

Омский психиатрический журнал

3 (26) 2020



Omsk Journal of Psychiatry

**3[26]
2020**

**ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
Эл № ФС77-58937
от 5 августа 2014 г.

Интернет-ресурс
[http://omskoop.ru
/opj/index.shtml](http://omskoop.ru/opj/index.shtml)

E-mail: pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и
иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице
размещена репродукция
картины

Felix Nussbaum
The Dance of the Skeletons.
1944

Омский психиатрический журнал

Omsk Journal of Psychiatry

Научно-практическое сетевое издание

Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования (РИНЦ)

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

Четвериков Д.В., д.пс.н., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Васильченко К.Ф., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Федотов И.А., к.м.н.
Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова (Рязань)
Антилогова Л.Н., д.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)
Крахмалева О.Е., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Одарченко С.С., д.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Петрова Н.Н., д.м.н.
Санкт-Петербургский государственный университет (Санкт-Петербург)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Стаценко О.А., к.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Иванова Т.И., д.м.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Малютина Т.В., к.пс.н.
Омский государственный медицинский университет (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

Содержание / Contents

Колонка редактора	2	Editor's column
Клиника психических расстройств		Clinic for Mental Disorders
<i>А.Н. Лубеницкая, Т.И. Иванова</i>	3	<i>A.N.Lubenitskaya, T.I. Ivanova</i>
Биопсихосоциальные основы индивидуальных различий боли (обзор литературы)		Biopsychosocial basis of individual differences in pain: a systematic review
Социальные аспекты психиатрии		Social aspects of psychiatry
<i>И.Ю. Милоненко</i>	16	<i>I.Yu. Milonenko</i>
Особенности трудоустройства лиц с психическими расстройствами		Features of employment of persons with mental disorders
<i>Н.В. Александрова, А.М. Белкина</i>	20	<i>N.V.Aleksandrova, A.M. Belkina</i>
Психиатрические знания специалистов, сопровождающих детей: уровень, потребности и социальные заблуждения		Psychiatric knowledge of professionals, accompanying children: level, needs and social misconceptions
Клиническая психология		Clinical psychology
<i>И.Г. Цускман, Е.Д. Сергеева, Т.В. Мalyutina</i>	24	<i>I.G. Tsuskman, E.D. Sergeeva, T.V. Malyutina</i>
Волонтерская деятельность как средство формирования профессионально важных качеств у студентов вуза		Volunteer activity as a means of forming professionally important qualities in university students

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

На фоне стремительного распространения пандемии коронавирусной инфекции на все большее число стран мира, люди начинают испытывать повышенный страх, волнение и беспокойство. Это касается как населения в целом, так и отдельных групп граждан, например лиц старшего возраста, поставщиков услуг здравоохранения и лиц с сопутствующими нарушениями здоровья.

По данным нового обследования ВОЗ, пандемия COVID-19 нарушила или остановила оказание важнейших услуг в области психического здоровья в 93% стран мира, при том что спрос на услуги в этой области растет. Исследование, проведенное в 130 странах, позволило получить первые глобальные данные, свидетельствующие о разрушительном воздействии COVID-19 на доступ к услугам в области психического здоровья, и подчеркнуло настоятельную необходимость увеличения объема финансирования.

Ранее ВОЗ уже привлекала внимание к хронической нехватке средств на цели охраны психического здоровья – до пандемии страны расходовали на охрану психического здоровья менее 2% своих национальных бюджетов здравоохранения и испытывали трудности в удовлетворении потребностей своего населения.

«Хорошее психическое здоровье имеет основополагающее значение для общего здоровья и благополучия, – заявил Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения д-р Тедрос Адханом Гебрейесус. – COVID-19 привел к сбоям в оказании основных услуг в области психического здоровья во всем мире как раз тогда, когда они были крайне необходимы. Мировые лидеры должны действовать быстро и решительно, с тем чтобы вкладывать больше средств в жизненно важные программы охраны психического здоровья как во время пандемии, так и в последующий период».

Омское общество психиатров наряду с другими специалистами системы здравоохранения также оказались на передовой борьбы с коронавирусной инфекцией. В прошлом номере журнала мы опубликовали ряд работ, посвященных этой проблеме. За прошедшее время мы приобрели уникальный клинический опыт в лечении психических расстройств, коморбидных коронавирусной инфекции. В будущих номерах журнала мы планируем поделиться своим опытом.

Открывает текущий выпуск статья сотрудников кафедры психиатрии Омского медицинского университета, посвященная биопсихосоциальным основам индивидуальных различий боли (обзор литературы). Чувство боли характеризуется огромной индивидуальной из-

менчивостью. Множество факторов способствуют этим различиям, включая генетические, биологические и психосоциальные аспекты, которые взаимодействуют друг с другом. Понимание индивидуальных различий и их взаимосвязей, способствующих развитию и сохранению болевых синдромов, имеет решающее значение для эффективной диагностики, оценки боли и управления ею, что может послужить основой для индивидуального обезболивания, соответствующего потребностям каждого пациента.

Две статьи настоящего выпуска журнала посвящены социальным аспектам психиатрии. В работе, раскрывающей особенности трудоустройства лиц с психическими расстройствами И.Ю. Милоненко приведено эмпирическое исследование пациентов методом опроса на базе КПБ им. Н.Н. Солодниковой. Показаны особенности при трудоустройстве лиц с психическими заболеваниями. В результате выявлены такие проблемы, как страх пациентов перед собеседованием, негативное отношение потенциальных работодателей, отсутствие адаптированных условий труда.

В следующей статье рассмотрена комплексная природа сопровождения детей, страдающих психическими расстройствами. Проведено исследование среди специалистов, работающих с детьми, методом анкетирования, результаты которого показывают недостаточную осведомленность педагогов в области психиатрической природы ряда проблем в учебно-воспитательном процессе. Указаны распространенные социальные предрассудки и заблуждения относительно природы психических расстройств у детей и возможностей их решения клиническим путем. Авторы делают вывод, что получение специалистами, работающими с детьми, знаний по детской психиатрии и регламентирующему этот процесс законодательству в разных форматах позволит повысить качество профессионального сопровождения детей в разных сферах.

Завершает выпуск статья наших коллег с кафедры психологии Омского медицинского университета. В ней рассматривается организация волонтерского движения в вузе. Волонтерская деятельность представлена как средство формирования профессионально важных качеств студентов университета. Определяется значимость привлечения студентов к волонтерской деятельности и представлен анализ результатов внедрения добровольческого студенческого проекта «Мы вместе».

**Правление Омского общества психиатров.
Редакционная коллегия.**

Клиника психических расстройств

УДК: 616.89

Для цитирования: Лубеницкая А.Н., Иванова Т.И. Биопсихосоциальные основы индивидуальных различий боли (обзор литературы). Омский психиатрический журнал. 2020; 3 (26): 3-15; doi: 10.24411/2412-8805-2020-10301

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ БОЛИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

А.Н. Лубеницкая^{1,2}, Т.И. Иванова^{1,2}¹ БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой»² ГБОУ ВПО Омский государственный медицинский университет Минздрава России

lubenitskaya.a@gmail.com

Аннотация

Чувство боли характеризуется огромной индивидуальной изменчивостью. Множество факторов способствуют этим различиям, включая генетические, биологические и психосоциальные аспекты, которые взаимодействуют друг с другом. Понимание индивидуальных различий и их взаимосвязей, способствующих развитию и сохранению болевых синдромов, имеет решающее значение для эффективной диагностики, оценки боли и управления ею, что может послужить основой для индивидуального обезболивания, соответствующего потребностям каждого пациента.

Ключевые слова: теории боли, ноцицепция, антиноцицепция, морфологические основы, хроническая боль, болевая чувствительность, раса, возраст, гендер, гормоны, синдром хронической тазовой боли, СХТБ, социальные факторы, психологические факторы, стресс, копинг-стратегии, тревога, депрессия

BIOPSYCHOSOCIAL BASIS OF INDIVIDUAL DIFFERENCES IN PAIN: A SYSTEMATIC REVIEW

A.N. Lubenitskaya, T.I. Ivanova

Abstract. The feeling of pain is characterized by great individual variability. Many factors contribute to these differences, including genetic, biological and psychosocial aspects, which interact with each other. Understanding individual differences and their relationships, promote the development and maintenance of pain syndromes, it is crucial for effective diagnosis, assessment of pain and its management, which could form the basis for individual anesthesia corresponding to each patient's needs.

Keywords: pain theory, nociception, antinociception, morphological substrate, chronic pain, pain sensitivity, race, age, gender, hormones, chronic pelvic pain syndrome, CPPS, social factors, psychological factors, stress, coping strategies, depression, anxiety

ВВЕДЕНИЕ

Концепция боли остается предметом долгих споров с древности и до наших времен. В канонах традиционной китайской медицины считается, что боль является результатом дисбаланса между Инь и Ян. Преобладание Инь приводит к “хану” (холоду), вызывая повреждение “син” (формы вещества), которое в настоящее время известно, как повреждение ткани, что приводит к набуханию, в то время, как преобладание Ян приводит к “ре” (гипертермии), которая вызывает повреждение “ци”, и приводит к боли. Вероятно, это было первое описание симптомов и признаков ноцицептивной и воспалительной боли в медицинской литературе. В западных странах описание впервые появилось в эпосах Гомера “Илиада” и “Одиссея”. [1]

До настоящего времени было предложено несколько теорий боли. Согласно теории интенсивности, боль не является специфическим ощущением, и ее может вызвать любое сверхпороговое воздействие на органы чувств. Теория специфичности предполагает, что существуют особые рецепторы (ноцицепторы), которые активируются любым повреждающим агентом и

имеют селективные связи с конкретными нейронами в проекции позвоночника, ствола и головного мозга. Согласно теории управления воротами, в задних рогах спинного мозга расположен механизм “воротного контроля”, который регулируется балансом активности афферентных волокон большого (А, болевые) и малого (С, тактильные) диаметра. Импульсы, проходящие по С-волокам, могут закрыть “ворота” - болевые ощущения уменьшаются при контрраздражении (растирании, вибрации, разогревании). Также, существует возможность нисходящего контроля: нейроны коры и ствола головного мозга формируют эфферентные пути, которые могут влиять на работу механизма. Наибольшее развитие получили последние две, но следует отметить, что существующие теории пригодны для интерпретации некоторых аспектов боли, но они не могут объяснить все. [1]

Международная ассоциация по изучению боли (IASP) определяет ее, как «неприятный сенсорный и эмоциональный опыт, связанный с фактическим или потенциальным повреждением ткани, или описываемый в терминах такого повреждения». [2]

Согласно биопсихосоциальной модели, боль - это не просто нейрофизиологический процесс, она строится из сложного сочетания афферентного сигнала с информацией, относящейся к прошлому опыту, настоящему времени и будущим последствиям. Таким образом, само ощущение создается мозаикой факторов, уникальной для каждого человека.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Принято разделять боль на несколько компонентов. Перцептуальный передает информацию об интенсивности, продолжительности, качестве ощущения и месте повреждения. Эмоционально-аффективный характеризует боль, как неприятное психоэмоциональное переживание. Вегетативный компонент характеризует реакцию на болевой раздражитель: учащение пульса, колебания артериального давления, расширение зрачка, изменение частоты дыхания и т.д. Двигательный направлен на устранение действия раздражителя. Когнитивно-оценочный компонент позволяет сформировать отношение к ощущению на основании прошлого опыта, контекста, состояния психики и когнитивных способностей, а также связан с регуляцией поведения, связанного с болью.[3]

Боль - это призыв к действию. Подобно голоду, жажде и желанию спать, боль является частью системы выживания, которые в совокупности отвечают за защиту организма.[4] Болевое ощущение служит сигналом о повреждении, вредном воздействии окружающей среды. Однако, в современных реалиях, острая боль часто лишена поведенческих преимуществ, например, испытываемая при медицинских вмешательствах. Кроме того, все большее число людей страдает от боли, которая длится месяцами или годами. [5]

Большинство болевых состояний исчезают при заживлении повреждений, однако, около 20% из них могут сохраняться.[6] Хроническая боль может сопровождать ряд многих заболеваний (артрит, диабет, рак, ВИЧ и т.д.) или быть самостоятельным синдромом, например, при фибромиалгии, мигрени и др. Не имея биологически значимой роли, хроническая боль имеет широкую распространенность и колоссальные последствия. Как показало канадское исследование, она приводит к снижению качества жизни более, чем в 50% случаев; негативно влияет на взаимоотношения с окружающими в 29%; приводит к потере работы или снижению трудоспособности в > 50% случаев, увеличивает уровень депрессии и число суицидов[7], а также может привести к снижению иммунной функции, изменениям в рационе питания, ухудшению когнитивной функции, неадекватным реакциям на стресс и другим долгосрочным негативным эффектам. Более трети людей с хронической болью определяют ее, как сильную, а 40% не удовле-

творены своим лечением [5, 8] Помимо этого, значительными оказываются последствия для общества в целом. Например, в Канаде затраты, связанные с расходами на медицинские услуги, страховку, социальные пособия по поводу хронической боли сравнимы с таковыми при сердечно-сосудистых заболеваниях и онкологии, и вдвое превышают затраты при депрессии, а в США - больше, чем на онкологию и диабет взятые вместе.[7]

Также боль принято разделять по ведущему механизму возникновения.

