая стрельбы в школах США. Эти стрельбы включали 473 преднамеренных стрельбы (в том числе 354 стрельбы по известным преступникам и 119 стрельбы по неизвестным преступникам), 102 стрельбы только суицидами, 73 случайных выстрела и 4 стрельбы, оправданной с юридической точки зрения. Большинство школьных перестрелок совершалось за пределами школьного здания (например, в школьном дворе), лицами, не являющимися учащимися, во внеучебное время и иногда было мотивировано нешкольными проблемами, такими как групповые ссоры. Почти 56 % преднамеренных расстрелов не привели к гибели людей, а случаи массовых убийств были исключением. Никакой четкой временной тенденции не выявлено. Важно отметить, что пропорционально больше несовершеннолетних правонарушителей совершили стрельбу со смертельным исходом [21].

Amanda B. Nickerson, Shannon Schiesler, Reena D. Aiden и др. исследовали 216 пар мать-ребенок. Полученные результаты подтвердили путь развития психотравмирующего поведения от ранних невзгод (пренатальное действие психоактивных веществ) к агрессии в детском саду, издевательствам и установкам применения огнестрельного оружия в подростковом возрасте [22].

Juvonen J. и др. в статье обобщили результаты эмпирической литературы, включая метаанализ, для доказательства эффективности подходов к предотвращению издевательств и вмешательству с вниманием к уровням развития (дошкольный, начальная школа, средняя школа, старшая школа). Авторы описали подходы и их доказательства с использованием многоуровневой структуры всеобщей профилактики и более целенаправленной и указанной профилактики для ролей в издевательствах (преступники, жертвы, свидетели). Так же они подробно раскрыли роль школьных специалистов по охране психического здоровья детей и подростков и предотвращению издевательств в образовательном пространстве [23].

Работа Lindsay Kale Semprevivo, Laura E. Agnich и Anthony A. Peguero свидетельствует о том, что в последние годы в социальной, образовательной и государственной политике все больше внимания уделяется изучению корреляции между ношением оружия молодежью в повседневной жизни и в школах. По мнению авторов, виктимизация и другие причины, такие как употребление наркотиков и агрессивное рискованное поведение среди молодежи, были связаны с девиантным поведением, включая ношение оружия. Кроме того, они также показали, что состояние психического здоровья, особенно депрессия и суицидальные мысли, являются важными предикторами ношения оружия [24].

Nathan E. Kruis и др. провели опрос 522 городских жителей и 238 студентов колледжей по ношению оружия студентами, преподавателями и сотрудниками. Результаты показали, что незначительное большинство участников обеих выборок считали, что вооруженный персонал и вооруженные преподаватели смогут нейтрализовать угрозу, возникшую в студенческом городке. Однако обе выборки не были уверены в способностях вооруженных студентов нейтрализовать угрозу [25].

Jacqueline Shieldkraut, Amanda B. Nickerson и др. рассматривали вопросы о тренировках учителей и школьников в случае вооруженного нападения на школу. Исследование показало, что учащиеся думают о своей безопасности и готовности к своей защите после прохождения учебной подготовки и нескольких тренировок по изоляции [26].

Однако до настоящего времени влияние тренировок по изоляции на учащихся остается в значительной степени недостаточно изученным. Несмотря на их цель подготовить учеников, вместе с учителями и школьным персоналом, к таким ситуациям, как стрельба в школах, авторы поднимают вопросы о том, достигают ли такие практики желаемого результата или вместо этого вызывают страх и тревогу.

John Garrett Tanner и William L. Kelemen оценили восприятие учащимися колледжей безопасности, связанной со скрытым ношением огнестрельного оружия на территории учебного заведения. По их мнению, принятие закона о скрытом ношении может значительно повысить предполагаемую вероятность насилия с применением оружия в учебном заведении [27].

