

Омский психиатрический журнал

4 (45) 2025



Omsk Journal of Psychiatry

**4 [45]
2025**

**ISSN
2412-8805**

Издание зарегистрировано в
Федеральной службе по
надзору в сфере связи,
информационных
технологий и массовых
коммуникаций
Свидетельство
ЭЛ № ФС 77 - 88857 от
13.12.2024

Учредитель:
Областная общественная
организация "Омское
Общество психиатров"

Адрес редакции:
644070, Омская обл., г.
Омск, ул. Куйбышева, д. 30

Форма распространения:
Сетевое издание

Языки:
русский, английский

**Территория
распространения:**
Российская Федерация
зарубежные страны

Доменное имя
OMSKOOP.RU

Электронная почта:
pontiac@list.ru

В издании использованы
материалы и иллюстрации
из открытых
Интернет-источников

На титульной странице -
репродукция картины
Хесус Агуадо
"Любовь в жизни
Питти" (2016)

16 +

Омский психиатрический журнал

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)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:
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)
Титов Д.С.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Чеперин А.И., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:
Александрова Н.В., к.м.н.
Омский государственный университет (Омск)
Антонова А.С., к.м.н.
Омский наркологический диспансер (Омск)
Белебева Е.А.
Омское общество психиатров (Омск)
Гирфанова Е.П.
Медицинский Союз Омской области
Иванова Т.И.
Омское общество психиатров (Омск)
Гранкина И.В., к.м.н.
Омское общество психиатров (Омск)
Федорова Н.В., к.пс.н.
Омский государственный педагогический университет (Омск)

© Омский психиатрический журнал. 2025
Выпуск размещен 15 октября 2025 года

4 (45) 2025

**ISSN
2412-8805**

The Journal is registered by
the Federal Service for
Supervision of
communications, information
technology, and mass media

Mass Media Registration
Certificate
ЭЛ № ФС 77 - 88857
dated 13.12.2025

Founder:
Regional public organization
"Omsk Society of
Psychiatrists"

Editorial address:
644070, Omsk region, Omsk,
Kuibysheva st., 30

Distribution form:
Online publication

Languages:
Russian, English

Distribution territory:
Russian Federation
foreign countries

Domain name
OMSKOOP.RU

E-mail:
pontiac@list.ru

The publication uses materials
and illustrations from open
Internet sources

The title page contains a
reproduction
of the painting
Jesús Aguado
"Piti love life"
(2016)

Omsk Journal of Psychiatry

Scientific and practical online publication

The journal is included in the Russian Science Citation Index (RSCI) system

EDITOR-IN-CHIEF

Chetverikov D.V., Doctor of Ps.Sc., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:

Antilogova L.N., Doctor of Ps.Sc.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)
Krakhmaleva O.E., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Odarchenko S.S., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Titov D.S.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Cheperin A.I., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)

EDITORIAL BOARD:

Alexandrova N.V., Ph.D.
Omsk State University (Omsk)
Antonova A.S., Ph.D.
Omsk Narcological Dispensary (Omsk)
Belebekha E.A.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Girfanova E.P.
Medical Union of Omsk Region
Grankina I.V., Ph.D.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Ivanova T.I., Doctor of Med. Sc.
Omsk Society of Psychiatrists (Omsk)
Fedorova N.V., Ph.D.
Omsk State Pedagogical University (Omsk)

Содержание

КОЛОНКА РЕДАКТОРА	3
СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИАТРИИ	
<i>Н.В. Александрова, О.М. Барышева, Н.М. Губская, И.В. Днепровская, Т.А. Яковлева</i>	
Кибербуллинг как фактор риска суицида у подростков: полипрофессиональный подход к решению проблемы	5
НАРКОЛОГИЯ	
<i>Д.С. Титов, А.С. Антонова, Д.В. Четвериков</i>	
История наркологической службы Омской области. Часть 1.	10
ПСИХОТЕРАПИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ	
<i>К.А. Гасенко, А.Д. Шеллер, М.В. Берников, Е.И. Сизова, Е.Н. Пластун, А.Б. Савельева</i>	
Создание открытой социальной среды путём интеграции в творче- ство пациентов психиатрического стационара с тяжёлой формой социальной дезадаптации	17
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ	
<i>А.К. Шаповалова, Н.В. Федорова</i>	
Особенности психологической готовности к школе детей, воспитывающихся по системе Монтессори	20
СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В ПСИХИАТРИИ	
<i>Т.А. Воронкова, Е.П. Гирфанова, Е.Ю. Лопуха, Т.Н. Лудын, М.В. Четверикова</i>	
Психологические аспекты работы медицинской сестры с психосоматическими пациентами	24
НОВОСТИ ПСИХИАТРИИ	28

Table of Contents

EDITOR'S COLUMN	3
SOCIAL ASPECTS OF PSYCHIATRY	
<i>N.V. Alexandrova, O.M. Barysheva, N.M. Gubskaya, I.V. Dneprovskaya, T.A. Yakovleva</i>	
Cyberbullying as a risk factor for suicide in adolescents: a polyprofessional approach to problem-solving	5
ADDICTION MEDICINE	
<i>D.S. Titov, A.S. Antonova, D.V. Chetverikov</i>	
History of the Omsk region drug treatment service. Part 1	10
PSYCHOTHERAPY AND REHABILITATION	
<i>K.A. Gasenko, A.D. Sheller, M.V. Bernikov, E.I. Sizova, E.N. Plastun, A.B. Savelyeva</i>	
Creating an open social environment through the integration of inpatient psychiatric patients with severe social maladjustment into creative activities	17
CLINICAL PSYCHOLOGY	
<i>A.K. Shapovalova, N.V. Fedorova</i>	
Characteristics of psychological readiness for school in children educated in the Montessori system	20
PSYCHIATRIC NURSING	
<i>T.A. Voronkova, E.P. Girfanova, E.Y. Lopukha, T.N. Ludyn, M.V. Chetverikova</i>	
Psychological aspects of nursing care for patients with psychosomatic disorders	24
PSYCHIATRY NEWS	28

Колонка редактора

Уважаемые коллеги!

Представляемый вашему вниманию новый номер нашего журнала отражает многогранность и динамичное развитие современной психиатрии, наркологии и смежных дисциплин. Мы собрали под одной обложкой работы, которые охватывают широкий спектр проблем – от суицидальных рисков в цифровой среде до исторического становления служб и реабилитационных методик.

Открывает номер статья, посвященная одной из самых острых проблем современности – кибербуллингу и его связи с суицидальным риском у подростков. Авторы не просто констатируют печальную статистику, а проводят нас вглубь психологических механизмов этой связи. Они наглядно показывают, как виртуальная травма запускает реальный каскад переживаний: депрессию, чувство безнадежности, тотальное одиночество и разрушение самооценки. В этом контексте особенно ценно, что работа не ограничивается констатацией проблемы, а предлагает конкретную модель полипрофессионального вмешательства. Эта модель, объединяющая психиатра, психотерапевта, клинического психолога и социального работника, представляется нам единственно верным ответом на сложный, многоуровневый вызов кибербуллинга.