Ноцигенная боль представляет собой ощущение, связанное с обнаружением рецепторами потенциально опасных для ткани стимулов.[9] Это боль, которая представляет собой физиологическую защитную систему раннего предупреждения, необходимую для обнаружения и минимизации контакта с вредными раздражителями. Врожденная нечувствительность, обусловленная генетически, обычно приводит к самоповреждениям, переломам костей, деформациям суставов, ампутациям и ранней смерти, что подчеркивает важную защитную роль ноцицептивной боли.[9,10]

Воспалительная боль связана с повреждением тканей и инфильтрацией иммунными клетками, что вызывает гиперчувствительность. Данный вид также является адаптивным. Повышая сенсорную чувствительность, эта боль способствует заживлению поврежденной части тела, создавая ситуацию, которая препятствует физическому контакту, движению и дополнительному травмированию.[9]

Патологическая боль - это состояние, вызванное повреждением нервной системы или ее нарушенной функцией.[9] Таким образом, она является не симптомом какого-либо расстройства, а болезненным состоянием нервной системы, которое может возникать после ее повреждения (нейропатическая), а также в условиях, при которых явных нарушений структуры нет (дисфункциональная). Состояния, которые вызывают дисфункциональную боль, включают фибромиалгию, синдром раздраженного кишечника, головную боль напряженного типа, интерстициальный цистит, и другие синдромы, при которых существует значительно выраженная боль, но нет вредных стимулов, а периферическая воспалительная патология является минимальной или вовсе отсутствует.[9]

Существование собственно психогенной боли является дискуссионным, но возможность центрального усиления и поддержания ощущений - бесспорно.[11, 12]

Такое разделение на классы является весьма условным ввиду их тесного сочетания. Предполагается, что при острой травме превалирует ноцицептивный компонент, но в некоторых случаях также могут быть задействованы центральные механизмы. В отсутствие повреждений, например, при фибромиалгии, ощущения, по-

видимому, обусловлены центральной предрасположенностью, хотя у таких пациентов описаны гипервозбудимые ноцицепторы. В возникновении хронической боли считается, что основными детерминантами являются свойства мозга, т.е. она определяется, как неврологическое заболевание, и в меньшей степени, как ноцицептивная патология.[13]

Классически боль была концептуализирована с узкой точки зрения на ноцицептивную обработку. Система боли включает в себя специфические рецепторы, проводящие пути и центральные структуры в головном мозге.

Ноцицепторы - это чувствительные нервные окончания в коже, мышцах, суставах и внутренних органах, которые избирательно реагируют на вредные или потенциально повреждающие ткани стимулы. Их важным свойством является сенсibilизация (то есть, их возбудимость может быть увеличена). Она обычно развивается вследствие повреждения тканей и воспаления, и определяется, как снижение порога и усиление реакции на вредную стимуляцию[14]. Кроме того, ранее неэффективные стимулы могут стать болевыми, а также развиться спонтанная активность[15].

Исследования показывают, что большинство периферических ноцицепторов могут быть активированы раздражителями, которые являются подпороговыми для восприятия. В результате этого, ноцицептивный контроль поведения обычно происходит в отсутствие сознательно воспринимаемой боли, делая ее «подсознательной».[13]

Генри Густав Молисон, возможно, самый известный и наиболее изученный пациент в области неврологии, не чувствовал острой термической боли, прикладываемой к различным частям тела, после того, как была проведена двусторонняя резекция крючка, миндалина, переднего гиппокампа и парагиппокампальной извилины в попытке излечить терапевтически резистентную тяжелую эпилепсию. Авторы пришли к выводу, что травма миндалина, вероятно, является основной причиной отсутствия восприятия боли. Молисон сохранил периферические ноцицепторы и интактный спиноталамический путь и, таким образом, неизмененное сенсорное кодирование вредных стимулов. Потеря болевых ощущений не была связана с травмированием, в отличие от пациентов с отсутствующими периферическими ноцицептивными афферентами, у которых даже повседневные действия были связаны с повреждениями, например при превышении естественного диапазона движений при чрезмерном разгибании пальцев, локтей, плеч, бедер, коленей или лодыжек, жевании или ударах по твердым предметам и т.д.[13]

Учитывая то, что ноцицепторы непрерывно активны в повседневном поведении, следует полагать, что существует пороговое явление, кото-

рое трансформирует ноцицепцию в сознательную боль. С точки зрения классической физиологии спинного мозга, этот порог можно приравнять к «теории управления воротами», где баланс между безобидными и вредными афферентами на уровне спинного мозга определяет ноцицептивный сигнал, распространяющийся на головной мозг, который интерпретируется, как боль.[13] Но помимо этого, достаточное количество данных свидетельствуют о том, что ноцицепторы могут быть активны при отсутствии неприятных ощущений. Например, многие согласились бы с тем, что помещение веса 50кг на 1см² кожи вызвало бы мучительную боль. Тем не менее, опытные балерины танцуют в пуантах в течение многих часов, при этом сообщая о глубоко эмоциональном удовлетворении, в то время как их пальцы несут вес своего тела, - деятельность, которая должна непрерывно активировать ноцицепторы пальцев их ног. Поэтому, по крайней мере, балерины с длительными тренировками способны отделить боль от ноцицепции.

Афферентный сигнал через проводящие пути болевой чувствительности, расположенные в задних рогах спинного мозга, направляется в ствол мозга. Ряд экспериментальных данных свидетельствовал, что центрами болевой чувствительности оказались ретикулярная формация ствола, гипоталамус, а таламус - конечной инстанцией болевого импульса. Исследования на животных показали, что стимуляция этих структур усиливала соматические, вегетативные и гормональные проявления болевых ощущений, и был сделан вывод, что кора выполняет вспомогательную функцию, выделяя источник и качество ощущения. Однако, все оказалось гораздо сложнее. Полноценное чувственное восприятие боли организмом без участия коры головного мозга невозможно. Большое количество исследований показало, что вредные экспериментальные стимулы воспринимаются, как болезненная активность с помощью широкого спектра областей мозга, включая первичную (C1) и вторичную (C2) соматосенсорные кортикальные слои, островок и переднюю поясную извилину[13].

В первичной соматосенсорной зоне задней центральной извилины (C1) происходит восприятие раздражения, как болевого, и идентификация его местоположения, при включении нейронов моторной коры передней центральной извилины.

Вторичная соматосенсорная зона (C2) расположена на границе центральной борозды и верхнего края височной доли, ее нейроны имеют связи с ядрами таламуса. При совместной деятельности C2 с мозжечком, базальными ганглиями и моторной и премоторной корой, формируются двигательные компоненты болевого поведения.

За самооценку боли и целенаправленное болевое поведение отвечает лобная кора больших

полушарий.

Эмоционально-аффективный компонент, поведенческие, вегетативные и соматические реакции формируются при помощи структур лимбической системы: миндалины, гиппокампа, поясной и зубчатой извилин.

Принимая во внимание все вышеперечисленное, можно сделать вывод, что в головном мозге нет «болевого центра», а восприятие и реакция на ощущение является функцией ЦНС в целом[16].

Особенностью ноцицептивной системы также является наличие нисходящей модуляции боли, действующей на разных уровнях, которая уменьшает или вовсе купирует ощущение. Данное явление лежит в основе центральных механизмов воротного контроля.

На спинальном уровне, система регулируется соотношением импульсов, проходящих по волокнам большого и малого диаметра, а также находится под постоянным контролем ствола мозга.

К структурам стволового контроля относятся центральное серое вещество, ядра шва, которые блокируют передачу импульса. При исследовании на животных выяснилось, что микроинъекции морфина в ЦСВ или его электрическая стимуляция вызывают настолько глубокую анальгезию, что даже оперативные вмешательства не сопровождаются какой-либо реакцией. Также ядра ретикулярной формации и голубое пятно, активируют антиноцицептивную систему почти полностью. Серотонинергические и норадренергические нейроны ствола оказывают тормозное влияние на нижележащие отделы ноцицептивной системы в спинном мозге[13].

Гипоталамический компонент функционирует самостоятельно, а также осуществляет контроль над спинальным уровнем при помощи нейронов разной нейрхимической специфичности (энкефалины, β -эндорфин, норадреналин, дофамин).

На корковом уровне, соматосенсорные поля коры больших полушарий контролируют деятельность всех нижележащих структур антиноцицептивной системы, контролируя проведение афферентов через таламус, гипоталамус, лимбическую систему, ретикулярную формацию, спинной мозг.

Таким образом, степень выраженности боли не определяется одной лишь силой эндогенного или экзогенного раздражителя, она зависит от баланса функционирования ноцицептивной и антиноцицептивной систем[3].

Специфическая травма, инициирующая большой афферент, в зависимости от индивидуальных особенностей каждого человека, приводит к активации кортико-стриальной системы, которая либо справляется с ним и со временем возвращается к здоровому состоянию, либо уменьшает порог активации, таким образом функционально усиливая афферентный сигнал,

что, в свою очередь, запечатлевает новые следы неокортикальной анатомической и функциональной памяти, формируя состояние хронической боли[13, 17, 18]

Существуют исследования, которые демонстрируют, что у пациентов с хронической болью есть изменения в областях мозга, вовлеченных в когнитивную и эмоциональную модуляцию боли[19], обнаруживается снижение активности в сенсорных областях и ее повышение в медиальной префронтальной коре и миндалине[13].

Хроническая боль представляет собой сложное сенсорное и эмоциональное переживание, которое широко варьируется между людьми в зависимости от психологического состояния, контекста, значения боли и т.д.[19] Когнитивные и эмоциональные факторы оказывают критически важное влияние на восприятие боли, и эти отношения заключаются в объединении активности областей мозга, контролирующих ожидание и восприятие боли, внимание и эмоции. Ожидание боли или ее облегчения резко изменяет не только ее степень и качество, но также увеличивает или уменьшает эффективность опиоидов. Психологические манипуляции вниманием и отвлечением изменяют боль, как и эмоциональное состояние, и даже религиозные убеждения субъекта. Было продемонстрировано, что модуляция настроения приятными и неприятными запахами приводит к уменьшению или усилению болевого ощущения[20]. Это взаимодействие может объяснить, почему у пациентов с длительной хронической болью развиваются тревога и депрессия, а также почему у людей с когнитивными искажениями и психологическим расстройством повышен риск хронической боли и центрального усиления боли[21].

Опыт боли зависит от интерпретации контекста и прошлого опыта, которые определяют выбор немедленной поведенческой реакции и влияют на будущие решения о действиях, которые помогут избежать негативные последствия[20].

Эти факторы являются не только важными детерминантами субъективного болевого ощущения, но также могут модулировать представление и оценку болевого переживания, и, вероятно, именно поэтому некоторые ученые и врачи искали более «объективные» способы измерения боли.

Одним из преимуществ является минимизация устных сообщений, поскольку на них могут влиять другие факторы, помимо пережитой боли. Например, пациенты могут сознательно или неосознанно преувеличивать свое сообщение о боли, чтобы привлечь внимание лица, осуществляющего уход, или убедиться, что их жалоба принята во внимание. Другие причины могут заставить пациентов преуменьшать их боль, например, нежелание казаться слабым, причинять неудобства. Наконец, врачи также могут подвергаться предубеждениям, например, в отношении

культуры и этнической принадлежности. Также наличие способов оценки интенсивности боли, которые бы не полагались на субъективные отчеты было бы полезно при обследовании людей, которые не могут общаться, например детей, взрослых с нарушениями сознания, когнитивными нарушениями и пациентов под наркозом. Однако, следует подчеркнуть, что физиологические свойства головного мозга таких пациентов могут отличаться от таковых у нормального взрослого мозга. Следовательно, болевые биомаркеры, полученные от здоровых взрослых добровольцев, не обязательно пригодны для оценки боли в этих клинических условиях. Кроме того, полезными могут быть обследования, основанные на болевом поведении и физиологических реакциях, таких как изменения в мимике, частоте сердечных сокращений, диаметре зрачка или проводимости кожи[22].

Но абсолютно ясно, что полученные данные будут истинными коррелятами воспринимаемой боли тогда и только тогда, когда они будут учитывать показатели субъективного переживания боли[22].

При рассмотрении индивидуальных факторов важно оценивать как характеристики индивидуума, которые статистически связаны с болевыми реакциями (т.е. маркерами), так и биологические и психосоциальные механизмы, которые влияют на силу болевых ощущений[23].

ГЕНЕТИЧЕСКАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ

Механизмы, которые способствуют формированию индивидуальных различий в боли, действуют на субстрат, частично определяемый генетическими факторами. Наиболее часто изучаемым в исследованиях боли является ген, который кодирует катехол-О-метил-трансферазу (COMT), фермент, который метаболизирует катехоламины. COMT был связан с болевым связыванием мю-опиоидных рецепторов в мозге[23, 24]. Установлено, что гаплотип, кодирующий низкую активность COMT, предсказал усиление боли, вызванной капсаицином, у женщин, но не у мужчин[21]. Дальнейшие исследования расширили функциональный локус до трех основных гаплотипов, которые модифицируют экспрессию и активность фермента, определяя фенотипы низкого и высокого риска возникновения острой болевой чувствительности, а также риск развития хронической боли[21]. Ген мю-опиоидного рецептора (OPRM1) также широко изучался в связи с болевыми фенотипами[23]. Ассоциации OPRM1 с болью варьировались по группам населения. Обнаружено, что SNP A118G OPRM1 взаимодействовал с полом, чтобы влиять на боль в ответ на тепловой раздражитель. В частности, среди мужчин минорный аллель был связан с более низкой оценкой боли, в то время как среди женщин этот аллель предсказывал более высокие оценки[23]. Интересно, что последующее

клиническое исследование дало аналогичные результаты, обнаружив, что минорный аллель предсказывал более низкие уровни боли через год после грыжи поясничного диска у мужчин, в то время как женщины с минорным аллелем сообщали о более сильной боли через один год[23]. Генетическое влияние на пути серотонина также связаны с изменениями болевой чувствительности. Конкретные гены включают рецептор 5A-гидрокситриптамина 2 (HTR2A) и транспортер 5HT (SLC6A4). Эти генетические пути связаны с «эндофенотипами» или промежуточными измеримыми фенотипами, которые присутствуют у пациентов с хронической болью. К ним относятся вегетативная дисрегуляция, изменение обработки и модуляция боли, дисфункция сна и беспокойство. Личность и аффективные качества, такие как обеспокоенность соматическим состоянием, депрессия и тревога, связаны с генетическими вариациями в пути серотонина и риском хронической боли[21].

РАСОВАЯ И ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ

Понятия расы и этноса представляют собой сложные биологические и социальные конструкции, которые остаются плохо определенными. Данные, свидетельствующие о расовых различиях в эпидемиологии боли, ограничены. Тем не менее, в США было обнаружено, что распространенность постоянной боли была самой низкой среди азиатов по сравнению с другими расами / этническими группами, и более высокой среди белых. Афроамериканцы демонстрируют большую экспериментальную чувствительность к боли по сравнению с неиспаноязычными белыми[23].

Этнические различия также могут проявляться не в количественном, а в качественном отношении. Например, латиноамериканцы часто сообщают о зуде от нанесения капсаицина на кожу, в то время как европейцы и азиаты сообщают о боли[21].

Механизмы, лежащие в основе расовых / этнических различий в переживании боли, включают факторы, связанные с социально-экономическим положением и доступом к адекватной медицинской помощи. Например, в большинстве развитых стран представители групп меньшинств в среднем имеют более низкий социально-экономический статус, что связано с увеличением распространенности и более сильной болью, а также подвергаются большему риску недостаточного лечения[23].

ВОЗРАСТ

Различные биопсихосоциальные факторы могут способствовать возрастным изменениям при обработке боли. Во-первых, с возрастом час-

тота заболеваний, связанных с болью, увеличивается (например, диабет, остеоартрит, многие формы рака, неврологические заболевания), что может способствовать усилению боли у пожилых людей. Напротив, болевые состояния, такие как головная боль, боль в животе, боль в спине и височно-нижнечелюстные расстройства, демонстрируют пиковую распространенность в течение третьего-пятого десятилетий жизни, после чего их частота уменьшается[23].

Более того, многие биологические изменения, лежащие в основе старения, также могут способствовать усилению клинической боли, включая системное воспаление, окислительный стресс, измененную вегетативную функцию и изменения в структуре и функции нейронов. Пожилые люди проявляют меньшую чувствительность к кратковременным кожным болям; однако чувствительность к более длительным болевым стимулам, которые воздействуют на глубокие ткани, увеличивается с возрастом[23].

Кроме того, психосоциальные изменения, которые происходят с возрастом, также могут влиять на боль. Часто встречающиеся у пожилых людей снижение когнитивной функции, качества сна и социальной поддержки также связаны с усилением боли. Также следует отметить, что в этой группе населения часто наблюдается недостаточное лечение боли[23].

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ

В последние годы роль половых различий в возникновении боли были предметом повышенного интереса. Эпидемиологические и клинические данные четко демонстрируют, что женщины подвержены повышенному риску хронической боли, включая фибромиалгию, боли в пояснице, остеоартрит, мигрень и хроническую головную боль напряженного типа, синдром раздраженного кишечника, височно-нижнечелюстные расстройства и интерстициальный цистит[23, 25, 26].

Исследования экспериментально индуцированной боли дали очень непротиворечивую картину результатов: женщины по сравнению с мужчинами демонстрируют более высокую болевую чувствительность[27]. Но кроме этого, в ответ на устойчивые и повторяющиеся термические раздражения у женщин наблюдается более высокий уровень привыкания, чем у мужчин, что свидетельствует о более сильной болеутоляющей реакции на эти типы раздражителей. Было предложено множество механизмов для объяснения этих половых различий в боли, включая влияние половых гормонов, различий в эндогенной опиоидной функции, когнитивных / аффективных влияний и влияния социальных факторов, таких как гендерные роли[23].

Также описаны гендерные различия в ответ на лечение боли. Приведены данные о снижении потребления опиоидов в послеоперационном

периоде среди женщин, хотя этот показатель может зависеть от типа хирургической процедуры, или увеличенной распространенности побочных эффектов у женщин[27].

Установлено, что генотип может быть фактором, способствующим половым различиям при боли. Доклинические исследования показывают, что генотип и пол взаимодействуют друг с другом, влияя на чувствительность восприятия боли. Также было обнаружено, что ген рецептора меланокортина-1, связанный с рыжими волосами и светлой кожей, ослабляет анальгезию в зависимости от пола. В частности, женщины с двумя вариантами аллеля гена демонстрируют больший анальгетический ответ на пентазоцин (каппа-опиоид) по сравнению с мужчинами и женщинами, у которых нет вариантов аллелей[27].

Различные психосоциальные механизмы могут играть фундаментальную роль в связанных с полом различиях в боли. Например, было обнаружено, что стратегии преодоления боли у мужчин и женщин различаются. В то время как мужчины склонны использовать отвлечение и проблемно-ориентированную тактику для управления болью, женщины склонны использовать различные методы преодоления трудностей, включая социальную поддержку, эмоционально-ориентированные методы, когнитивную реинтерпретацию и концентрацию внимания[27].

Социокультурные представления о женственности и мужественности также являются важной детерминантой болевых реакций у мужчин и женщин, так как выражение боли в целом более приемлемо для женщин. Как мужчины, так и женщины считали, что мужчины менее охотно сообщают о боли, чем типичная женщина, и такие ожидания в отношении гендерных ролей могут способствовать различиям между полами при экспериментальной боли[27].

Таким образом, непосредственное влияние на болевую чувствительность имеет не пол, а, скорее, гендерные различия в биологических и психосоциальных процессах.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Недавние исследования показали, что возникновение боли, ее передача и модуляция напрямую связаны с эндокринной системой. Дисрегуляция многих гормонов, включая продукты проопиомеланокортина - адренкортикотропин и эндорфины, гормоны щитовидной системы, гормон роста, пролактин, мелатонин, инсулин, кальцитонин, соматомедин, соматостатин, гистамин и вазопрессин, тесно связана с хроническими болевыми синдромами. Диагностическая проблема заключается в оценке того, являются ли эти изменения совпадением или следствием, и как они взаимосвязаны.

Эндорфины

Наиболее тщательно изученные гормоны, связанные с болью, относятся к эндогенной опиоидной системе. Антагонисты опиоидных рецепторов вызывают гипералгезию, тогда как активация опиоидных рецепторов обеспечивает облегчение боли.

Представлены доказательства дисрегуляции оси гипоталамус-гипофиз-надпочечник у пациентов с фибромиалгией, расстройством, связанным с измененным функционированием системы стресс-ответ, и классическим примером центральной сенситизации. Фибромиалгия характеризуется слабой гипокортизолемией, гиперактивностью гипофиза, усилением высвобождения АКТГ, кортиколиберина и резистентностью к глюкокортикоидам. Длительное воздействие измененных концентраций может привести к развитию депрессии, тревоги, истощению. Сходная картина наблюдается и при других проявлениях центральной сенситизации и длительного стресса, таких как синдром хронической усталости и синдром раздраженного кишечника.

Активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы является эффективной стратегией, принятой организмом при острых воспалительных процессах и стрессах. Стероиды, принимаемые перорально или в виде инъекций, являются широко используемым способом лечения острой и хронической боли, хотя результаты являются спорными[28].

Тиротропиновая группа (тиреолиберин, тиреотропный гормон, ТЗ)

В начале 90-х годов ревматологи из Нидерландов обнаружили, что лечение дисфункции щитовидной железы приводит к временному облегчению скелетно-мышечных симптомов. С тех пор было обнаружено, что гормоны щитовидной железы играют важную роль в других хронических болевых синдромах, таких как головная боль, артрит, артралгия, миопатии и фибромиалгия.

Предполагается, что тиреоидные гормоны регулируют восприятие боли, модулируя функцию системы гамма-амино-масляной кислоты (ГАМК). ГАМКергическая система играет важную роль в ноцицептивной обработке сигналов в ЦНС. Рецептор ГАМК-А ингибирует нейроны спинного мозга и коры головного мозга, как только оно снижается, развивается невропатическая боль. Отношения между ГАМК и ТГ взаимны. ТГ влияют на всю ГАМКергическую цепь, включая синтез ферментов, метаболизм, высвобождение, связывание рецепторов и обратный захват. В то же время, ГАМК ингибирует действие тиреотропного гормона, снижая выработку ТГ.

Следует отметить, что некоторые факторы, связанные с гипоталамусом, гипофизом и щитовидной железой, участвуют в поддержании нор-

мальной функции нервной системы, а также в возникновении патологических состояний, таких как хроническая боль. В будущем клиническом применении гормоны щитовидной железы будут либо важными биомаркерами хронических болевых синдромов на начальном этапе или этапах поддерживающей терапии, либо могут быть разработаны как терапевтические инструменты для контроля боли[28].

Гонадальные гормоны

Существуют убедительные доказательства гендерных различий в эпидемиологии, симптоматологии, патофизиологии и результатах лечения как в клинических условиях боли, так и в экспериментальных исследованиях. Фибромиалгия, мигрени, функциональная диспепсия, хроническая тазовая боль, синдром хронической усталости, депрессия, и синдром раздраженного кишечника все более распространены у женщин[28].

Влияние половых гормонов представляет собой значительный источник изменчивости, связанной с болью. Хотя эффекты эстрадиола и прогестерона на болевую чувствительность относительно сложны (оба оказывают проноцицептивное и антиноцицептивное действие на боль), тестостерон, по-видимому, является более антиноцицептивным и защитным по природе. Большая часть исследований в поддержку воздействия половых гормонов на боль связана с исследованиями, демонстрирующими обострение клинической боли в течение менструального цикла[27].

Также было обнаружено, что тестостерон эффективен при лечении центральной сенситизации у пациентов с фибромиалгией[28].

Мелатонин - гормон, синтезируемый и выделяемый эпифизом, играет важную роль в регуляции ряда физиологических функций, включая сон и циркадный ритм. В начале 1980-х годов ученые обнаружили, что информация, полученная в результате воздействия света на окружающую среду, влияет на чувствительность к боли с помощью гормона шишковидной железы мелатонина. В последнее время растет число исследований его влияния.

Мелатонин играет различную роль в болевых состояниях из-за его широкого присутствия в ЦНС и тканях. Были рассмотрены его сильные и длительные антиноцицептивные эффекты при остром болевом статусе. Установлено, что мелатонин оказывает анальгетическую функцию за счет увеличения высвобождения β -эндорфина. При невропатической боли мелатонин оказался эффективным в лечении повреждений нервов, спинного мозга, постгерпетических невралгий и мигрени[28].

Кальцитонин

Кальцитонин имеет мультисистемные сай-

ты связывания, в том числе в областях обработки боли. Вероятно, основным механизмом анальгетического эффекта является рецептор-опосредованная модуляция серотонинергической активности нейронов путей болевой проводимости. Также были предложены варианты эндорфин-опосредованных механизмов, а также обнаружено, что кальцитонин угнетает синтез простагландинов и цитокинов.

Кальцитонин был использован в качестве обезболивающего средства при таких болезненных состояниях, как остеопороз, фантомные боли в конечностях, диабетическая нейропатия, мигрень и злокачественные новообразования[28].

Иные гормоны, вовлеченные в боль

Инсулин и инсулиноподобные факторы роста необходимы для жизненно важных функций нейронов. Диабет, метаболический синдром и другие состояния, характеризующиеся абсолютным или функциональным дефицитом инсулина или ИФР-1, также могут приводить к нейрональным и сосудистым осложнениям. Резистентность к инсулину возникает при мигрени, болезненных периферических диабетических невропатиях и скелетно-мышечной боли. Острая боль также может вызывать инсулинорезистентность. Определение молекулярных механизмов остается сложной задачей. Поддержание нормального метаболизма глюкозы может обеспечить острое обезболивание и уменьшить хроническую боль[28].

Изменения уровня пролактина наблюдались при аутоиммунных заболеваниях, кластерной головной боли, и мигрени[28].

Проведено исследование, которое продемонстрировало эффективность гормона роста в качестве дополнительной терапии пациентов с миалгией для снижения боли. Эффективность гормона роста для лечения других хронических болевых синдромов также требует дальнейшего изучения[28].

Убедительные доказательства того, что соматомедин, соматостатин, гистамин, вазопрессин и другие гормоны связаны с болью, отсутствуют. Опять же, необходимы дополнительные клинические исследования и фундаментальные исследования для проверки связи этих гормонов с болью[28].

СОМАТИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

Боль сопровождает многие заболевания. В американских исследованиях был выделен ряд заболеваний, вызывающих самую сильную боль: анкилозирующий спондилит, онкологическая боль, шейная радикулопатия, комплексный регионарный болевой синдром, диабетическая полинейропатия, фибромиалгия, ВИЧ-ассоциированная боль, интерстициальный цис-

тит, синдром раздраженного кишечника, боль в пояснице, поясничная радикулопатия, мигрень, боль, связанная с рассеянным склерозом, остеопороз, синдром болезненного мочевого пузыря, фантомная конечность, постгерпетическая нейропатия, псориазическая артропатия, ревматоидный артрит, повреждение спинного мозга, боль, связанная с инсультом, хирургически индуцированная боль и невралгия тройничного нерва[29].

Как частный случай, рассмотрим синдром хронической тазовой боли, который определяется, как постоянная или прерывистая боль, циклическая или ациклическая боль, которая локализуется в структурах, связанных с тазом, и продолжается более шести месяцев. Симптомы включают дисменорею, глубокую диспареунию и межменструальную боль. Определенный диагноз и эффективное лечение СХТБ не просты, так как это может быть симптомом другого состояния, такого как эндометриоз, или существовать сам по себе, без идентифицируемой причины[30].

СХТБ является широко распространенным заболеванием, поражающим примерно 1 из 6 взрослых женщин[31]. По оценкам, около 3,8% женщин в любом возрасте и 12% женщин репродуктивного возраста жалуются на хронические болевые ощущения в области малого таза[31]. Распространенность хронической тазовой боли среди подростков неизвестна. Тем не менее, многочисленные исследования изучали распространенность дисменореи у подростков, которая колеблется от 30 до 90%[32]. Этот большой диапазон отражает субъективность состояния, его различные определения и серьезность, а также некоторые географические и культурные различия.

Этиологические факторы, вызывающие боль, можно разделить на гинекологические и внегинекологические[31].

Гинекологические факторы, вызывающие ХТБС, включают:

- эндометриоз / аденомиоз
- синдром тазового застоя
- миома матки
- опухоли яичников
- воспаление тазовых органов
- послеоперационные или поствоспалительные спайки.

Экстрагинекологические факторы, вызывающие СХТБ, следующие:

- хирургические (хронический аппендицит, спаечный процесс)
- урологические (интерстициальный цистит, хроническое воспаление мочеиспускательной системы, мочекаменная болезнь, уретральный синдром)
- желудочно-кишечный тракт (синдром раздраженного кишечника, запоры, воспалительные заболевания кишечника)
- орто-нейро-мышечные (дегенеративные изменения, невропатии, выпадение пульпозного

ядра, нервное ущемление)

- психосоматические (депрессия, нарушения сна, беспокойство, мигрень с абдоминальными симптомами, сексуальное насилие и жестокое обращение в анамнезе)
- неврологические (попадание нерва в рубец, вызывающее хроническую боль в области, иннервируемой пораженным нервом; примерно в 3,7% случаев это вызвано доступом по Пфанненштилю).

На основании мета-анализа, проведенного Latthe et al., были определены факторы риска возникновения хронической боли в области таза. К ним относятся: дисменорея у женщин <30 лет, индекс массы тела (ИМТ) <20, курение, менархе в возрасте <12 лет, длительные менструальные циклы, длительные и нерегулярные менструальные кровотечения, симптомы предменструального синдрома, бесплодие, сексуальное насилие и/или жестокое обращение в анамнезе, психические расстройства (например, депрессия, беспокойство, истерия)[31].

Обычно невозможно определить единственную этиологию хронической боли в области таза. Зачастую имеется одновременно несколько связанных с ней патологий, таких как синдром раздраженного кишечника, синдром интерстициального цистита / болезненного мочевого пузыря, эндометриоз или тазовые спайки[31].

СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ И СТРЕССОРЫ

Социально-эпидемиологические данные убедительно свидетельствуют о том, что паттерны неинфекционных заболеваний от гиперлокального до глобального уровня сильно определяются условиями, в которых существуют люди и сообщества. Учитывая связь между различными НИЗ и хронической болью, можно предсказать, что хроническая боль должна коррелировать с некоторыми из этих социальных детерминант здоровья. Этот прогноз подтверждается исследованиями, связывающими с хронической болью целый ряд таких детерминант, включая умственную и физическую нагрузку на работе, социоэкономический статус, проживание в сельской местности, профессиональный статус, район проживания, раса и уровень образования[33]. Существуют исследования, которые показывают связь между уровнем образования, социально-экономическим положением взрослых и хронической инвалидизирующей болью в пожилом возрасте ≥56 лет. Люди, которые начали жизнь с минимального уровня образования и большую часть своей трудовой жизни посвятили ручному или тяжелому труду, в два раза чаще сообщали о боли в дальнейшем, которая мешала их обычной деятельности, по сравнению с теми, кто начинал с более высокого образовательного уровня, и имеющими более высокое социально-экономическое положение в течение их трудо-

вой жизни[34].

Одной из наиболее многообещающих теорий, объясняющих связь между воздействием факторов и последствиями для здоровья, является гипотеза аллостатической нагрузки. Эта теория утверждает, что существование во вредных социальных и экономических условиях активирует реакцию «бей или беги» на длительное время. В свою очередь, постоянное накопление гормонов стресса, таких как кортизол, тесно связано с рядом заболеваний и негативными последствиями для здоровья. Существуют исследования, подтверждающие эту теорию. Даже при той же интенсивности боли, люди, характеризовавшиеся более низким социальным статусом, сообщали, что чувствуют себя в два-три раза более ограниченными по сравнению с более высокой группой[33].

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С БОЛЬЮ

Главная особенность боли заключается в том, что она является сильным стрессором и мотиватором, который может вызывать страх и беспокойство, побудить к реакции избегания. Острая боль является физиологической, действуя в качестве системы сигнализации, предотвращая тем самым дальнейшее повреждение и способствуя поведению, направленному на заживление. В то же время, при хронической реакции становятся неадаптивными[35]. Хроническая боль поражает миллионы людей во всем мире и часто сопровождается негативными изменениями качества жизни, вызванными бессонницей, иммуносупрессией, расстройствами пищевого поведения, проблемами когнитивной функции, неадекватными стрессовыми реакциями и большой депрессией[36].

Копинг - это попытка управлять событиями, которые воспринимаются, как стрессовые. Активные стратегии выживания побуждают действовать, несмотря на боль, или отвлекать себя от боли, они связаны с адаптивным функционированием. Пассивные стратегии включают в себя отказ от контроля над внешней силой или агентом, и связаны с усилением боли и депрессии[37].

Важным аспектом стратегий преодоления является то, как люди модулируют негативные состояния, в том числе боль, в процессе достижения цели. Постоянная боль часто воспринимается как препятствие. Сначала пациенты мотивированы оставаться приверженными более ранним жизненным целям и стандартам эффективности [10]. Например, внимание будет сосредоточено на информации о цели, тогда как отвлекающая информация о боли будет подавлена. Однако, в случае неудачи, может произойти мотивационный сдвиг к целям, связанным с болью. Затем люди расставляют приоритеты в дос-

тижении таких целей, как избавление или контроль над болью, что часто отражается в гипертрофированных попытках решения или наоборот, избегающем поведении. Такой мотивационный сдвиг, как правило, связан с суженным фокусом внимания на информации, связанной с болью, повышенной доступностью негативной информации и беспокойством, в какой-то момент начинающими вызывать чувство беспомощности и безнадежности и, связанные с ними, состояния депрессии и ангедонии[35].

Важным фактором в способах совладания являются когнитивные ошибки - отрицательно искаженные представления о себе или о ситуации. Они влияют на тяжесть и поддержание депрессии и включают катастрофизацию (неправильное толкование события, как неразрешимого), персонализацию (принятие личной ответственности за негативные события), и выборочную абстракцию или максимизацию негатива (выборочное внимание к негативным аспектам ситуации), среди прочих[35]. Боль катастрофическая - ужасная, невыносимая и неизлечимая.

Боль является значимым стимулом, вызывающим среди прочих реакций страх. Если она неоднократно связывается с нейтральным стимулом, например, конкретным движением (которое не вызывает боль непосредственно), этот условный стимул может также сопровождаться чувством страха[35]. Результатом такого обучения может стать избегание неприятных ситуаций, из-за чего человек не ощущает, что стимул, которого он боится, больше не вреден или опасен, что потенциально задерживает выздоровление. Такие процессы хорошо известны при боли[35].

Пациент, который испытывает боль, учится принимать положение тела, при котором она уменьшается, или избегать определенных движений, которые усиливают ее. Такое поведение является полезным. И наоборот - нагрузка или раздражение участка поражения приводит к возникновению или усилению боли и действует, как наказание. Вербальное и поведенческое проявление боли: жалобы, болезненные гримасы, изменения в позе тела, вызывают у окружающих людей беспокойство и сочувствие и склоняют их к оказанию помощи. Реакции среды выступают в качестве приза, вторично усиливая болевое поведение пациента, что приводит к увеличению интенсивности испытываемой боли. Было подтверждено, что пациенты, которые получают более высокий уровень социальной поддержки, одновременно демонстрируют повышенный уровень болевого поведения[37].

На способность выбирать стратегии поведения, восприятие и обработку болевых ощущений могут также влиять прошлый опыт, воспитание в семье, особенности личности, познавательной деятельности, образ жизни и эмоциональные переживания.

Зачастую, пациенты с синдромами хронических болей воспитывались в семьях, где ближайшие родственники часто жаловались на боль. Дети, как правило, перенимали родительское болевое поведение. Также существуют корреляции между возникновением боли и гиперопекой со стороны родителей[38].

В тесте ММРІ люди, которые страдают от хронической боли, обычно имеют высокие показатели ипохондрических, депрессивных и демонстративных черт, также характерно наличие пассивно-агрессивных, зависимых и мазохистских проявлений. Ощущение боли обычно усилено у людей с истерическими чертами характера[37, 38].

Популяционные исследования показывают, что когнитивные способности снижаются во время боли. Также наблюдается и обратная корреляция: дети с нарушениями интеллекта и развития чаще страдают от болевых синдромов, чем их обычно развивающиеся сверстники. Причиной для этого могут служить множественные хронические соматические заболевания, более частое травмирование и масса проводимых медицинских процедур. Опрос родителей относительно болевого поведения детей показал, что оно может варьироваться в зависимости от уровня личности ребенка. Из пациентов с легкой или умеренной умственной отсталостью 57% устно сообщали о переживаемой боли. В то же время, 45% родителей детей с глубокой умственной отсталостью сообщили, что их ребенок проявлял некоторую комбинацию непрямого поведения при боли, причем плач (22%) и поведенческие или эмоциональные изменения (10%) были наиболее частыми индивидуальными признаками[39].

Интенсивность боли значительно зависит от образа жизни, который ведет человек.

Отсутствие физической активности является признанным фактором риска для многих состояний, включая сердечно-сосудистые заболевания, диабет, рак, деменцию и депрессию, а также повышает вероятность развития боли[40].

Предполагается, что регулярные дозированные физические нагрузки изменяют состояние иммунной системы и центральных путей подавления боли, что приводит к защитному эффекту от периферического поражения, а также предотвращает гипералгезию через активацию эндогенных опиоидов и серотонина[40].

В дополнение к этому, люди, регулярно занимающиеся физической активностью, сообщают о более высоком уровне психического благополучия, тогда как физически неактивные люди чаще испытывают депрессию и беспокойство. В специфике хронической боли, люди с малоподвижным образом жизни с большей вероятностью сообщают о более высокой кинезофобии и катастрофизации боли[40].

Клинические исследования показывают, что

недостаток сна, тревога и депрессия являются одними из факторов, которые препятствуют восстановлению после болевых эпизодов или значительно снижают эффективность обезболивающих препаратов[36].

Эпидемиологические и экспериментальные исследования показали, что фрагментарный и сокращенный по времени сон может влиять на восприятие боли и толерантность к ней, а также сами болевые ощущения, особенно в ночные часы, ухудшают качество сна[41].

Кратковременный дневной сон улучшает способность к концентрации, настроение и иммунитет, а также уменьшает болевую гиперчувствительность, вне зависимости от состояния бдительности[41].

При хронической боли отмечается высокая коморбидность с аффективными расстройствами. Было высказано предположение, что преобладание обработки негативной информации может лежать в основе эмоционально-мотивационных проблем[35]. Перенесенные страдания приводят к утрате базового доверия, которое помогает строить взаимоотношения с окружающим миром, что приводит к повышению чувствительности, настороженности, уязвимости, недоверчивости и создает базу для формирования тревоги и депрессии.

Было установлено, что сила боли коррелирует с более яркой выраженностью психопатологии - как с гипотимией, так и с симптомами тревоги и беспокойства. Чем сильнее боль, тем хуже психический статус. С ростом интенсивности боли у пациентов усиливается депрессивное настроение, гнев, катастрофизация, ангедония, нарушения сна, утомляемость, когнитивные нарушения, чаще мысли о самоубийстве[42].

Существенное воздействие на возникновение болевых ощущений также оказывает эмоция тревоги: наиболее выраженные болевые ощущения наблюдаются у тех, кто имеет максимальные показатели, кроме того, хроническая тревожность отрицательно влияет на выбор стратегий преодоления боли.

Клинические наблюдения давно признали коморбидность боли и депрессии. Оба состояния часто сосуществуют, реагируют на сходные методы лечения, обостряют друг друга и имеют общие биологические механизмы[42].