Timothy McCuddy и соавт. показали, что вооружение учителей остается предметом разногласий в Соединенных Штатах. При том, что одной из целей этой политики является улучшение восприятия безопасности, важно понимать, как вооружение учителей влияет на учащихся. Авторы обнаружили, что предполагаемый риск виктимизации снижает чувство безопасности, если учителя вооружены. Они пришли к выводу, что вооружение учителей может свести на нет усилия помочь ученикам чувствовать себя в безопасности в школе, увеличивая страх среди тех, кто пережил опыт виктимизации [28].

Verrecchia P.J. и Nicole Hendricks в своем исследовании провели опрос преподавателей университетов и колледжей, чтобы выяснить их отношение к преподавателям и студентам, скрытно носящим огнестрельное оружие в своих университетских городках. Анализ полученных данных показал, что преподаватели, владеющие оружием и политически консервативные, выступали за скрытое ношение оружия студентами и преподавателями, в то время как либеральные преподаватели, не являющиеся владельцами оружия, выступали против ношения оружия в учебном заведении [29].

Ankie T.A. Menting с соавт. провели метааналитический обзор 50 исследований с 4 745 участниками (2 472 в группах вмешательства и 2 273 в группах сравнения). Авторы выявили, что для молодежи среднего возраста, детского и раннего подросткового возраста когнитивно-поведенческая терапия, направленная на развитие навыков решения социальных проблем и управления гневом, может снизить агрессию и улучшить социальную компетентность [30].

Ввиду участвовавших случаев массовой гибели, учащихся средних образовательных школ и студентов средне-специальных и высших учебных заведений в результате преступлений с использованием огнестрельного оружия психологическое сообщество, в рамках 15-го Санкт-Петербургского саммита психологов, прошедшего в 2021 году, внесло

предложения по их профилактике. Данные предложения включают разработку и внедрение в каждой школе четких, единых, обязательных к использованию для детей и сотрудников образовательного учреждения алгоритмов — куда необходимо обратиться в случае появления информации о планируемом вооруженном нападении [31].

Заключение

Учитывая появление случаев применения в школах оружия против детей и учителей, необходимо изучение данного явления с целью его профилактики, диагностики проявления посттравматического стрессового расстройства у обучающихся, а также реабилитации и длительного наблюдения за их адаптацией в школьных коллективах.

Список источников

1. Бостанова Л.Ш., Бостанова С.Н. Теоретический анализ проблемы посттравматического расстройства личности // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 10. – С. 363–369.
2. Борисова Н.Ф. Скулшутинг – новая криминальная угроза обществу // Российский правовой журнал. – 2021. – № 1 (6). – С. 125–129.
3. Мосечкин И.Н. Виктимологические аспекты противодействия вооруженным нападениям на учебные заведения (school shooting) // Виктимология. – 2019. – № 1 (19). – С. 46–53.
4. Портнова А.А. Психические нарушения у детей и подростков при чрезвычайных ситуациях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2007. – 40 с.
5. Curran F.C., Fisher B.W., Viano S.L. Mass school shootings and the short-run impacts on use of school security measures and practices: National evidence from the Columbine tragedy // Journal of School Violence. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 6–19. doi: 10.1080/15388220.2019.1703713
6. 32 Shocking bullying statistics that will capture public attention in 2023. – URL: <https://whattobecome.com/blog/bullying-statistics/> (accessed 20 April 2024).
7. Кекелидзе З.И., Портнова А.А. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2002. – Т. 102, № 12. – С. 56–62.
8. Протопопова Е.Г., Казенная Е.В. Нападения на учебные заведения: феномен «скулшутинг» и психологические аспекты безопасности образовательной среды // Образование личности. – 2019. – № 1. – С. 12–19.
9. Карпова А.Ю., Максимова Н.Г. Скулшутинг в России: что имеет значение? // Власть. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 93–108. doi: 10.31171/vlast.v29i1.7920
10. Лежнина Л.В. Смертельные уроки: что мы знаем о школьных стрелках // Общение в эпоху конвергенции технологий: сб. науч. тр. – М.: Психологический институт Российской академии образования, 2022. – Т. 1. – С. 469–471. doi: 10.24412/ci-36917-2022-469-471
11. Собчик Л.Н., Спасенников Б.А., Кулакова С.В. Криминологические аспекты агрессивности // Психология и право. – 2022. – Т. 12, № 1. – С. 209–225. doi: 10.17759/psylaw.2022120116
12. Ferguson C.J., Coulson M., Barnett J. Psychological profiles of school shooters: positive directions and one big wrong turn // Journal of Police Crisis Negotiations. – 2011. – Vol. 11, no. 2. – P. 141–158. doi: 10.1080/15332586.2011.581523
13. Pies R.W. Mass Shooters and the Psychopathology Spectrum. – 2020. – URL: <https://www.psychiatristimes.com/view/mass-shooters-and-psychopathology-spectrum> (accessed 20 April 2024).
14. Глебов В.В., Шевцов В.В., Ефремова Д.Н. Вооруженные нападения на образовательные учреждения: социально-психологические и информационные проблемы безопасности образовательной среды в России и за рубежом // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2023. – № 1. – С. 87–99. doi: 10.25016/2541-7487-2023-0-1-87-99
15. United States Secret Service and United States Department of Education. The final report and findings of the Safe School Initiative: Implications for the prevention of school attacks in the United States. – 2002. – URL: <http://www.secretservice.gov/ntac/ssifinalreport.pdf> (accessed 20 April 2024).
16. Hassett M.R., Kim B., Seo C. Attitudes toward concealed carry of firearms on campus: A systematic review of the literature // Journal of School Violence. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 48–61. doi: 10.1080/15388220.2019.1703717