Второй материал номера позволяет нам обратиться к истокам и совершить экскурс в историю наркологической службы на примере Омского областного наркологического диспансера. Этот путь от одного кабинета до ведущего учреждения – это не просто хроника организационного роста. Это история мужества, преданности делу и колоссального труда нескольких поколений специалистов. Знание своей истории, уважение к опыту предшественников – это фундамент, на котором строится профессиональная идентичность.

Исторический обзор напоминает нам, что за сухими формулировками приказов и отчетов всегда стоят люди: и те, кто оказывает помощь, и те, кто ее получает. Работа «слаженного профессионального коллектива с активной жизненной позицией» – это тот человеческий капитал, без которого любые, даже самые передовые технологии, останутся лишь на бумаге. Эта статья – дань уважения всем, кто стоял у истоков и продолжает нелегкую работу в сфере наркологии сегодня.

Третья статья возвращает нас в область клинических исследований и посвящена эффективности нефармакологических методов реабилитации. Речь идет об арт-проекте для пациентов с параноидной шизофренией. Авторы не просто говорят о том, что «творчество полезно», а представляют данные, показывающие статистически значимое улучшение социальной адаптации и, что

крайне важно, – снижение частоты регоспитализаций в катамнезе.

Устойчивость эффекта, подтвержденная через год, и повышение комплаенса – это те самые практико-ориентированные результаты, которых нам всем не хватает. Терапевтические открытия здесь выступают не просто как продукт творчества, а как материальный символ связи с терапией, «якорь» стабильности во внешнем мире. Данное исследование – веский аргумент в пользу того, что реабилитационная среда в стационаре должна быть живой, творческой и нацеленной на мобилизацию личностных ресурсов пациента.

Четвертое исследование несколько выходит за рамки сугубо клинической психиатрии, обращаясь к истокам психического здоровья – к вопросу подготовки ребенка к школе. Сравнительный анализ эффективности системы Монтессори и общеобразовательной программы наглядно демонстрирует, как педагогический подход может влиять на формирование ключевых психологических качеств: самостоятельности, инициативности, внутренней мотивации. Эти данные важны для нас, специалистов, так как заставляют задуматься о профилактике: насколько вовремя мы выявляем детей, чья психологическая незрелость может в будущем стать почвой для развития дезадаптационных и невротических расстройств.

Заключительная статья фокусируется на значимой фигуре лечебного процесса – медицинской сестре. Авторы выделяют эффективные методики сестринского вмешательства (эмпатическое слушание, психообразование), но и главную «цену» такой работы – риск эмоционального выгорания. Статья служит напоминанием, что система помощи не может быть устойчивой, если она не заботится о тех, кто оказывает эту помощь. Профилактика выгорания среднего медицинского персонала – это не просто «социальный пакет», а обязательное условие качества и безопасности медицинской помощи в целом.

Представленные в номере работы, хотя и посвящены разным темам, образуют единый нарратив. От понимания глубинных механизмов кризиса и уважения к истории – через методы терапии и реабилитации – к работе с истоками психического благополучия и заботе о тех, кто оказывает помощь. Мы надеемся, что этот выпуск станет для вас не просто источником новой информации, но и стимулом для размышлений, дискуссий и внедрения наиболее эффективных подходов в вашу ежедневную практику.

*Правление Омского общества психиатров
Редакционная коллегия*

Editor's Column

Dear colleagues

The new issue of our journal presented to your attention reflects the multifaceted and dynamic development of modern psychiatry, narcology, and related disciplines. We have brought together under one cover works that cover a wide spectrum of problems—from suicidal risks in the digital environment to the historical formation of services and rehabilitation methodologies.

The issue opens with an article devoted to one of the most pressing problems of our time—cyberbullying and its connection to suicidal risk in adolescents. The authors do not merely state the sad statistics but guide us into the depths of the pathopsychological mechanisms of this connection. They vividly demonstrate how virtual trauma triggers a real cascade of experiences: depression, feelings of hopelessness, total loneliness, and the destruction of self-worth. In this context, it is especially valuable that the work is not limited to stating the problem but offers a specific model of multiprofessional intervention. This model, uniting a psychiatrist, psychotherapist, clinical psychologist, and social worker, appears to us to be the only correct response to the complex, multi-level challenge of cyberbullying.

The second material in the issue allows us to turn to the origins and take an excursion into the history of narcological services using the example of the Omsk Regional Narcological Dispensary. This path from a single office to a leading institution is not just a chronicle of organizational growth. It is a history of courage, dedication, and the colossal labor of several generations of specialists. Knowledge of one's history and respect for the experience of predecessors is the foundation upon which professional identity is built. The historical review reminds us that behind the dry formulations of orders and reports, there are always people: both those who provide care and those who receive it. The work of a "cohesive professional team with an active life position" is the human capital without which any, even the most advanced technologies, will remain only on paper. This article is a tribute to all who stood at the origins and continue the difficult work in the field of narcology today.

The third article returns us to the area of clinical research and is dedicated to the effectiveness of non-pharmacological rehabilitation methods. It discusses an art project for patients with paranoid schizophrenia. The authors do not just say that "creativity is useful," but present data showing a statistically significant improvement in social adaptation and, crucially, a reduction in the frequency of

rehospitalizations in the follow-up period. The sustainability of the effect, confirmed after one year, and the increase in compliance are precisely the practice-oriented results that we all need. The therapeutic postcards here act not just as a product of creativity, but as a material symbol of connection with therapy, an "anchor" of stability in the outside world. This research is a compelling argument in favor of the idea that the rehabilitation environment in a hospital should be vibrant, creative, and aimed at mobilizing the patient's personal resources.

The fourth study somewhat steps beyond purely clinical psychiatry, addressing the origins of mental health—the issue of a child's readiness for school. A comparative analysis of the effectiveness of the Montessori system and the standard educational program clearly demonstrates how a pedagogical approach can influence the formation of key psychological qualities: independence, initiative, and intrinsic motivation. These data are important for us, specialists, as they make us think about prevention: how timely we are in identifying children whose psychological immaturity may in the future become the ground for the development of maladaptive and neurotic disorders.

The final article focuses on a significant figure in the treatment process—the nurse. The authors highlight effective methods of nursing intervention (empathetic listening, psychoeducation), but also the main "cost" of such work—the risk of emotional burnout. The article serves as a reminder that the system of care cannot be sustainable if it does not care for those who provide this help. Preventing burnout among middle medical personnel is not just a "social package," but an essential condition for the quality and safety of medical care as a whole.