При визуальных исследованиях острой экспериментальной боли у людей наиболее часто активируемыми областями являются первичная (C1) и вторичная соматосенсорная кора (C2), передняя поясная извилина (ППИ), островок, префронтальная кора (ПФК), таламус, прилежащее ядро (НАс) и миндалина. Активация соматосенсорных зон способствует сенсорно-дискриминационному измерению боли. ППИ, ПФК, островок, НАс и миндалина, тем временем, вовлечены в аффективный компонент боли. Между тем, при хронической боли возникают определенные изменения в структуре и деятельности

мозга. Например, уменьшение объема серого вещества наблюдается в островке, ППИ и ПФК - областях, вовлеченных в эмоциональные и когнитивные аспекты[43].

Интересно, что эти области близко соответствуют тем, которые были обнаружены в исследованиях при депрессии. Таким образом, области, которые чаще всего обнаруживают дисрегуляцию у пациентов с депрессией, включают ПФК, ППИ, НАс, гиппокамп и миндалину. Здесь были обнаружены потеря объема серого вещества и изменения в активности, аналогичные изменениям, возникающим при хронической боли. ПФК и ППИ участвуют в обработке негативного настроения, следовательно, играют роль в возникновении депрессии. НАс, кроме того, может быть вовлечено в такие симптомы, как ангедония. Гиппокамп и миндалина, тем временем, играют роль в формировании и восстановлении негативной эмоциональной памяти, связанной с болью и депрессией[43].

Гиппокамп и миндалина являются двумя дополнительными структурами, которые, вероятно, играют роль в вызванном болью депрессивном поведении. Гиппокамп - область, известная своей ролью в обучении и памяти, хорошо изучена в регуляции депрессивного фенотипа. Недавние исследования на животных показали, что когнитивные и аффективные процессы нарушаются в условиях хронической боли и, что это нарушение соответствует уменьшению объема гиппокампа. Было также продемонстрировано, что нейрометаболические изменения, которые могут привести к снижению уровня серотонина в гиппокампе, вызывают депрессивные симптомы на модели воспалительной боли у грызунов. Более того, есть данные, что вызванные болью изменения в гиппокампе коррелируют с поведением, подобным тревожности, обычно связанным с депрессивным состоянием. В отличие от уменьшения объема гиппокампа хроническая боль увеличивает объем и пролиферацию нейронов как в центральном, так и в базолатеральном ядрах миндалины. Учитывая хорошо документированную роль миндалины в страхе и расстройствах настроения, она была предложена в качестве кандидата для лечения симптомов, подобных депрессии, возникающих в результате боли. Действительно, ряд исследований показал, что миндалина имеет решающее значение для поддержания тревожно-депрессивного поведения при стойких воспалительных и невропатических болевых состояниях[43].

Однако, несмотря на широкое совпадение морфологических субстратов, существует опасность упрощения механистических параллелей между болью и негативным настроением. Имеются убедительные доказательства того, что депрессия и хроническая боль могут существовать вне зависимости друг от друга.

Распространенность боли в среднем состав-

ляет 65% у пациентов с депрессией. Пациенты с депрессией часто сообщают о специфических жалобах, таких как головная боль, боль в животе, боль в суставах, груди и пояснице. Аналогичным образом, многочисленные исследования подтвердили увеличение вероятности развития депрессивных симптомов у пациентов с хронической болью. У пациентов с более чем одной жалобой на боль вероятность развития депрессии в 3-5 раз выше, чем у пациентов без боли. Пациенты с хронической болью в 3 раза чаще отвечают критериям диагностики депрессии, чем пациенты без боли, и вероятность развития депрессии увеличивается с возрастанием количества болевых симптомов[42].

ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ МЕЖДУ БИОПСИХОСОЦИАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ

Наиболее важным аспектом биопсихосоциальной модели является то, что эти различные наборы факторов из биологической, психологической и социальной областей взаимодействуют друг с другом, создавая ощущение боли. И, хотя в исследованиях боли часто этим пренебрегают, выявление и окончательное понимание этих взаимодействий имеет решающее значение для выяснения механизмов, вызывающих боль в разных группах и у отдельных людей.

Следует принимать во внимание как минимум три типа взаимодействия: опосредование, аддитивные ассоциации и сдерживание. Опосредованные взаимодействия относятся к феномену, при котором влияние индивидуального фактора, воздействующего на болевые ощущения, из одного домена реализуется через процесс из другого домена. Например, влияние психологического стресса на боль может быть опосредовано через определенные биологические процессы, такие как увеличение активности симпатической нервной системы или усиление воспаления. Другим распространенным типом взаимодействия является аддитивная ассоциация, в которой объединение двух отдельных факторов, каждый из которых увеличивает риск возникновения боли, производит более сильный эффект, чем один из этих факторов. Например, если женский пол и определенный генетический профиль увеличивают риск хронической боли, тогда комбинация этих факторов создаст больший риск возникновения боли. Другим типом взаимодействия является сдерживание, при которой влияние одного фактора зависит от наличия или отсутствия другого фактора. В этом случае мы можем обнаружить, что, хотя женский пол и генетический профиль являются факторами риска для возникновения боли, связь между геном и болевым ощущением различна для женщин и мужчин. То есть генетический фактор может увеличить риск возникновения боли у женщин, но снизить риск возникновения боли у мужчин[23].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сложность комбинации и взаимодействия биопсихосоциальных факторов, влияющих на болевое восприятие, сочетающихся в каждом отдельно взятом человеке, требует столь же сложного подхода к профилактике, диагностике и лечению боли. Те доктора, которые обращаются к каждому пациенту с осознанием важности индивидуальных различий, оказывают лучшую помощь, а их пациенты достигают лучших результатов. К сожалению, ограничения по времени и ресурсам, которые характеризуют нынешние условия системы здравоохранения, затрудняют реализацию подхода, который требует затрат времени и определенного уровня врачебной квалификации и опыта, которые обычно доступны только в контексте многопрофильной группы. Возможно, неспособность достичь этого стандарта медицинской помощи частично объясняет, почему хроническая боль входит в число самых дорогостоящих состояний здоровья в развитых странах и является основной причиной инвалидности во всем мире[23].

Существование большого количества соматических и психологических корреляций с болевыми патологиями приводит к наличию множества диагнозов и лечащих врачей, взаимодействующих с конкретным пациентом, что может привести к многократному тестированию, которое может усилить неуверенность, катастрофизацию и тревожно-депрессивные расстройства, а также назначению широкого спектра лекарственных препаратов, которые могут взаимодействовать друг с другом или вызывать побочные эффекты.

Понимание индивидуальных различий и их взаимосвязей, способствующих развитию и сохранению болевых синдромов, имеет решающее значение для эффективной диагностики, оценки боли и управления ею, что может послужить основой для индивидуального обезболивания, соответствующего потребностям каждого пациента.

Когда устраняется девяносто процентов боли, оставшиеся десять - это сто процентов того, что испытывает человек в данный момент. Это напоминает нам, что любая боль - по-прежнему боль.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Chen J. History of pain theories. *Neurosci Bull* October 1, 2011, 27(5): 343–350
2. http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions#Pain (открытый интернет-ресурс)
3. Марютина Т.М., Ермолаев О.Ю. Введение в психофизиологию. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Московский психолого-

социальный институт: Флинта, 2001. – 400 с.

4. Denton D.A., McKinley M.J., Farrell M., Egan G.F. The role of primordial emotions in the evolutionary origin of consciousness. *Conscious Cogn.* 2009;18(2):500–514.
5. Breivik H., Collett B., Ventafridda V., Cohen R., Gallacher D. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.
6. Lynch M.E., Campbell F., Clark A.J., et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain.* 2008;97:116.
7. Sessle B.J. Unrelieved pain: A crisis. *Pain Res Manag.* 2011 Nov-Dec; 16(6): 416–420.
8. Johannes C.B., Le T.K., Zhou X., Johnston J.A., Dworkin R.H. The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain.* 2010;11:1230–1239.
9. Woolf C.J. What is this thing called pain? *J Clin Invest.* 2010;120(11):3742–3744.
10. Reilly M.M., Shy M.E. Diagnosis and new treatments in genetic neuropathies. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2009;80(12):1304–1314.
11. Woolf C.J. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med.* 2004;140:441–51.
12. Crofford L.J., Casey K.L. Central modulation of pain perception. *Rheum Dis Clin N A.* 1999;25:1–13.
13. Baliki M.N., Apkarian A.V. Nociception, pain, negative moods and behavior selection. *Neuron.* 2015 Aug 5; 87(3): 474–491.
14. Bessou P., Perl E.R. Response of cutaneous sensory units with unmyelinated fibers to noxious stimuli. *J Neurophysiol.* 1969;32:1025–1043.
15. Kuner R. Central mechanisms of pathological pain. *Nat Med.* 2010 Oct 14.
16. Legrain V. The pain matrix reloaded: a salience detection system for the body. *Prog. Neurobiol.* 2011;93:111–124.
17. Baliki M.N., Geha P.Y., Fields H.L., Apkarian A.V. Predicting value of pain and analgesia: nucleus accumbens response to noxious stimuli changes in the presence of chronic pain. *Neuron.* 2010;66(1):149–160.
18. Baliki M.N., Petre B., Torbey S., Herrmann K.M., Huang L., Schnitzer T.J., Fields H.L., Apkarian A.V. Corticostriatal functional connectivity predicts transition to chronic back pain. *Nat Neurosci.* 2012;15(8):1117–1119.
19. Bushnell M.C., Ceko M., Low L.A. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nat Rev Neurosci.* 2013;14:502–11.
20. Porreca F., Navratilova E. Reward, motivation and emotion of pain and its relief. *Pain.* 2017 Apr; 158(Suppl 1): S43–S49.
21. Crofford L.J. Chronic Pain: Where the Body Meets the Brain. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2015; 126: 167–183.
22. Mouraux A., Iannetti G.D. The search for pain biomarkers in the human brain. *Brain.* 2018 Dec; 141(12): 3290–3307.
23. Fillingim R.B. Individual Differences in Pain: Understanding the Mosaic that Makes Pain Personal. *Pain.* 2017 April ; 158(Suppl 1): S11–S18.
24. Zubieta J.K., Heitzeg M.M., Smith Y.R., Bueller J.A., Xu K., Xu Y., Koeppe R.A., Stohler C.S., Goldman D. COMT val158met genotype affects mu-opioid neurotransmitter responses to a pain stressor. *Science.* 2003; 299(5610):1240–1243.
25. Fillingim R.B., King C.D., Ribeiro-Dasilva M.C., Rahim-Williams B., Riley J. Sex, gender, and pain: a review of recent clinical and experimental findings. *J Pain* 2009; 10: 447–85
26. Mogil J.S. Sex differences in pain and pain inhibition: multiple explanations of a controversial phenomenon. *Nat Rev Neurosci* 2012; 13: 859–66
27. Bartley E.J., Fillingim R.B. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *British Journal of Anaesthesia* 111 (1): 52–8 (2013)
28. Chen X., Zhang J., Wang X. Hormones in pain modulation and their clinical implications for pain control: a critical review. *HORMONES* 2016, 15(3):313–320
29. Jessica A.D., Rebecca L.R., Trong K.L., Jin X. Incidence and impact of pain conditions and comorbid illnesses. *J Pain Res.* 2011; 4: 331–345.
30. Champaneria R., Daniels J.P., Raza A., Pattison H.M., Khan K.S. Psychological therapies for chronic pelvic pain: systematic review of randomized controlled trials. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:281–286.
31. Wozniak S. Chronic pelvic pain. *Ann Agric Environ Med.* 2016; 23(2): 223–226.
32. Smorgic N., As-Sanie S. Pelvic Pain in Adolescents. *Semin Reprod Med* 2018;36:116–122.
33. Goldberg D.S., McGee S.J. Pain as a global public health priority. *BMC Public Health* 2011, 11:770.
34. Lacey R.J., Belcher J., Croft P.R. Does life course socioeconomic position influence chronic disabling pain in older adults? A general population study. *Eur J Public Health.* 2013 Aug; 23(4): 534–540.
35. Becker S., Navratilova E., Nees F., Van Damme S. Emotional and Motivational Pain Processing: Current State of Knowledge and Perspectives in Translational Research. *Pain Res Manag.* 2018; 2018: 5457870.
36. Mitsi V., Venetia Z. Modulation of pain, nociception, and analgesia by the brain reward center. *Neuroscience.* 2016 Dec 3; 338: 81–92.
37. Gorczyca R., Filip R., Walczak E. Psychological Aspects of Pain. *Ann Agric Environ Med.* 2013; Special Issue: 23–27.
38. Соловьева С.Л. Психологические факторы хронической боли. *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2019; Т.11, № 6(59)
39. Breau L.M., Psych R., Burkitt C. Assessing pain in children with intellectual disabilities. *Pain Res Manag.* 2009 Mar-Apr; 14(2): 116–120.
40. Sluka K.A., Law L.F., Bement M.H. Exercise-induced pain and analgesia? Underlying mechanisms and clinical translation. *Pain.* 2018 Sep; 159(Suppl 1): S91–S97.
41. Faraut B., Léger D., Medkour T., Dubois A., Bayon V., Chennaoui M., Perrot S. Napping Reverses Increased Pain Sensitivity Due to Sleep Restriction. *PLoS One.* 2015; 10(2): e0117425.
42. Li J.X. Pain and depression comorbidity: a preclinical perspective. *Behav Brain Res.* 2015 Jan 1; 0: 92–98.
43. Doan L., Manders T., Wang J. Neuroplasticity Underlying the Comorbidity of Pain and Depression. *Neural Plast.* 2015; 2015:504691.