17. Hong J.S., Espelage D.L. An Introduction to the Special Issue: Firearms Homicide and Perceptions of Safety in American Schools Post-Columbine // Journal of School Violence. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 1–5. doi: 10.1080/15388220.2019.1703721
18. Weapons in school: exploring the meaning of place / A.A., Peguero L. Yost, M. Ripepi [et al.] // Journal of School Violence. – 2019. – Vol. 19, no. 1. – P. 77–92. doi: 10.1080/15388220.2019.1703719
19. Stewart I., Wertz J., Jen H. Violent school deaths in the United States: A comprehensive review of the literature // Journal of School Violence. – 2022. – Vol. 21, no. 4. – P. 355–380. doi: 10.1080/15388220.2022.2105855
20. Prevalence and risk factors associated with carrying a gun to school during adolescence: A statewide study of middle and high school students / M. Docherty, G. Sweeten, T. Craig [et al.] // Journal of School Violence. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 35–47. doi: 10.1080/15388220.2019.1703718
21. Using Open-source data to better understand and respond to american school shootings: Introducing and exploring the american school shooting study (TASSS) / J.D. Freilich, S.M. Chermak, N.M. Connell [et al.] // Journal of School Violence. – 2022. – Vol. 21, no. 2. – P. 93–118. doi: 10.1080/15388220.2021.1991804
22. A longitudinal study of gun violence attitudes: Role of childhood aggression and exposure to violence, and early adolescent bullying perpetration and victimization / A.B. Nickerson, S. Shisler, R.D. Eiden [et al.] // Journal of School Violence. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 62–76. doi: 10.1080/15388220.2019.1703716
23. Juvonen J., Graham S. Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims // The Annual Review of Psychology. – 2014. – Vol. 65. – P. 159–185. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115030
24. Semprevivo L.K., Agnich L.E., Peguero A.A. Is victimization related to carrying a weapon? Study of the intersection of gender and race/ethnicity // Journal of School Violence. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 20–34. doi: 10.1080/15388220.2019.1703714
25. Who should carry guns on campus? Assessing variations in support for campus carry across campus community membership status / N.E. Kruis, K. McLean, B. Rakhmatullaev [et al.] // Journal of School Violence. – 2022. – Vol. 21, no. 3. – P. 266–280. doi: 10.1080/15388220.2022.2081854
26. Schildkraut J., Nickerson A.B., Ristoff T. Locks, lights, out of sight: Assessing students' perceptions of emergency preparedness across multiple lockdown drills // Journal of School Violence. – 2020. – Vol. 19, no. 1. – P. 93–106. doi: 10.1080/15388220.2019.1703720
27. Tanner J.G., Kelemen W.L. College Students' Perceptions of Campus Safety Before and After Concealed Carry // Journal of School Violence. – 2023. – Vol. 22, no. 2. – P. 246–259. doi: 10.1080/15388220.2023.2175362
28. McCuddy T., Shamserad F., Esbensen F.A. Arming teachers as a response to school violence: using a risk assessment model to understand student perceptions // Journal of School Violence. – 2023. – Vol. 22, no. 1. – P. 61–74. doi: 10.1080/15388220.2022.2132505
29. Verrecchia P.J., Hendrix N. College and university faculty perceptions towards carrying concealed firearms on campus // International Journal of Criminology and Sociology. – 2017. – Vol. 6. – P. 205–214. doi: 10.6000/1929-4409.2017.06.22
30. Menting A.T.A., Orobio de Castro B., Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review // Clinical Psychology Review. – 2013. – Vol. 33, no. 8. – P. 901–913. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.006
31. Кий Н.М. Как избежать вооруженных нападений в учебных заведениях? [Электронный ресурс] // Психологическая газета. 21 сентября 2021. – URL: <https://psy.su/feed/9329/> (дата обращения: 22.12.2023).