The works presented in the issue, although devoted to different topics, form a unified narrative. From understanding the deep mechanisms of crisis and respect for history—through methods of therapy and rehabilitation—to working with the origins of mental well-being and caring for those who provide help. We hope that this issue will become for you not just a source of new information, but also a stimulus for reflection, discussion, and the implementation of the most effective approaches in your daily practice.

***Board of the Omsk Society of Psychiatrists
Editorial Board***

Социальные аспекты психиатрии

УДК 616.895.8-036.8-085.851.2

КИБЕРБУЛЛИНГ КАК ФАКТОР РИСКА СУИЦИДА У ПОДРОСТКОВ: ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ

Н.В. Александрова, О.М. Барышева, Н.М. Губская,
И.В. Днепровская, Т.А. Яковлева

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

natalie_v_al@inbox.ru

Аннотация. На основе анализа научной литературы в статье раскрываются ключевые психологические механизмы, связывающие кибербуллинг с суицидальным риском у подростков. Установлено, что онлайн-травля запускает каскад патофизиологических процессов (депрессия, безнадежность, социальная изоляция, снижение самооценки). Обоснована модель полипрофессионального вмешательства, включающая скоординированную работу психиатра, психотерапевта, клинического психолога и социального работника, как основа для эффективной профилактики и терапии.

Ключевые слова: кибербуллинг, суицидальный риск, подростки, полипрофессиональный подход, психологические медиаторы, депрессия, безнадежность, DBT, TF-CBT.

CYBERBULLYING AS A RISK FACTOR FOR SUICIDE IN ADOLESCENTS: A POLYPROFESSIONAL APPROACH TO PROBLEM-SOLVING

N.V. Alexandrova, O.M. Barysheva, N.M. Gubskaya, I.V. Dneprovskaya, T.A. Yakovleva

Abstract. Based on a scientific literature analysis, the article reveals the key psychological mechanisms linking cyberbullying to suicidal risk in adolescents. It is established that online bullying triggers a cascade of pathopsychological processes (depression, hopelessness, social isolation, decreased self-esteem). A model of polyprofessional intervention is substantiated, involving the coordination of a psychiatrist, psychotherapist, clinical psychologist and social worker as a basis for effective prevention and therapy.

Keywords: cyberbullying, suicidal risk, adolescents, polyprofessional approach, psychological mediators, depression, hopelessness, DBT, TF-CBT.

Актуальность

Проблема суицидального поведения в подростковом возрасте сохраняет исключительную актуальность и рассматривается как одно из наиболее острых проявлений кризисов современного общества [1, 10]. В последние десятилетия на фоне стремительного развития цифровых технологий возник новый фактор риска, существенно влияющий на психическое здоровье подростков, — кибербуллинг. Данная форма агрессии реализуется посредством электронных коммуникационных платформ и социальных сетей, отличается высокой степенью публичности, анонимности и потенциалом для длительного воздействия [3, 17].

Кибербуллинг определяется как преднамеренные и повторяющиеся действия, направленные на причинение психологического вреда другому человеку с использованием цифровых средств. Он может принимать различные формы — от оскорблений и распространения слухов до публикации личной информации и шантажа [3, 11, 17]. При этом подростки могут занимать различные позиции в системе кибербуллинга: быть жертвами, агрессорами, сочетать обе роли или оставаться наблюдателями. Исследования

показывают, что распределение ролей тесно связано с особенностями социальной позиции, самооценки и эмоционального благополучия участников [5, 8, 9].

Проблема кибербуллинга приобретает особую значимость в контексте суицидального поведения подростков. Анализ отечественных и зарубежных исследований показывает, что опыт онлайн-виктимизации связан с повышением уровня депрессивной симптоматики, тревожности и безнадежности, что, в свою очередь, увеличивает риск суицидальных мыслей, намерений и попыток [1, 6, 10, 12, 14, 15, 19]. По данным крупных мета-анализов и систематических обзоров, жертвы кибербуллинга в 2–2,5 раза чаще задумываются о суициде по сравнению со своими сверстниками, не подвергавшимися онлайн-травле [14, 15, 20]. Таким образом, кибербуллинг рассматривается как один из ключевых социальных предикторов аутодеструктивного поведения у подростков.

Исследователи отмечают, что воздействие кибербуллинга на психическое состояние носит многокомпонентный характер и включает как прямые, так и опосредованные связи. В ряде работ показано, что переживаемая виктимизация усиливает депрессивные тенденции,

формирует чувство социальной изоляции и способствует снижению самооценки [6, 12, 18, 19]. Отмечается также роль безнадежности и беспомощности как медиаторов между опытом травли и суицидальными проявлениями [19]. Негативное влияние усугубляется особенностями самой цифровой среды — постоянной доступностью, отсутствием временных и пространственных границ, возможностью мгновенного распространения компрометирующего контента и ограниченным контролем со стороны взрослых [3, 17].

Особое внимание уделяется психологическим и социальным механизмам, способствующим вовлечению подростков в ситуацию кибербуллинга. Наряду с индивидуальными чертами (импульсивность, низкий уровень эмпатии, повышенная тревожность), существенное значение имеют групповая динамика и феномен коллективной моральной дезангажированности, когда агрессивное поведение в сети нормализуется и поддерживается сообществом [13, 17]. В таких условиях происходит снижение критичности и ответственности за собственные действия, что способствует росту агрессии и снижению эмпатии к жертвам.

Наряду с жертвами кибербуллинга в зону повышенного риска попадают подростки, сочетающие роли агрессора и жертвы. Для так называемых «агрессоров-жертв» характерны выраженные эмоциональные и поведенческие трудности, высокий уровень социальной тревожности, агрессивности и депрессивных проявлений, что дополнительно увеличивает вероятность суицидальных мыслей и действий [5, 16]. При этом агрессоры, не испытывающие виктимизации, демонстрируют иные паттерны психологического неблагополучия, однако именно жертвы и агрессоры-жертвы составляют наиболее уязвимую категорию.

Кибербуллинг тесно связан с особенностями информационной социализации подростков, влияя на их восприятие социальных норм, самооценку и представления о личных границах [2, 4, 7]. Подростки, активно использующие социальные сети, зачастую сталкиваются с высоким уровнем сравнения себя с другими и стремлением к социальной одобряемости, что делает их особенно чувствительными к негативным оценкам и публичному осуждению [2, 8, 9]. В сочетании с недостаточной эмоциональной устойчивостью и слабой системой поддержки такие воздействия могут формировать устойчивые предпосылки для аутоагрессивных мыслей и действий.

Некоторые исследования подчеркивают важность защитных факторов, способных смягчить негативные последствия кибербуллинга. Среди них выделяют высокий уровень психологической резильентности, наличие доверительных отношений со взрослыми и сверстниками,

развитые навыки конструктивного совладания со стрессом [8, 9, 18]. Показано, что социальная поддержка и эмоциональная вовлеченность значимого окружения снижают вероятность перехода от депрессивных переживаний к суицидальному поведению [18].