Социальные аспекты психиатрии

УДК: 616.89

Для цитирования: Милоненко И.Ю. Особенности трудоустройства лиц с психическими расстройствами. Омский психиатрический журнал. 2020; 3 (26): 16-19. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10302

ОСОБЕННОСТИ ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И.Ю. Милоненко ¹

¹ ФГБОУ ВО «Омский государственный университет им Ф.М. Достоевского»

1617_22@mail.ru

Аннотация

В статье приведено эмпирическое исследование пациентов методом опроса на базе КПБ им. Н.Н. Солодниковой, которое раскрывает особенности при трудоустройстве лиц с психическими заболеваниями. В результате выявлены такие проблемы, как страх пациентов перед собеседованием, негативное отношение потенциальных работодателей, отсутствие адаптированных условий труда.

Ключевые слова: Проблемы трудоустройства, собеседование, психическое здоровье, стигматизация.

FEATURES OF EMPLOYMENT OF PERSONS WITH MENTAL DISORDERS

I.Yu. Milonenko

Abstract. The article presents an empirical study of patients by a survey on the basis of the PBC named after N.N. Solodnikov, who reveals features in employing people with mental illness. As a result, problems such as patient's fear of the interview, negative attitude of potential employers and lack of adapted working conditions have been identified.

Keywords: Employment problems, interview process, mental health, stigmatization

ВВЕДЕНИЕ

Проблема трудоустройства лиц с психическими расстройствами актуальна на сегодняшний день. По статистике количество людей с психическими расстройствами в России на 2019 год – 5 800 000 человек. С каждым годом показатель растет. Омск и Омская область лидирует по количеству психически больных людей и занимает второе место в Сибири по числу психических расстройств. Реальное количество людей с психическими расстройствами превышает статистические данные, ведь многие заболевшие, из-за боязни стигматизации, особенного восприятия болезни со стороны общества, не идут к врачам и, следовательно, официально не зарегистрированы.

Большая часть людей с психическими заболеваниями, несмотря на диагноз, имеют полные права на многие аспекты нашей жизни. А именно, в соответствии с ст.5 ФЗ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами. Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации». Следовательно, лиц с психическими расстройствами нельзя угнетать и в трудовых правах. Труд способен помочь наладить коммуникативные способности, материальное положение и почувствовать себя частью общества,

не быть стигматизированным.

Однако существуют ограничения по работе, но они не связаны с диагнозом, а с состоянием человека на момент трудоустройства, трудоспособность подтверждает врач. Также стоит упомянуть, что у большинства больных, имеется группа инвалидности.

Инвалидность 3 группы оформляют пациентам с умеренными нарушениями психических функций. Такие больные получают трудовые рекомендации. Они могут работать в щадящих условиях: с меньшей продолжительностью смены, другими нормативами по выполнению плана.

Инвалидность 2 группы могут дать пациентам с выраженными расстройствами психики. Их состояние характеризуется более частыми обострениями, нарушения основных функций позволяют им работать непродолжительное время – по 2–3 часа в день и только в специально созданных условиях.

Инвалидность 1 группы дают пациенту, у которого обнаружено тяжелое психическое расстройство. Утрачивается не только способность к труду, но и к самообслуживанию.

Категорически людям с психическими расстройствами, независимо от группы инвалидности, нельзя выполнять работу, связанную с повышенным шумом, токсическими веществами, опасным оборудованием, работу на высоте, работу в активном темпе или монотонную.

Поиск работы и сам процесс трудоустройства

является действительно сложным моментом в жизни человека с психическим расстройством, несмотря на имеющийся опыт, знания, образование, феномен стигмы не дает полноценно реализовать себя в трудовой деятельности.

По теоретическим данным психически больные люди сталкиваются с такими проблемами:

- Прохождение собеседования. У лиц с психическими расстройствами возникают особенные сложности в процессе собеседования.
- Условия труда. Немногие работодатели способны обеспечить нужные условия труда для работника с психическим расстройством.
- Негативное отношение потенциальных работодателей. В ходе изучения интернет ресурсов было выявлено изначальное негативное отношение работодателей к данной группе населения.

ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Изучив теоретическую часть по проблемам в процессе трудоустройства, на базе КПБ им. Н.Н. Солодниковой было проведено эмпирическое ис-

следование в форме опроса, в котором приняло участие 13 человек, из которых 4 женщины и 9 мужчин в возрасте от 21 года до 50 лет. В ходе опроса были выявлены проблемы, с которыми сталкиваются люди с психическими расстройствами в процессе трудоустройства. Мы выявили результаты, которые далее будут показаны в графиках. Стоит отметить, что у 100% респондентов был опыт трудоустройства.

Анализ на вопрос об особенном отношении работодателя, показал, что он отнесся с пониманием к двум респондентам (15,4 %), с негативом к двум (15,4%), осторожное отношение появилось к двоим (15,4%) , но, тем не менее, изменений в отношении со стороны работодателя не было у одного респондента (7,7 %) (см. рис.1). Респонденты подтвердили теоретические данные о том, что со стороны работодателя имеет место быть процесс стигматизации. Всего у семи респондентов работодатель знал о заболевании, только их ответы будут обобщены.

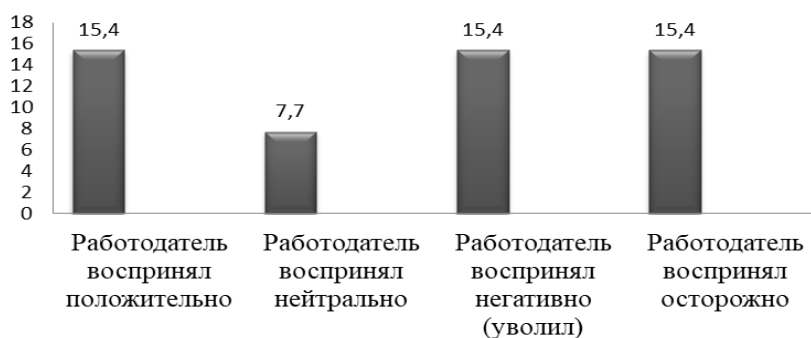


Рисунок .1. Соотношение респондентов в зависимости от отношения работодателя, %

В процессе опроса были выявлены главные сложности, с которыми сталкивались респонденты в процессе собеседования: невнятность речи и волнение (6 человек), сложностей не было (2 человека), недопонимание со стороны работодателя

(1 человек), обсуждение рабочих вопросов (1 человек), выйти из дома и общение (1 человек), лгал о своем заболевании 1 человек (см. рис. 2). Это говорит о полном соответствии эмпирических данных с теоретической базой.

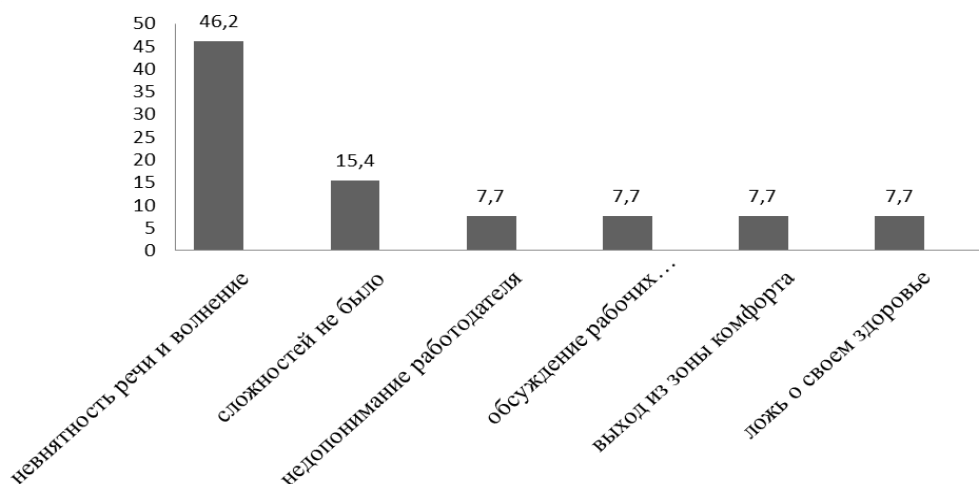


Рисунок 2. Трудности, с которыми столкнулись респонденты в процессе собеседования, %

Тот факт, что немногие работодатели могут обеспечить нужные условия труда, для работника с психическим расстройством, был подтвержден эмпирически. К примеру, человеку с II группой инвалидности необходим неполный рабочий день, гибкий график и эмоциональная поддержка. Анализ ответов на вопрос (какие чувства Вы ис-

пытывали в процессе собеседования?) показал, что большинство респондентов (69,3%) волновались, испытывали дискомфорт и страх, один респондент (7,7%) считал, что он не достоин собеседования, два респондента (15,4%) стеснялись и один респондент (7,7%) не чувствовал ничего (см. рис. 3).



Рисунок 3. Чувства респондентов во время прохождения собеседования, %

Также мы выяснили степень уверенности респондентов во время прохождения собеседования, большинство респондентов не были уверены в себе, лишь два человека чувствовали среднюю степень неуверенности.

Мы выявили, какую трудовую деятельность хотели осуществлять респонденты. Четыре респондента (30,8%) мечтают о спокойной работе, которая может быть изолирована от коллектива,

творческой деятельностью хотели бы заниматься четыре респондента (30,8%), один респондент (7,7%) заявил о том, что ему интересна работа в сфере обслуживания (официант), одного респондента (7,7%) устраивает все на нынешней работе, один респондент не хотел бы осуществлять трудовую деятельность, два респондента указали, что мечтают работать по специальности на которую учились (см. рис. 4).

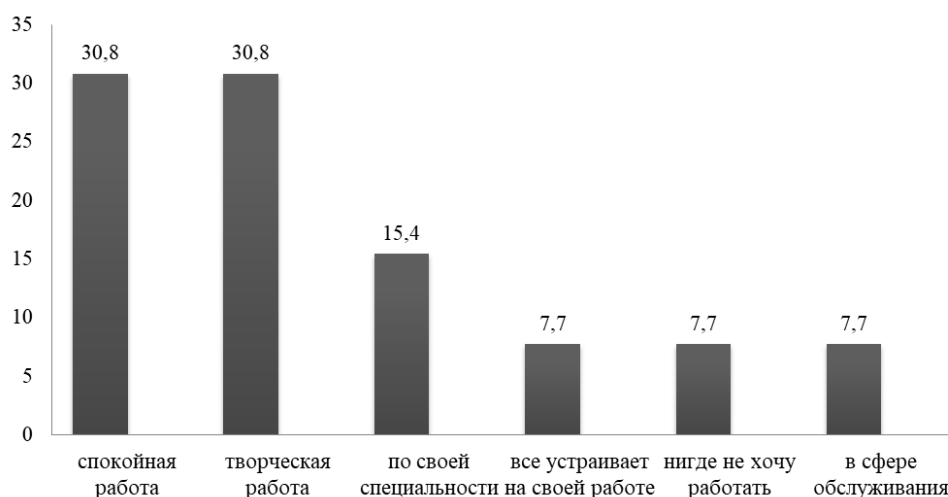


Рисунок 4. Желаемая трудовая деятельность респондентов, %

ВЫВОДЫ

В ходе эмпирического исследования были выявлены проблемы, с которыми сталкиваются психически больные люди в процессе трудоу-

ройства. Исследование проводили посредством опроса, участие приняли тринадцать респондентов разных возрастов, вопросы были разбиты на тематические блоки, касающиеся заявленной те-

мы. Мы старались выстраивать блоки опроса так, чтобы полностью открыть проблему, облегчить процесс ответа для респондента.

В процессе опроса нам удалось раскрыть особенности, с которыми сталкивались респонденты при трудоустройстве. Следует отметить то, что многие проблемы, заявленные в теории, оказались подтверждены эмпирически в процессе исследования. Такие как, негативное отношение со стороны работодателей, сам процесс собеседования и отсутствие адаптированных условий труда. А также выявили желаемую трудовую деятельность, которую хотели бы осуществлять пациенты.

Анализ полученных результатов подтвердил то, что, проблемы, которые выделяют ученые, актуальны и с ними действительно сталкиваются психически больные люди, пути решения проблемы следует искать.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. ОМСК ПРЕСС. Омская область заняла второе место в Сибири по числу психических расстройств. [Электронный ресурс] URL: <https://gorod55.ru/news/society/04-08-2019/omskaya-oblast-zanyala-vtoroe-mesto-v-sibiri-po-chislu-psihicheskikh-rastroystv> (дата обращения 01.03.2020)
2. Закон РФ от 02.07.1992 N 3185-1 (ред. от 19.07.2018) «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 02.07.1992. [Электронный ресурс] URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_4205/ (дата обращения 02.04.2020)
3. Геллерштейн С. Г. и Цфасман. Принципы и методы трудовой терапии психически больных. М.: Медицина, 1964.
4. Заплетнюк С.Г. Особенности трудоустройства инвалидов с ментальными нарушениями. [Электронный ресурс] URL: <http://www.publishing-vak.ru/file/archive-politology-2016-6/29-zapletnyuk.pdf> (дата обращения: 02.06.2020)
5. Смирнова И. Инвалидность по психическому заболеванию. [Электронный ресурс] URL: <https://invalidu.com/bolezny/invalidnost-psihicheskomu-zabolevaniyu>. (дата обращения: 02.06.2020).