References

1. Bostanova L.Sh., Bostanova S.N. Teoreticheskii analiz problemy posttravma-ticheskogo rasstroistva lichnosti. Uchenye zapiski universiteta imeni P. F. Lesgafta, 2018, no. 10, pp. 363–369. (In Russ.).
2. Borisova N.F. Skulshuting – novaya kriminal'naya ugroza obshchestvu. Rossiiskii pravovoi zhurnal, 2021, no. 1, pp. 125–129. (In Russ.).
3. Mosechkin I.N. Viktimologicheskie aspekty protivodeistviya vooruzhennym napadeniyam na uchebnye zavedeniya (school-shooting). Viktimologiya – Victimology, 2019, no. 1, pp. 46–53. (In Russ.).

4. Portnova A.A. Psikhicheskie narusheniya u detei i podrostkov pri chrezvychainykh situatsiyakh. Avtoref. dis. d-ra med. nauk [Mental disorders in children and adolescents in emergency situations. Dr. med. sci. diss.]. Moscow, 2007. 40 p.
5. Curran F.C., Fisher B.W., Viano S.L. Mass school shootings and the short-run impacts on use of school security measures and practices: National evidence from the Columbine tragedy. *Journal of School Violence*, 2020, vol. 19, no. 1, pp. 6–19. doi: 10.1080/15388220.2019.1703713
6. 32 Shocking bullying statistics that will capture public attention in 2023. Available at: <https://whattobecome.com/blog/bullying-statistics/> (accessed 20 April 2024).
7. Kekelidze Z.I., Portnova A.A. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. C. C. Korsakova – S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*, 2002, vol. 102, no. 12, pp. 56–62. (In Russ.).
8. Protopopova E.G., Kazennaya E.V. Napadeniya na uchebnye zavedeniya: fenomen "skulshuting" i psikhologicheskie aspekty bezopasnosti obrazovatel'noi sredy. *Obrazovanie lichnosti*, 2019, no. 1, pp. 12–19. (In Russ.).
9. Karpova A.Yu., Maksimova N.G. School scooting in Russia: what matters? *Vlast'*, 2021, vol. 29, no. 1, pp. 93–108. (In Russ.). doi: 10.31171/vlast.v29i1.7920
10. Lezhnina L.V. Deadly lessons: what we know about school shooters. In: *Obshchenie v epokhu konvergentsii tekhnologii [Communication in the era of technology convergence]*. Moscow, Psikhologicheskii institut Rossiiskoi akademii obrazovaniya Publ., 2022, vol. 1, pp. 469–471. (In Russ.). doi: 10.24412/cl-36917-2022-469-471
11. Sobchik L.N., Spasennikov B.A., Kulakova S.V. Criminological Aspects of Aggression. *Psikhologiya i pravo – Psychology and Law*, 2022, vol. 12, no. 1, pp. 209–225. (In Russ.). doi: 10.17759/psylaw.2022120116
12. Ferguson C.J., Coulson M., Barnett J. Psychological profiles of school shooters: positive directions and one big wrong turn. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 2011, vol. 11, no. 2, pp. 141–158. doi: 10.1080/15332586.2011.581523