Совокупность представленных данных позволяет рассматривать кибербуллинг как значимый элемент в структуре факторов, формирующих суицидальный риск у подростков. Его воздействие опосредуется депрессией, снижением самооценки, безнадежностью, социальной изоляцией и недостаточностью поддержки. При этом цифровая среда усиливает эффект виктимизации за счёт масштабируемости, анонимности и неограниченности во времени. Изучение психологических механизмов и медиаторов этой связи имеет принципиальное значение для разработки профилактических и коррекционных программ, направленных на снижение распространённости кибербуллинга и минимизацию его последствий [1–20].

Цель. Систематизация и анализ данных научной литературы для выявления ключевых психологических механизмов, опосредующих влияние кибербуллинга на формирование суицидального риска, и обоснование полипрофессиональной модели оказания помощи подросткам.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели был проведен теоретический анализ и обобщение данных, представленных в отечественных и зарубежных научных публикациях за последние 10–15 лет. Поиск источников осуществлялся в электронных базах данных PubMed, Scopus, Google Scholar и eLibrary. В качестве поисковых запросов использовались следующие ключевые слова и их комбинации: «кибербуллинг», «интернет-травля», «суицид», «суицидальный риск», «подростки», «психологические медиаторы», «cyberbullying», «suicide», «adolescents», «psychological mechanisms». Основное внимание уделялось работам, раскрывающим патопсихологические последствия онлайн-травли, исследованиям по изучению групп риска, а также публикациям, описывающим эффективные модели психотерапевтического и междисциплинарного вмешательства.

Результаты и обсуждение

1. Уникальные характеристики и психологическое воздействие кибербуллинга

Разрушительная сила кибербуллинга обусловлена его уникальными характеристиками, которые многократно усиливают психологический урон и отличают его от традиционных форм насилия.

Одним из ключевых факторов является **анонимность**. Возможность действовать, скрывая личность, снижает у агрессора чувство от-

ветственности, страха наказания и эмпатию к жертве, что описано в литературе как «эффект растормаживания в сети» [13]. Анонимность создает у жертвы ощущение полной беспомощности и тотальной угрозы: источник нападок неизвестен, следовательно, защититься невозможно. Возникает парализующий страх, формируется состояние хронической настороженности, приводящее к социальной тревоге и недоверию к окружающим [3].

Виральность и перманентность цифрового контента придают травле особую устойчивость. Унизительные публикации и комментарии распространяются мгновенно, а удалить их полностью почти невозможно. Этот феномен «цифрового следа» превращает травмирующий опыт в постоянно возобновляющуюся реальность: каждый новый просмотр, лайк или комментарий становится ретравматизацией [2]. Подросток оказывается в ситуации, где унижение не имеет конца, а воспоминания закрепляются на уровне долговременной памяти.

Круглосуточный характер кибербуллинга разрушает традиционные механизмы восстановления. Если в случае офлайн-агрессии ребенок мог найти безопасное пространство дома или в другой социальной среде, то теперь смартфон и социальные сети делают травлю всепроникающей. Уведомления приходят в любое время суток, создавая постоянный стресс, нарушение сна, снижение концентрации и эмоциональное истощение [12, 19]. Возникает феномен «тотального присутствия агрессора», который подрывает чувство контроля над жизнью и способствует формированию симптомов посттравматического стресса.

2. Психологические механизмы формирования суицидального риска

Психологическое воздействие кибербуллинга на подростков проявляется в сложной системе взаимосвязанных механизмов, формирующих суицидальный риск.

Во-первых, кибербуллинг провоцирует развитие аффективных расстройств. Лонгитюдные исследования показывают, что систематическое воздействие онлайн-агрессии повышает вероятность развития депрессии и тревожных расстройств в 2–3 раза по сравнению с контрольной группой [6, 12, 15]. У подростков наблюдаются стойкие нарушения сна, снижение интереса к учебе, чувство пустоты и утраты смысла, что может перейти в суицидальное мышление.

Во-вторых, формируется когнитивный стиль безнадежности — специфическая установка, при которой человек убежден, что ситуация никогда не изменится. Постоянное давление и публичное унижение разрушают веру в возможность улучшения, что делает чувство безысходности центральным медиатором между травлей и суицидальными мыслями [19].

Третьим компонентом выступает социальная изоляция. Испытывая страх новых нападок, жертвы кибербуллинга начинают избегать общения, удаляются из мессенджеров, прекращают участвовать в офлайн-активностях. Такая самоизоляция лишает подростка поддержки со стороны сверстников и семьи, а именно социальная поддержка является одним из ключевых протективных факторов против суицида [8, 18].

Четвёртый механизм — катастрофическое снижение самооценки. Целенаправленные атаки на личность, внешность или социальный статус формируют устойчивое чувство стыда и внутреннего отвержения. Подросток начинает идентифицировать себя с негативными посланиями агрессора, воспринимая себя как «недостойного» или «никчемного», что приводит к утрате способности к сопротивлению и повышает риск аутоагрессии [9].

3. Группы повышенного риска

Анализ данных позволяет выделить категории подростков, наиболее уязвимых к деструктивным последствиям кибербуллинга.

Прежде всего, это подростки с **депрессивными или тревожными расстройствами** в анамнезе, у которых исходно нарушена система эмоциональной регуляции. Кибербуллинг в таких случаях становится мощным триггером обострения.

Вторую группу составляют подростки с **низкой самооценкой и недостатком конструктивных копинг-стратегий** [9]. Они склонны интерпретировать агрессию как подтверждение собственной несостоятельности, что ускоряет переход от тревоги к депрессии.

Третья категория — **подростки с дефицитом доверительных отношений в семье** [18]. Отсутствие поддержки родителей или эмоциональное отчуждение препятствуют раннему распознаванию признаков травмы и мешают своевременному вмешательству.

Особого внимания заслуживает группа так называемых **«булли-виктимов»** — подростков, которые одновременно являются и агрессорами, и жертвами. Исследования показывают, что именно они демонстрируют наиболее выраженные симптомы депрессии, импульсивности и суицидального мышления [5, 14, 16]. Этот парадокс объясняется сочетанием внутренней враждебности и внешней уязвимости, что формирует замкнутый цикл насилия и самообвинения.

4. Полипрофессиональный подход к оказанию помощи

Современная система помощи подросткам, подвергшимся кибербуллингу, требует комплексного полипрофессионального подхода [1]. Эффективное вмешательство возможно только при взаимодействии специалистов раз-

ных профилей — психиатра, психотерапевта, клинического психолога и социального работника.

Врач-психиатр играет ведущую роль на этапе кризисного вмешательства. Его задачи включают оценку суицидального риска, диагностику психических расстройств (депрессии, тревоги, ПТСР), купирование острых состояний и решение вопроса о госпитализации. При необходимости назначается психофармакотерапия, направленная на стабилизацию настроения и снижение тревожности.