УДК: 616.89

Для цитирования: Александрова Н.В., Белкина А.М. Психиатрические знания специалистов, сопровождающих детей: уровень, потребности и социальные заблуждения. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 3 (26): 20-23
doi: 10.24411/2412-8805-2020-10303

ПСИХИАТРИЧЕСКИЕ ЗНАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХ ДЕТЕЙ: УРОВЕНЬ, ПОТРЕБНОСТИ И СОЦИАЛЬНЫЕ ЗАБЛУЖДЕНИЯ

Н.В. Александрова^{1,2,3}, А.М. Белкина³

¹ Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского,

² Омская гуманитарная академия,

³ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области
«Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодниковой»

honey.alva@mail.ru

Аннотация

Рассмотрена комплексная природа сопровождения детей, страдающих психическими расстройствами. Проведено исследование среди специалистов, работающих с детьми, методом анкетирования, результаты которого показывают недостаточную осведомленность педагогов в области психиатрической природы ряда проблем в учебно-воспитательном процессе. Указаны распространенные социальные предрассудки и заблуждения относительно природы психических расстройств у детей и возможностей их решения клиническим путем. Авторы делают вывод, что получение специалистами, работающими с детьми, знаний по детской психиатрии и регламентирующему этот процесс законодательству в разных форматах позволит повысить качество профессионального сопровождения детей в разных сферах.

Ключевые слова: формирование представлений в области детской психиатрии, междисциплинарные проблемы психических расстройств у детей, компетентность в области детской психиатрии.

PSYCHIATRIC KNOWLEDGE OF PROFESSIONALS ACCOMPANYING CHILDREN: LEVEL, NEEDS AND SOCIAL MISCONCEPTIONS

N.V. Aleksandrova, A.M. Belkina

Abstract. The complex nature of accompanying children suffering from mental disorders is considered. A survey of specialists working with children was conducted, the results of which show the lack of awareness of teachers in the field of the psychiatric nature of a number of problems in the educational process. Common social prejudices and misconceptions about the nature of mental disorders in children and the possibilities for their clinical solution are indicated. The authors conclude that the acquisition by specialists working with children of knowledge on child psychiatry and the legislation regulating this process in different formats will increase the quality of professional support for children in different fields.

Keywords: formation of ideas in the field of child psychiatry, interdisciplinary problems of mental disorders in children, competence in the field of child psychiatry.

Педагоги, как никакая другая профессиональная группа, сталкиваются с проявлениями психического неблагополучия у детей. Проблемы в эмоциональной, поведенческой, коммуникативной, и, особенно, в познавательной сферах, не всегда могут быть решены ими с использованием психолого-педагогических мер. Ведь, если дети психически больны, необходимо обращение их родителей за психиатрической помощью. Однако, неверная трактовка затруднений детей педагогами, опасение рекомендовать консультацию психиатра родителям из-за вероятной угрозы их негативных реакций приводит к школьной и социальной дезадаптации детей, нарушает их развитие.

Важно, чтобы все педагогическое окружение детей понимало, как смягчить дисгармонии, вызванные психическим заболеванием. Отсутствие представлений о болезненной природе этих нарушений или искаженное понимание возможно-

стей психиатрии в социуме[3] являются причиной роста социальных проблем клинической природы у детей. Анализ взаимосвязи социальных и педагогических дискомфорта психическими расстройствами детей и социальные истоки этого проведен в наших предыдущих статьях [1; 2].

Специфическая клиника психических расстройств в сравнении с соматическими нередко приводит к неоправданной психологизации имеющихся проблем. Больной ребенок почти никогда не предъявляет жалоб, окружающие не считают его больным, и, соответственно, нуждающимся в специализированной медицинской помощи и сочувствии. В силу того, что многие высшие психические функции у детей в норме формируются воспитанием и регулируются произвольно, симптомы нарушений поведения, эмоций и познавательных функций у них осуждаются и порицаются.

Из данных нейронаук [11], известно, что проявления психических расстройств зависят от многих причин: специфика патологии центральной нервной системы в сочетании с особенностями конституции и воспитания ребенка. Исходя из позиций детерминизма [12] и клинической психиатрии [6], психическое заболевание является фактором, определяющим проблемы и нарушения развития ребенка, поскольку мозг – это субстрат психики. Если сопровождающие ребенка специалисты придерживаются этой концепции, то они большую часть ответственности за судьбу ребенка перекладывают на врача-психиатра. В нашей клинической практике мы нередко сталкивались с такой позицией у представителей правоохранительных органов.

Представители бихевиорально-когнитивной школы [10], наоборот, игнорируют состояние биологического субстрата, считая, что любого человека можно воспитать, а знания, умения и навыки сформировать. Этому мнению в большинстве своем придерживаются педагоги. Оптимальной, на наш взгляд, научной базой является биопсихосоциальная модель [13], в которой интегрировано взаимодействие и единство биологической природы психики, ее пластичности под влиянием обучения и социального взаимодействия. Интегративный подход обосновывает междисциплинарное взаимодействие при оказании помощи детям с проблемами психического здоровья [7] и необходимость умения распознавать психиатрическую составляющую ряда детских проблем у непсихиатров [4].

Мы предположили, что доступное для людей без психиатрической подготовки популяризированное формирование представлений в области детской психиатрии, которое касается диагностики, клиники и лечения детских психических расстройств и правовой основы этого процесса, позволит родителям и сопровождающим детей специалистам понять природу многих проблем сопровождения детей, узнать и использовать возможности их решения.

Для проверки этой гипотезы нами было проведено исследование. В нем принимало участие 306 респондентов. Они были разделены на 3 группы по 102 человека. Первую группу составили педагоги образовательных учреждений города Омска, в которых обучались дети с нарушениями развития: слепые и слабовидящие, глухие и слабослышащие, дети с речевыми, интеллектуальными нарушениями и проблемами опорно-двигательного аппарата. Все опрошенные при получении профессионального образования, получали знания по клиническим дисциплинам, в том числе, по детской психиатрии. Вторую группу составили специалисты гуманитарного профиля: педагоги, психологи, специалисты по социальной работе и юристы, они работали с детьми без выраженных нарушений развития. Респонденты не получали знаний по психиатрии при профессиональном обучении,

но интересовались этой областью медицины и знакомились с ней в средствах массовой информации и на межведомственных мероприятиях с участием врачей-психиатров. В третьей группе были специалисты этого же профиля, не интересовавшиеся ранее вопросами проблем детского психического здоровья и не имевшие знаний в этой области.

Исследование проводилось с использованием разработанной нами анкеты, содержащей вопросы для выявления уровня осведомленности в области проблем детского психического здоровья и возможностей их решения.

При анализе ответов выявилось выраженное отличие в отношении ряда явлений в зависимости от наличия знаний в области клинической психиатрии.

Больше половины специалистов (54%), имеющих знания в области психиатрии, полученных в процессе профессиональной подготовки (1-я группа), считают причиной отсутствия эффективности мер психолого-педагогического воздействия нарушение психического здоровья детей. Специалисты сопоставляли проявления проблем с полученными ими в ходе обучения знаниями по психиатрии и считали, что смягчить или решить проблему детей можно только при обращении их родителей к психиатру. Большинство опрошенных 2-й и 3-й групп объясняют это комплексом причин, включающих как проблемы воспитания и неблагоприятную наследственность, так и проблемы психического здоровья. Большинство респондентов 1-й группы указало, что в консультации и лечении детского психиатра нуждается больше половины или большинство их подопечных, респонденты 2-й группы указали, что такая необходимость есть у половины детей, респонденты 3-й группы считают, что лишь единицы. Рекомендуют обратиться к психиатру в случае затруднений сопровождения детей почти 90% респондентов 1-й группы, половина опрошенных 2-й группы, и только 10% - 3-й группы.

Далее нами были проанализированы ответы всех респондентов без разделения их на группы по следующим позициям.

Советуя родителям обратиться к специалистам по детскому психическому здоровью, опрошенные рекомендовали таких специалистов, как:

- а. педагог-психолог или детский психолог – 48%;
- б. детский невролог – 85%;
- в. детский психиатр – 7%;
- г. логопед – 47%;
- д. дефектолог – 5%.

Характеризовали реакции родителей на рекомендацию обратиться к детскому психиатру по поводу проблем их детей как:

- а. обиду или агрессию родителей без объяснения причины 35%;
- б. обвинение, что специалист, как профес-

сионал, не способный найти подход к ребенку 64%;

в. родители не считают проблему медицинской 76%;

г. согласие родителей, что помощь нужна 35%;

д. отзыв о негативном опыте уже состоявшегося обращения к психиатру и неэффективности или неблагоприятных последствиях лечения 14 %;

е. родители соглашались, что нужна помощь психиатра, но их удерживает от этого страх стигматизации (клейма), учета, использования препаратов с непонятным для родителей и, возможно, вредным влиянием, незнание, куда и к кому можно обратиться -25%;

ж. родители уже обращались к психологу и считают этого достаточным- 38%;

з. родители обращались к неврологу и считают, что этого достаточно- 64%;

и. родители обращались к представителям эзотерического профиля (целитель, «бабка», астролог и т. п.) - 10 %.

В числе обстоятельств, исходя из которых, специалисты не давали родителям рекомендацию обращаться к детскому психиатру, были выделены:

а. личный опыт негативных реакций родителей на такую рекомендацию – 17%;

б. запрет на такие рекомендации руководителей их образовательного учреждения – 25%;

в. опасения, что родители воспримут это как оскорбление их или ребенка и обидятся- 85%;

г. опасение, что родители воспримут это как оскорбление их или ребенка и пожалуются в вышестоящие инстанции- 70%;

д. опасение, что обращение к такому специалисту чревато неблагоприятными для ребенка последствиями (это клеймо на ребенке, психиатрический учет, использование препаратов с не вполне понятным эффектом и т. п.) - 87%;

е. известен негативный опыт конкретных людей консультирования и (или) лечения у психиатра – 7 %.

В качестве практически востребованной, специалистами была отмечена такая информация из области детской психиатрии, как:

а. клиника распространенных детских психических расстройств - 85%;

б. практика оказания психиатрической помощи в государственной системе здравоохранения - 70%;

в. практика оказания анонимной психиатрической помощи на коммерческой основе - 97%;

г. нормативно-правовые основы оказания психиатрической помощи детям – 44%;

д. профилактика детских психических расстройств – 45%;

е. особенности психолого-педагогического и социального сопровождения в образовательном учреждении детей с проблемами психического здоровья – 95%.

Причиной столь малой популярности психиатрии как области медицины специалисты, не имевшие о ней представлений ранее (3-я группа), объяснили страх предубежденного, негативного реагирования на рекомендацию обратиться родителей проблемных детей. Все опрошенные указали на востребованность ими знаний по детской психиатрии в разных форматах их преподавания: от периодических семинаров и курсов в рамках последипломного образования до популяризованных материалов в масс-медиа.

Таким образом, наше исследование выраженный дефицит информации педагоги испытывают в области проявлений психических расстройств, психиатрического законодательства и этики процесса рекомендации родителям обратиться за помощью к детскому психиатру. Более компетентны в этой области специалисты, получавшие психиатрические знания в ходе профессионального или дополнительного образования. Междисциплинарный характер проявлений детских психических расстройств в разных сферах сопровождения, диктует актуальность обучения психиатрическими знаниями специалистов, работающих с детьми. Для комплексного понимания природы проблем детского психического здоровья, проявляющихся на разных этапах возрастного развития и в разных аспектах социализации ребенка, целесообразно знакомить с некоторыми сведениями из детской психиатрии и психиатрического законодательства всех участников воспитательного процесса как форме академического обучения в последипломный период, так и посредством активной популяризации в средствах массовой информации.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Н. В. Александрова. Формирование представлений в области детской психиатрии: потребность, междисциплинарные и этические противоречия, защита прав человека. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2020. - № 2 (20). - С. 44-50
2. Александрова Н. В. Компетентность педагогов в области проблем детского психического здоровья как условие успешного учебно-воспитательного процесса. // Наука о человеке: гуманитарные исследования. - 2018. № 1 (31). С. 70-73
3. Бархатова А.Н. Психическое здоровье через призму общественного мнения // Психическое здоровье: социальные, клиничко-организационные и научные аспекты: Материалы научно-практической конференции, 31 октября 2016 г. - М.: Изд-во ООО "Издательский дом КДУ", 2017. С. 519-523.
4. Иовчук Н. М. Детская социальная психиатрия для не психиатров / Н. М. Иовчук, А. А. Северный, Н. Б. Морозова. - Москва : Нац. фонд защиты детей от жестокого обращения : Питер, 2006. - 412 с.
5. Карательная психиатрия: Сб./ Под общ. Ред. А. Е. Тараса /- М.: ООО «Изд-во АСТ», Мн.: Харвест, 2005. – 608 с.
6. Макаров И. В. Психиатрия детского возраста. / Руководство для врачей. – С-Пб.: Наука и техника. - 2019. – 992 с.
7. Северный А.А., Иовчук Н.М. Междисциплинарное взаи-

модействие в психокоррекционной помощи детям и подросткам // Вопросы психического здоровья детей и подростков. - 2017. - № 2 (17). - С. 215-216.