13. Pies R.W. Mass Shooters and the Psychopathology Spectrum, 2020. Available at: <https://www.psychiatrytimes.com/view/mass-shooters-and-psychopathology-spectrum> (accessed 20 April 2024).
14. Glebov V.V., Shevtsov V.V., Efremova D.N. Armed attacks in educational institutions: social, psychological and informational problems of education security in Russia and abroad. *Mediko-biologicheskie i sotsial'no-psikhologicheskie problemy bezopasnosti v chrezvychainykh situatsiyakh – Medico-Biological and Socio-Psychological Problems of Safety in Emergency Situations*, 2023, no. 1, pp. 87–99. (In Russ.). doi: 10.25016/2541-7487-2023-0-1-87-99
15. United States Secret Service and United States Department of Education. The final report and findings of the Safe School Initiative: Implications for the prevention of school attacks in the United States, 2002. Available at: <http://www.secretservice.gov/ntac/ssifinalreport.pdf> (accessed 20 April 2024).
16. Hassett M.R., Kim B., Seo C. Attitudes toward concealed carry of firearms on campus: A systematic review of the literature. *Journal of School Violence*, 2020, vol. 19, no. 1, pp. 48–61. doi: 10.1080/15388220.2019.1703717
17. Hong J.S., Espelage D.L. An Introduction to the Special Issue: Firearms Homicide and Perceptions of Safety in American Schools Post-Columbine. *Journal of School Violence*, 2020, vol. 19, no. 1, pp. 1–5. doi: 10.1080/15388220.2019.1703721
18. Peguero A.A., Yost L., Ripepi M., Johnson K. Weapons in school: exploring the meaning of place. *Journal of School Violence*, 2019, vol. 19, no. 1, pp. 77–92. doi: 10.1080/15388220.2019.1703719
19. Stewart I., Wertz J., Jen H. Violent school deaths in the United States: A comprehensive review of the literature. *Journal of School Violence*, 2022, vol. 21, no. 4, pp. 355–380. doi: 10.1080/15388220.2022.2105855
20. Docherty M., Sweeten G., Craig T., Yang V.J.H., Decrop R., Beardslee J., et al. Prevalence and risk factors associated with carrying a gun to school during adolescence: A statewide study of middle and high school students. *Journal of School Violence*, 2020, vol. 19, no. 1, pp. 35–47. doi: 10.1080/15388220.2019.1703718
21. Freilich J.D., Chermak S.M., Connell N.M., Klein B.R., Greene-Colozzi E.A. Using Open-source data to better understand and respond to american school shootings: Introducing and exploring the american school shooting study (TASSS). *Journal of School Violence*, 2022, vol. 21, no. 2, pp. 93–118. doi: 10.1080/15388220.2021.1991804