Психотерапевт обеспечивает длительную проработку психологической травмы. Основные направления работы — восстановление чувства контроля, модификация деструктивных убеждений, развитие устойчивости к стрессу и восстановление позитивной самоидентичности. Ключевым условием эффективности является формирование прочного терапевтического альянса, где подросток ощущает безопасность и безоценочное принятие.

Клинический психолог отвечает за углубленную психодиагностику: оценку уровня безнадежности, самооценки, выраженности социальной изоляции, степени суицидального риска. На основании данных диагностики выстраиваются индивидуальные и групповые программы психологической коррекции, включающие развитие навыков эмоциональной регуляции и коммуникации.

Специалист по социальной работе выполняет функции координации и сопровождения семьи: помогает с организацией юридической и социальной поддержки, консультирует родителей по вопросам цифровой безопасности, содействует включению подростка в безопасное социальное окружение (кружки, волонтерские проекты), что способствует восстановлению социальной активности.

5. Ключевые психотерапевтические вмешательства

Фундаментом любой коррекционной программы является доверительный терапевтический альянс. На его основе реализуются доказательные психотерапевтические подходы.

Диалектическая поведенческая терапия (DBT) доказала эффективность при эмоциональной дисрегуляции и склонности к самоповреждению. Основные мишени — развитие навыков перенесения дистресса (умение переживать кризис без саморазрушительных действий), эмоциональной регуляции, межличностной эффективности и осознанности (mindfulness). Применение DBT у подростков позволяет стабилизировать эмоциональные колебания и снизить суицидальные импульсы.

Когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на травму (TF-CBT), считается

методом первого выбора при посттравматических проявлениях, связанных с кибербуллингом. Терапия направлена на когнитивную реструктуризацию — выявление и изменение дисфункциональных убеждений («я виноват», «меня никто не примет»), а также на формирование «травматического нарратива», что помогает интегрировать травматический опыт в личную историю. Важным элементом является поведенческая активация, способствующая возвращению подростка к обычной жизни.

Системная семейная терапия подчеркивает значение семейной среды как ресурса и как потенциального источника вторичной травматизации. Родители должны быть включены в процесс терапии, чтобы научиться адекватно реагировать на переживания подростка, избегать обвинений и совместно формировать стратегию цифровой безопасности. В ходе терапии семья обучается эффективной коммуникации, эмоциональной поддержке и совместному планированию шагов по восстановлению подростка.

Заключение

Проведенный анализ демонстрирует, что кибербуллинг является мощным, независимым фактором риска суицидального поведения у подростков. Его деструктивный потенциал обусловлен уникальными характеристиками (анонимность, перманентность), которые запускают каскад патологических процессов: от аффективных расстройств и социальной изоляции до формирования чувства тотальной безысходности.

Ответом на этот вызов может быть только комплексный, междисциплинарный подход [1], объединяющий усилия врачей-психиатров, психотерапевтов, клинических психологов и социальных работников. В основе терапевтических вмешательств должны лежать доказавшие свою эффективность модальности, такие как DBT и TF-CBT, направленные как на купирование кризиса, так и на проработку глубинных последствий травмы.

Результаты исследования подчеркивают необходимость повышенной настороженности в отношении последствий кибербуллинга со стороны всех специалистов, работающих с подростками. Раннее выявление жертв и своевременное оказание им квалифицированной помощи является критически важным для профилактики суицидов.

Перспективными направлениями для дальнейших исследований являются лонгитюдное изучение последствий кибербуллинга, а также разработка и оценка эффективности цифровых терапевтических и превентивных программ.

Литература

1. Банников Г. С., Павлова Т. С., Кошкин К. А., Летова А. В. Роль и место кибербуллинга в структуре аутодеструктивного поведения подростков // Психология и право. – 2017. – Т. 7, № 2. – С. 136–151.
2. Белинская Е. П. Информационная социализация подростков: опыт пользования социальными сетями и психологическое благополучие // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6, № 30. – С. 5.
3. Бочавер А. А., Хломов К. Д. Кибербуллинг: травля в пространстве современных технологий // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2014. – Т. 11, № 3. – С. 177–191.
4. Волкова Е. Н., Волкова И. В. Психологические факторы вовлеченности подростков в кибербуллинг // Психолого-педагогические исследования. – 2019. – Т. 11, № 3. – С. 16–31.
5. Доука С. В. Кибербуллинг в подростковой среде: феномен «агрессор-жертва» // Вопросы образования. – 2020. – № 1. – С. 202–223.
6. Ениколопов С. Н., Кузнецова Ю. М. Агрессия в интернет-среде и ее связь с депрессивной симптоматикой у старших подростков // Клиническая и специальная психология. – 2022. – Т. 11, № 4. – С. 135–154.
7. Макарова Е. А., Макарова Е. Л. Кибербуллинг как новая форма угрозы психическому здоровью // Российский психиатрический журнал. – 2016. – № 4. – С. 49–55.
8. Солдатова Г. У., Рассказова Е. И. Роли в ситуации кибербуллинга и их связь с реальным социальным статусом и самооценкой подростков // Социальная психология и общество. – 2018. – Т. 9, № 2. – С. 17–31.
9. Солдатова Г. У., Чигарькова С. В. Самооценка, эмоциональное благополучие и копинг-стратегии подростков в ситуации кибербуллинга // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29, № 1. – С. 51–72.
10. Хохолкина И. А., Ананьева Н. А. Кибербуллинг и суицидальное поведение подростков (обзор литературы) // Суицидология. – 2017. – Т. 8, № 1. – С. 27–34.
11. Bauman S., Cross D., Walker J. Principles of Cyberbullying Research: Definitions, Measures, and Methodology. – Routledge, 2021. – 320 p.
12. Fahy A. E., Stansfeld S. A., Smuk M., et al. Longitudinal associations between cyberbullying involvement and adolescent mental health // Journal of Adolescent Health. – 2016. – Vol. 59, № 5. – P. 502–509.
13. Gini G., Caldarella D., Pozzoli T. The role of collective moral disengagement in cyberbullying: A multilevel analysis // Journal of Social and Personal Relationships. – 2018. – Vol. 35, № 3. – P. 134–148.
14. Hinduja S., Patchin J. W. Connecting adolescent suicide to the severity of bullying and cyberbullying // Journal of School Violence. – 2019. – Vol. 18, № 3. – P. 333–346.
15. John A., Glendenning A. C., Marchant A., et al. Self-Harm, Suicidal Behaviours, and Cyberbullying in Children and Young People: Systematic Review and Meta-Analysis // Journal of Medical Internet Research. – 2018. – Vol. 20, № 4. – e129.
16. Kim J., Walsh E., Pike K., Thompson E. A. Bully-victims and their association with psychosocial and behavioural challenges: A periodic cross-sectional study in the USA // BMJ Open. – 2020. – Vol. 10, № 1. – e032468.
17. Kowalski R. M., Limber S. P., McCord A. The 360° of cyberbullying: a conceptual framework for intervention // Aggression and Violent Behavior. – 2019. – Vol. 45. – P. 49–57.
18. Peng Z., Klomek A. B., Li L., et al. Associations between cyberbullying and suicidal ideation and depression among Chinese adolescents: A moderated mediation model of psychological resilience and social support // Journal of Affective Disorders. – 2019. – Vol. 257. – P. 660–667.
19. Ran H., Wang X., Yang S., et al. A longitudinal study on the associations of cyberbullying victimization with suicidal ideation and depression in adolescents: the mediating role of hopelessness // BMC Public Health. – 2022. – Vol. 22, Article 1782.
20. van Geel M., Vedder P., Tanilon J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis // JAMA Pediatrics. – 2014. – Vol. 168, № 5. – P. 435–442.