8. Судьин С.А. Психически больной и его семья в теории и практике социологии психического здоровья. - Нижний Новгород: ООО "Научно-исследовательский социологический центр". - 2015. 116 с.

9. Ashish Gulia. Social media in medical practice: A boon or bane!!! Indian Journal of Medical Sciences –

<http://dx.doi.org/10.18203/issn.0019-5359.IndianJMedSci20170480>

10. Arturo Clavijo A. The Psyche as Behavior, 2013,

Revista Colombiana de Psicología, 22(2), p. 377-387. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692013000200011

11. Baars, Bernard J. Cognition, brain, and consciousness : introduction to cognitive neuroscience/Bernard Baars, Nicole Gage. Langford Lane, Kidlington, Oxford — 2nd ed. – 2010.

12. Brill A. A. Determinism In Psychiatry And Psychoanalysis, 2006.

<https://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/ajp.95.3.597>

13. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry, 2004.



Клиническая психология

УДК: 616.89

Для цитирования: Цускман И.Г., Сергеева Е.Д., Малютина Т.В. Волонтерская деятельность как средство формирования профессионально важных качеств у студентов вуза. *Омский психиатрический журнал*. 2020; 3 (26): 24-27. doi: 10.24411/2412-8805-2020-10304

ВОЛОНТЕРСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАК СРЕДСТВО ФОРМИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ВАЖНЫХ КАЧЕСТВ У СТУДЕНТОВ ВУЗА

И.Г. Цускман¹, Е.Д. Сергеева¹, Т.В. Малютина¹

¹Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Омск)

malyutina1971@mail.ru

Аннотация

В статье автором рассматривается организация волонтерского движения в вузе. Волонтерская деятельность представлена как средство формирования профессионально важных качеств студентов университета. Определяется значимость привлечения студентов к волонтерской деятельности и представлен анализ результатов внедрения добровольческого студенческого проекта «Мы вместе».

Ключевые слова: волонтерское движение, студенты университета, профессионально важные качества, высшее образование.

VOLUNTEER ACTIVITY AS A MEANS OF FORMING PROFESSIONALLY IMPORTANT QUALITIES IN UNIVERSITY STUDENTS

I.G. Tsuskman, E.D. Sergeeva, T.V. Malyutina

Abstract. In the article, the author considers the algorithm for organizing volunteer movement in a university. Volunteering is presented as a means of forming the tolerance of university students. The significance of attracting students to volunteer activities is determined and an analysis of the results of the introduction of the volunteer student project “We Together” is presented.

Keywords: Volunteer movement, university students, professionally important qualities, higher education.

ВВЕДЕНИЕ

Гуманитаризация высшего образования ставит своей целью формирование нравственно и духовно развитого человека – будущего специалиста, способного гармонично сочетать образованность, профессионализм, духовность, нравственную воспитанность. При реализации программы бакалавриата в вузе волонтерское движение является одним из значимых разделов образовательного процесса для формирования не только общекультурных, но и профессиональных компетенций. Участие студентов в добровольческих акциях органично способствует как развитию личности, формированию профессионально значимых качеств, так и толерантности студентов.

ИЗЛОЖЕНИЕ ОСНОВНОГО МАТЕРИАЛА СТАТЬИ

Волонтерское движение является одним из значимых направлений духовно-нравственного воспитания студентов вуза. Поддержка пожилых людей, социальная адаптация детей с ограниченными возможностями, участие в профилактических акциях учат милосердию, способности сопереживать чужую боль, способствует обучению молодых людей новым формам поведения,

воспитывает личность, устойчивую к стрессам, способную самостоятельно и эффективно строить свою жизнь.

Согласно проведенным исследованиям в последнее десятилетие волонтерство набирает силу во всем мире. Особое внимание привлекает молодежное добровольчество как форма вовлечения молодежи в социальную практику, возможности реализации своего потенциала развитие ее созидательной активности, будущего профессионального роста. В нашей стране системную работу ведут Центры развития добровольчества, функционируют волонтерские отряды, создающиеся при учреждениях высшего профессионального образования. Популяризация добровольческой деятельности активизирует научный интерес к данной проблематике со стороны специалистов разных направлений. Необходимо отметить, что, по мнению исследователей, на этимологическом уровне значения понятий «волонтерство» и «добровольчество» являются синонимами и имеют структурное единство интерпретации [1, с. 111-118].

Они включают в себя обозначение некой общности людей, реализующих определенный вид деятельности, направленный на достижение целей и задач. При этом в повседневности в России чаще употребляют термин «добровольчест-

во». Проанализировав отечественную литературу по данному вопросу, можно сделать вывод, что российские исследователи не отдают видимого приоритета какому-либо из используемых терминов и используют понятия как синонимы.

В словаре С. И. Ожегова термин «доброволец» имеет два значения. Первое значение: доброволец – человек, добровольно вступивший в действующую армию; второе – тот, кто добровольно взял на себя какую-нибудь работу [2, с. 230-237].

Проанализировав ряд словарных статей, отечественный исследователь М.В. Певная выявила, что термины «волонтерство» и «добровольчество» имеют следующие характеристики:

- в основе понятия лежит деятельность, которой авторы (деятели) занимаются по доброй воле, своему желанию, собственному выбору,
- люди, реализующие такого рода деятельность, не ожидают какого-либо материального вознаграждения за результаты своего труда,
- данная деятельность обнаруживает признаки институционально закреплённой [3, с. 174-180].

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года сформулирована задача: гражданское образование и патриотическое воспитание молодежи, содействие формированию правовых, культурных и нравственных ценностей среди молодежи. В числе предложенных решений предлагается развитие добровольческой (волонтерской) деятельности молодежи, создание условий для деятельности молодежных общественных объединений и некоммерческих организаций [4].

Привлечение молодежи и студенчества к добровольческой деятельности является важным направлением государственной молодежной политики. Формирование системы поддержки молодежного добровольчества выделяется в качестве одного из мероприятий, направленных на обеспечение условий для реализации потенциала молодых людей в социально-экономической сфере, а также внедрение технологии «социального лифта» [5].

Организаций и специалисты в области волонтерства убеждены, что «рамочный» документ, определяющий правовой статус волонтера в России необходим. Помимо всего прочего, федеральный закон о волонтерстве может стать основой для принятия соответствующих нормативных актов в регионах [2, с. 230-237].

Организация и развитие волонтерской деятельности среди студентов высших учебных заведений может стать одним из приоритетных направлений подготовки молодых специалистов, так как участие в волонтерстве помогает находить ресурсы собственного личностного совершенствования, способствует, развитию

рефлексии, стимулированию самореализации.

При работе с группой студентов обычно выбирают определенное направление их деятельности. Единственным требованием к выбору направления является заинтересованность в нем самих студентов, их желание сделать окружающий мир лучше, чище и светлее, его готовность к работе и умение доводить начатое дело до финала.

Любое мероприятие, проводимое студентами, не может быть им навязано, т.к. основной идеей добровольческой деятельности всегда должна оставаться добровольная помощь. На практике нередко происходят ситуации, которые требуют проведения определенной акции от добровольцев. При работе со студентами в такие обстоятельства предпочтительнее заинтересовать и замотивировать их. Полезно рассказывать статистические данные и позитивную динамику после проведения подобных акций, которые производят на студентов впечатление, так как выражают их коэффициент полезного действия в понятной для них цифре.

Таким образом, добровольческая деятельность, несмотря на всю схожесть целей и задач, может абсолютно отличаться по исполнению. Большое влияние на ее эффективность оказывает состав добровольцев, место и условия проведения акций, акцентности руководителей, активность и творческое отношение самих добровольцев. Все это делает каждое проведенное мероприятие добровольцев уникальным. Социальная активность студента, формирующаяся в ходе добровольческой деятельности, способствует развитию у студентов готовности к решению общественно-значимых задач в характерных видах деятельности, и выражение творческой деятельности, направленной на преобразование окружающего мира.

Цель и результат волонтерской деятельности в университете с позиций компетентностного подхода - компетентная личность, способная и готовая к обучению, мотивированная на личностный рост и профессиональную карьеру, социально-адаптированная в профессиональном сообществе образовательного учреждения и отрасли, конкурентоспособная на рынке труда.

Основные задачи волонтерской деятельности:

- разработка и реализация волонтерских программ, крупных спортивных и культурно-деловых мероприятий, проводимых в университете,
- широкое информирование общественности о волонтерской деятельности, продвижение ценностей и идеалов волонтерского движения среди студентов университета и жителей региона,
- профессиональная подготовка волонтеров к организации и проведению мероприятий различного уровня и разной на-

правленности с использованием уникальных методик и образовательных программ,

- выстраивание индивидуальной траектории развития каждого волонтера через занятия социально значимой, социально полезной деятельностью и участие образовательных программ.

В университете ведется слаженная системная работа волонтерского движения «Мы вместе». Данное движение начало свою деятельность в ноябре 2010 года. За период работы коллектива в образовательном учреждении сложились добрые традиции, переходящие из года в год. Педагогическим коллективом ведется систематическая работа по сохранению и развитию лучших традиций. Действующее движение называется «Мы вместе», которое несет в себе сострадательное, доброжелательное, заботливое отношение к другому человеку, что является основополагающим в будущей профессии.

Волонтерское объединение «Мы вместе» осуществляет свою деятельность в следующих направлениях:

- «Портал Здоровья» (санитарно-просветительская работа и пропаганда здорового образа жизни);
- «Тепло души» (поддержка пожилых людей, ветеранов и проживающих в геронтологических центрах);
- «Надежда» (помощь детям, оставшимся без родительского попечения);
- «Улыбка».

Реализация содержания добровольческой деятельности осуществляется по плану, в котором отражены её основные направления и формы деятельности.

Профессиональное волонтерство, включенное в образовательный процесс вуза, способствует формированию мировоззрения студента и получению опыта работы.

Добровольцы направления «Тепло души» осуществляют тесную связь с геронтологическим центром «Неженский». При этом волонтеры не подменяют работу сотрудников геронтологических центров. Основная задача всех проводимых мероприятий - предоставить возможность пожилым людям почувствовать свою значимость в обществе, поэтому мы используем различные формы общения.

Тематические праздничные программы, спектакли, концерты для пожилых людей, творческие конкурсы («День матери», «Рождественские встречи», «Проводы русской зимы», «Никто не забыт...», «Русские частушки») стали традиционными мероприятиями. Программы организуются студентами университета с привлечением творческих коллективов города Омска и школьников, что способствует распространению добровольческих идей в молодежной среде региона.

Индивидуальное общение со старшим поко-

лением, помощь персоналу в уходе, организация прогулок важны не только для одиноких людей, но и способствуют развитию таких важных качеств, как доброта, душевность, терпение. В ближайшее время планируется издание воспоминаний ветеранов и сборника стихов.

Направление «Надежда» волонтерского объединения «Мы вместе» тесно сотрудничает с учреждениями социального обслуживания, детскими клиническими больницами, детскими домами и интернатами. Стали уже традиционными циклы сезонных концертов, представлений, спектаклей для детей с ограниченными возможностями («Здравствуй, осень!», «Новый год», «Весна идет...», «Русская кукла», «Чай из трав».

Регулярные встречи с детьми сопровождаются мастер-классами. Неоценима роль таких мероприятий для социальной адаптации детей. Вместе с тем это направление формирует у будущих специалистов духовно-нравственные качества.

Пропаганда здорового образа жизни среди населения, обучение школьников основным гигиеническим навыкам, забота о будущем поколении являются целями реализации студенческих волонтерских проектов. Добровольческие акции, проводимые регулярно приурочены к международным дням («Белая ромашка», «Жестокий обман табачного дыма», «Вкус здоровья») и направлены на информирование населения.

Направление «Улыбка», объединяет студентов - будущих стоматологов, основной целью является повышение уровня стоматологического здоровья населения за счет улучшения санитарно-гигиенических навыков, необходимых для профилактики полости рта.

Современное общество диктует новые требования к личности выпускника российского вуза, в которой должны гармонично сочетаться: высокая квалификация, виртуозное владение техникой, должный уровень компетентности в своей специальности в сочетании с социальной ответственностью и нравственными общечеловеческими ценностями, что и определяет основные формы организации волонтерской работы на современном этапе.

ВЫВОД

Добровольческая деятельность зародилась довольно давно. Сегодня она принимает современные формы, в том числе выступает важным социальным институтом. Волонтерство сегодня – это мощное общественное международное движение, получившее широкое распространение по всей России.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов при проведении исследования

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Певная М. В. Волонтерство как социологическая проблема [Текст] / М. В. Певная // Социолог. Исследования. – 2013. – № 2. – С. 111 – 118.
2. Певная М. В. Развитие волонтерства в России: проблемы и противоречия [Текст] / М. В. Певная // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. – 2014. – №2. – С. 230-237.
3. Певная М. В. Дисциплинарные и методологические подходы к исследованию волонтерства [Текст] / М. В. Певная // Известия Уральского федерального университета. Сер.1. Проблемы образования, науки и культуры. – 2013. – № 2. – С. 174-180.
4. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17.11.2008 № 1662) [Электронный ресурс] – режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_82134/
5. Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года (утверждены распоряжением Правительства Российской Федерации от 29.11.2014 № 2403-р) [Электронный ресурс] –режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_171835/