22. Nickerson A.B., Shisler S., Eiden R.D., Ostrov J.M., Schuetze P., Godleski S.A., et al. A longitudinal study of gun violence attitudes: Role of childhood aggression and exposure to violence, and early adolescent bullying perpetration and victimization. *Journal of School Violence*, 2020, vol. 19, no. 1, pp. 62–76. doi: 10.1080/15388220.2019.1703716
23. Juvonen J., Graham S. Bullying in schools: the power of bullies and the plight of victims. *The Annual Review of Psychology*, 2014, vol. 65, pp. 159–185. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115030
24. Semprevivo L.K., Agnich L.E., Peguero A.A. Is victimization related to carrying a weapon? Study of the intersection of gender and race/ethnicity. *Journal of School Violence*, 2020, vol. 19, no. 1, pp. 20–34. doi: 10.1080/15388220.2019.1703714
25. Kruis N.E., McLean K., Rakhmatullaev B., Bish D. Who should carry guns on campus? Assessing variations in support for campus carry across campus community membership status. *Journal of School Violence*, 2022, vol. 21, no. 3, pp. 266–280. doi: 10.1080/15388220.2022.2081854
26. Schildkraut J., Nickerson A.B., Ristoff T. Locks, lights, out of sight: Assessing students' perceptions of emergency preparedness across multiple lockdown drills. *Journal of School Violence*, 2020, vol. 19, no. 1, pp. 93–106. doi: 10.1080/15388220.2019.1703720
27. Tanner J.G., Kelemen W.L. College Students' Perceptions of Campus Safety Before and After Concealed Carry. *Journal of School Violence*, 2023, vol. 22, no. 2, pp. 246–259. doi: 10.1080/15388220.2023.2175362
28. McCuddy T., Shamserad F., Esbensen F.A. Arming teachers as a response to school violence: using a risk assessment model to understand student perceptions. *Journal of School Violence*, 2023, vol. 22, no. 1, pp. 61–74. doi: 10.1080/15388220.2022.2132505
29. Verrecchia P.J., Hendrix N. College and university faculty perceptions towards carrying concealed firearms on campus. *International Journal of Criminology and Sociology*, 2017, vol. 6, pp. 205–214. doi: 10.6000/1929-4409.2017.06.22
30. Menting A.T.A., Orobio de Castro B., Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2013, vol. 33, no. 8, pp. 901–913. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.006
31. Kii N.M. Kak izbezhat' vooruzhennykh napadenii v uchebnykh zavedeniyakh? *Psikhologicheskaya gazeta*, 21 sentyabrya 2021. (In Russ.). Available at: <https://psy.su/feed/9329/> (accessed 22 December 2023).

A review of modern research on the use of weapons by adolescents in the educational environment

Ganuzin V.M.1

E-mail: vganuzin@rambler.ru

ORCID ID: 0000-0002-7436-6182

1 Yaroslavl State Medical University

5 Revolyutsionnaya str., Yaroslavl, 150000, Russia

Phone: +7 (4852) 30-56-41

Abstract. The article shows the influence of acute and chronic traumatic factors in childhood on the occurrence of bullying, victimization, and deviant behavior in adolescents. A review of scientific works on the causes of armed attacks in educational institutions and what security measures and methods are used at the school level is analyzed. An analysis of the causes and characteristics of cases of attacks on students and teachers in educational institutions in the USA and Russia is given. The main factors that play a role in the preparation of attacks and the implementation of the acts of aggression themselves are indicated. From the point of view of psychology and pedagogy, the personality traits of the attackers and the role of mental disorders in the formation of aggressive behavior and planned acts of aggression are described. It is proposed to unite the efforts of specialists from different fields in order to track information and take preventive measures to prevent armed attacks in educational institutions.

Keywords: school climate, bullying, victimization, psychotraumatic factors, armed attack on educational institutions

Financing. The study did not have financial support.

Conflict of interests. The authors declare no potential or apparent conflict of interest.

For citation

Ganuzin V.M. A review of modern research on the use of weapons by adolescents in the educational environment. Med. psihol. Ross., 2023, vol. 15, no. 3, p. 6. (In Russ.). Available at: <http://mprj.ru>

Дата принятия 01.08.2023

Accepted for publication 01.08.2023 for all articles № 3(80) 2023