Наркология

УДК 614.2:364.128:304.5(571.14)

ИСТОРИЯ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ОМСКОЙ ОБЛАСТИ. ЧАСТЬ 1.

Д.С. Титов¹, А.С. Антонова^{1,2}, Д.В. Четвериков³,

¹ Бюджетное учреждение здравоохранения Омской области «Наркологический диспансер»

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

nd_mail@minzdrav.omskportal.ru

Аннотация. В статье представлена история наркологической службы: путь становления от небольшого кабинета до ведущего современного постоянно развивающегося учреждения – Омского областного наркологического диспансера, оказывающего специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология» взрослому и детскому населению, в котором работает слаженный профессиональный коллектив с активной жизненной позицией.

Ключевые слова: наркологический диспансер, история, Омская область, коллектив, достижения.

HISTORY OF THE OMSK REGION DRUG TREATMENT SERVICE. PART 1

D.S. Titov, A.S. Antonova, D.V. Chetverikov

Abstract. The article presents the history of the narcology service: the path of development from a small office to a leading modern and constantly developing institution – the Omsk Regional Narcology Dispensary, which provides specialized medical care in the field of psychiatry and narcology to adults and children, and is staffed by a well-coordinated professional team with an active life-style.

Keywords: narcology dispensary, history, Omsk region, team, achievements.

Введение

История наркологической службы России и отдельных её регионов отражает динамику социально-медицинских проблем, связанных с употреблением психоактивных веществ, и эволюцию системы здравоохранения в целом. Становление наркологической службы прошло несколько ключевых этапов, начиная с 1950-х годов, когда формировались первые специализированные структуры, и продолжая до современности, когда в приоритете остаются комплексная профилактика, ранняя диагностика и реабилитация пациентов с зависимостями. Изучение развития службы в конкретных регионах позволяет не только проследить общероссийские тенденции, но и оценить эффективность локальных организационных и клинических решений.

На примере Омской области можно проследить последовательность формирования наркологической системы: от первых промышленных отделений и амбулаторных кабинетов 1960-

1970-х годов до современной многоуровневой структуры с амбулаторным, стационарным и реабилитационным компонентами. Региональные инициативы тесно коррелировали с федеральными изменениями в законодательстве, эпидемиологической ситуации и методах лечения зависимостей, что позволило выстроить службу, адаптированную к потребностям населения и новым вызовам.

Анализ деятельности наркологической службы Омской области демонстрирует, как стратегическое руководство, кадровая политика, научно-практическая работа и системная профилактика формируют устойчивую систему оказания помощи. История службы в регионе отражает не только развитие медицины зависимости, но и эффективность взаимодействия клинической, образовательной и профилактической деятельности, что особенно важно в условиях появления новых видов психоактивных веществ и меняющихся моделей потребления.

1950-Е ГОДЫ: ОТ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ

В послевоенный период 1950-х годов в Советском Союзе начался этап формирования государственной системы борьбы с алкоголизмом и наркоманиями, который впоследствии лег в основу наркологической службы как самостоятельной отрасли здравоохранения. Актуальность развития этой сферы была обусловлена несколькими факторами. Во-первых, после Великой Отечественной войны наблюдался устойчивый рост бытового пьянства, связанный с социально-экономическими трудностями, массовыми миграциями, урбанизацией и демографическими сдвигами. Алкоголизм рассматривался не только как медицинская, но и как социальная проблема, оказывающая влияние на трудовую дисциплину, общественный порядок и производительность труда. Во-вторых, советская идеология придавала большое значение формированию «трезвого образа жизни» как части воспитания «нового человека», что стимулировало развитие профилактических и карательно-воспитательных мер.

Структура наркологической помощи в 1950-е годы носила промежуточный характер между психиатрической и будущей специализированной наркологической системой. Специальных наркологических учреждений тогда еще не существовало. Основную работу по оказанию помощи лицам с алкоголизмом и другими зависимостями выполняли психоневрологические диспансеры и психиатрические больницы, в которых создавались специальные отделения или койки для лечения хронического алкоголизма. На уровне городов и крупных предприятий применялась сеть вытрезвителей, подведомственных органам внутренних дел. Эти учреждения выполняли, главным образом, функцию изоляции и временного содержания нетрезвых граждан, а также играли роль первичного звена выявления лиц с хроническим алкоголизмом.

Организационно наркологическая помощь находилась на стыке двух ведомств: Министерства здравоохранения и органов внутренних дел. Министерство здравоохранения отвечало за медицинскую помощь, диспансерное наблюдение и профилактику, тогда как органы внутренних дел занимались административными мерами — доставкой в вытрезвители, регистрацией, контролем трудовой дисциплины. В отдельных регионах при психоневрологических диспансерах начали формироваться первые специализированные кабинеты по борьбе с алкоголизмом, которые занимались как лечением, так и пропагандой трезвости.

В 1950 году в структуре диспансерного отделения Омской клинической психиатрической больницы впервые был организован кабинет психотерапии, в котором проводилось лечение

больных неврозами и алкоголизмом психотерапевтическими методами. В этом же году в Омскую психиатрическую устраивается доктор Н.А. Лябакин. В больнице он оказывал помощь больным с хроническим алкоголизмом и сексуальными расстройствами на протяжении 40 лет. Об этом человеке хочется рассказать подробнее.



Н.А. Лябакин

Николай Александрович Лябакин, родившийся 19 февраля 1901 года, посвятил 34 года своей жизни работе в Омской психиатрической больнице. В 1919 году после окончания средней школы он вступил в ряды Красной Армии. Сражался на фронтах гражданской войны против армии Колчака в составе 30-го, а затем в 35-го конного полка 5-й Армии. В 1941 году окончил Казахский медицинский институт в Алма-Ате. С 10 июля по 20 октября 1941 года работал главным врачом Республиканской психиатрической больницы в городе Кзыл-Орда. Затем был призван в ряды РККА и назначен начальником эвакогоспиталя №3978 Казахского НКЗ, где трудился до расформирования в январе 1943 года.

В январе 1943 года был направлен на фронт в качестве врача ордена зенитной артиллерийской дивизии. 20 августа 1946 года был демобилизован по болезни. С этого времени начал работать ординатором в Омской психиатрической больнице. С 1947 года стал врачом-лаборантом в Омском медицинском институте на кафедре психиатрии и по совместительству - врачом-психотерапевтом в Омской психиатрической больнице. С 1950 года возглавляет психотерапевтическую работу в Омской областной психиатрической больнице. С 1951 года назначен ассистентом кафедры психиатрии. Он подготовил 15 врачей – психотерапевтов.

С 1953 года открывается психотерапевтический кабинет, в котором продолжает работать Н.А. Лябакин, подготовивший психотерапевтов Гинди-

на В.П., Коряковцева В.Р., Р.Н. Лепорского, Пихненко А.Г., Амелькина В.С. За 20 лет Николай Александрович маленький психотерапевтический кабинет превратил в психотерапевтический комплекс состоящий из психотерапевтического, наркологического и сексопатологического кабинета.

В 1956 году в связи с ростом числа больных алкоголизмом и наркоманиями из кабинета психотерапии выделился наркологический кабинет. Первым врачом психиатром-наркологом стал А.С. Филоненко - первый врач-нарколог, работающий в психоневрологическом диспансере в 1956- 65 гг.



А.С. Филоненко

Амбулаторная помощь в тот период основывалась преимущественно на методах психотерапии и условнорефлекторного лечения. В кабинете основным направлением медикаментозного лечения алкоголизма являлась терапия, основанная на формировании отрицательного условного рефлекса к спиртному. Для этого широко использовались препараты, вызывавшие резкие неприятные реакции организма при сочетании с алкоголем. Наиболее распространённым был апоморфин, применявшийся как рвотное средство: пациенту вводили препарат, затем давали небольшое количество алкоголя, после чего возникала сильная тошнота и рвота. Регулярное повторение таких процедур должно было вызывать стойкое отвращение к алкоголю. Похожие методики использовались и с другими рвотными средствами, например, с эметином или специальными смесями. Иногда для усиления эффекта применялись соли тяжёлых металлов — медный или цинковый купорос в малых дозах, которые также провоцировали неприятные ощущения.

Помимо отвращающей терапии, практиковалось назначение барбитуратов и седативных препаратов для снятия абстинентного синдрома, облегчения сна и уменьшения тревожности. В амбулаторных условиях врачи строго ограничивали

дозировки, опасаясь развития лекарственной зависимости. Важное место занимала и витаминотерапия: тиамин, никотиновая кислота и препараты группы В использовались для коррекции нарушений обмена веществ и последствий хронического злоупотребления алкоголем.

Кроме медикаментозных воздействий, большое внимание уделялось индивидуальным и групповым психотерапевтическим беседам, направленным на формирование у пациента установки на трезвость и трудовую дисциплину. Пациентов активно вовлекали в коллективные формы работы — лекции, собрания, диспансерное наблюдение, врач-психотерапевт Р.Н. Лепорский активно занимался гипнозом с пациентами.



Р.Н. Лепорский с группой больных алкоголизмом. 1951

Отдельным направлением считалось «социальное лечение» — сотрудничество с предприятиями, где работал пациент: руководство информировалось о заболевании, человеку предоставляли «режим трезвости», закрепляли наставников из числа товарищей по работе. Таким образом, амбулаторная помощь сочетала медицинские, психотерапевтические и социальные меры, отражая характерный для советского здравоохранения акцент на коллективизм и дисциплину.

1960-Е ГОДЫ: ИНСТИТУЦИОНАЛИЗАЦИЯ И РАСШИРЕНИЕ СЕТИ

В 1960-е годы в Советском Союзе начался этап активной институционализации наркологической помощи, связанный с ростом масштабов хронического алкоголизма и усилением государственной политики по борьбе с пьянством. Социально-экономические изменения этого периода — ускоренная урбанизация, расширение промышленного производства и рост уровня жизни — сопровождалась увеличением потребления алкогольных напитков. Алкоголизм все отчетливее воспринимался не только как медицинская, но и как значимая социально-экономическая проблема,

влияющая на трудовые коллективы, демографические процессы и общественную дисциплину.

В организационном плане ключевым изменением стало выделение наркологической помощи из общей психиатрической службы в виде специализированных структурных подразделений. В ряде союзных республик и крупных городов начали создаваться первые наркологические кабинеты и отделения при психоневрологических диспансерах, где велась систематическая лечебно-профилактическая работа с лицами, страдающими алкоголизмом. Расширялась сеть специализированных коек, формировались диспансерные группы наблюдения, что позволило переходить от эпизодического лечения к регулярному медицинскому сопровождению пациентов.

Первоначально стационарная помощь пациентам с алкогольной зависимостью в Омской области оказывалась в условиях общепсихиатрических отделений, где основной задачей было купирование острых состояний, таких как алкогольные психозы и запойные состояния. Значимым этапом в развитии наркологической службы стало открытие в 1967 году на базе Омской психиатрической больницы специализированного наркологического отделения, рассчитанного на 55 коек, предназначенного для терапии пациентов с люцидными формами алкоголизма.

Данное отделение стало не только клинической, но и научно-исследовательской базой. Результатом интенсивной научной работы, проводившейся в его стенах, явилась диссертационная работа на тему «Алкогольный параноид по данным отдаленного катамнеза», которая была успешно защищена М. Г. Усовым в 1977 году.

В 1960-е годы наблюдалось также усиление межведомственного взаимодействия между системой здравоохранения и органами внутренних дел. Вытрезвители по-прежнему оставались в ведении МВД, однако их деятельность стала теснее увязываться с диспансерными службами: информация о хронических алкоголиках систематически передавалась в медицинские учреждения, организовывалось направление на лечение и постановку на учет. Это свидетельствовало о переходе к более комплексной модели борьбы с алкоголизмом, сочетавшей медицинские, административные и профилактические подходы.

Важным элементом государственной политики стала массовая санитарно-просветительская работа. Через средства массовой информации, лекции, стенды и производственные собрания активно пропагандировался «трезвый образ жизни», усиливался идеологический контроль над бытовыми практиками потребления алкоголя. Эти меры были направлены не только на индивидуальную коррекцию поведения, но и на формирование социального давления на пьянство как «антиобщественное явление».

Таким образом, 1960-е годы стали для советской наркологической службы периодом перехода от разрозненных психиатрических мер к целенаправленной, структурированной системе специализированной помощи. Хотя отрасль еще не имела самостоятельного статуса, именно в этот период были заложены организационные и методологические основы будущей наркологической службы, которая оформилась в 1970-е годы как отдельное направление советского здравоохранения.

1970-Е ГОДЫ: ОФОРМЛЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1970-е годы стали ключевым этапом в развитии наркологической службы Советского Союза. Именно в этот период она оформилась как самостоятельное направление системы здравоохранения с собственной структурой, нормативной базой, кадровым обеспечением и организационными механизмами. Усиление государственной политики в сфере борьбы с алкоголизмом было обусловлено как медицинскими, так и социально-экономическими причинами. К началу десятилетия хронический алкоголизм приобрел характер массового явления, оказывая заметное влияние на показатели смертности, производственные потери, социальную стабильность и демографическую ситуацию. Прежняя система, основанная на психоневрологических диспансерах и психиатрических стационарах, не обеспечивала ни необходимого охвата пациентов, ни специализированного подхода к лечению и реабилитации.

В этих условиях органы здравоохранения предприняли масштабные шаги по созданию специализированной сети наркологических учреждений. Нормативные документы Министерства здравоохранения СССР 1970-х годов закрепили организационные принципы построения службы и порядок ведения диспансерного учета больных алкоголизмом.

Организационное оформление и структура службы. В 1970-е годы была создана трёхуровневая система наркологической помощи:

Амбулаторное звено — наркологические диспансеры и кабинеты, выполнявшие функции раннего выявления, диспансерного наблюдения, профилактики, консультативной работы и координации с трудовыми коллективами и правоохранительными органами.

Стационарное звено — наркологические отделения и специализированные больницы, где проводилось лечение хронического алкоголизма, детоксикация, купирование абстинентных состояний, медикаментозная и психотерапевтическая терапия. Расширение сети специализированных коек позволило разгрузить психиатрические стационары и создать более специализированные условия лечения.

Реабилитационно - профилактическое направление, включавшее социальную и трудовую адаптацию пациентов, поддерживающую терапию и работу с семьями.

Важным организационным нововведением стало введение в Омской области обязательного диспансерного учёта лиц, страдающих алкоголизмом. Диспансерные группы формировались на базе специализированных учреждений, что позволяло систематизировать наблюдение за пациентами и планировать лечебно-профилактическую работу. Информация о лицах, состоящих на учёте, передавалась в трудовые коллективы и органы внутренних дел, обеспечивая комплексный межведомственный контроль.

Кадровое и научно-методическое обеспечение. В 1970-е годы началось активное формирование кадровой базы наркологической службы Омской области. Были введены штатные должности врачей-наркологов, развёрнута подготовка специалистов в медицинских институтах и институтах усовершенствования врачей. Создавались региональные научно-методические центры, занимавшиеся разработкой и внедрением стандартов диагностики, лечения и организации помощи. Это позволило наркологии постепенно выйти за рамки психиатрической практики и сформировать собственную дисциплинарную основу.

Профилактика и идеологический компонент. Важным направлением стала масштабная профилактическая работа. На уровне предприятий, учебных заведений и общественных организаций проводились лекции, собрания, распространялись наглядные материалы, формировались устойчивые антиалкогольные установки. Борьба с алкоголизмом рассматривалась не только как медицинская, но и как социальная задача, связанная с воспитанием «трезвого образа жизни» как элемента идеологии.

Общесоюзные тенденции 1970-х годов нашли яркое воплощение в развитии наркологической службы Омской области, где в этот период была создана комплексная система оказания помощи, охватывающая как городское, так и сельское население.

Одной из характерных особенностей стало активное развитие наркологических отделений при промышленных предприятиях, что отражало типичную для того времени практику интеграции медицинской помощи в производственную инфраструктуру. В мае 1974 года было открыто наркологическое отделение при тресте «Железобетон» № 5 на 100 коек. В последующие годы аналогичные отделения появились на базе треста № 3 (95 коек) и треста № 6 (125 коек), а также при других промышленных предприятиях. Общая мощность стационарных подразделений достигла к 1976–1977 гг. 720 коек.

Стационарная помощь развивалась не только в больничных подразделениях Омска, но и в сельской местности: наркологические отделения были

открыты в составе центральных районных больниц Знаменской, Москаленской и Тюкалинской. Это обеспечило доступ к специализированной помощи населению отдалённых районов области, что соответствовало общесоюзной задаче расширения охвата наркологической помощью.



На посту медицинской сестры.
Наркологическое отделение № 5. 1979 г.



Трудовая реабилитация. 1978 г.



На строительстве корпуса шинного завода. 1979 г.

Наряду со стационарной активно формировалась амбулаторная сеть. С 1971 года в Омске начали открываться наркологические кабинеты, территориально приближенные к населению — при поликлиниках, медико-санитарных частях и предприятиях. В это же время подобные кабинеты стали создаваться в структуре центральных районных больниц, положив начало развитию наркологической службы в сельских районах.



Наркологическое освидетельствование водителей. 1979

В целях централизации управления и обеспечения единой методологии с января 1975 года при Омской областной психиатрической больнице был организован Наркологический центр (ул. Декабристов, д. 7), выполнявший функции организационно-методического координационного звена для всех функциональных подразделений области. Этот шаг позволил выстроить единую систему наркологической помощи на региональном уровне и улучшил взаимодействие между учреждениями. Здание центра не сохранилось; на его месте находится КПП Областной психиатрической больницы.



Здание наркологического диспансерного отделения на ул. Совхозная, 4. 1979 год.

Развитие наркологической службы Омской области в 1970-е годы иллюстрирует ключевые особенности советской модели: сочетание центра-

лизованного планирования с активной реализацией на местах, тесное взаимодействие с промышленными предприятиями, одновременное развитие амбулаторных и стационарных форм помощи, а также создание координирующих центров. Этот пример демонстрирует, как общегосударственная стратегия институционализации наркологии воплощалась в конкретных регионах.

1980-Е ГОДЫ: СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СТРУКТУРЫ И ГОСУДАРСТВЕННАЯ АНТИАЛКОГОЛЬНАЯ ПОЛИТИКА

1980-е годы стали для наркологической службы СССР периодом интенсивного развития и масштабных государственных преобразований. С одной стороны, к началу десятилетия в стране была создана развитая сеть специализированных учреждений, оформилась собственная организационная и нормативная база наркологии. С другой — масштабы распространения алкоголизма продолжали расти, что всё более осознавалось как угроза общественному здоровью, социально-экономическому развитию и идеологическим основам советского общества. На этом фоне наркологическая служба приобрела особое значение как один из ключевых инструментов государственной политики в сфере общественного здоровья.

Социально-медицинский контекст. В 1980-е годы СССР столкнулся с устойчивым ростом уровня потребления алкоголя. По данным того времени, отмечалось увеличение заболеваемости хроническим алкоголизмом, рост числа осложнённых форм зависимости, а также увеличение числа социальных последствий злоупотребления — производственных травм, семейных конфликтов, преступлений в состоянии опьянения. Алкоголизм рассматривался не только как медицинская, но и как важная социально-политическая проблема. В частности, в партийных документах отмечалось, что пьянство и алкоголизм «вредят нравственному облику советского человека», препятствуют трудовой дисциплине и мешают формированию здорового образа жизни.

Эти обстоятельства обусловили усиление государственного контроля за оборотом алкогольной продукции, а также активизацию профилактической лечебной работы. Наркологическая служба начала играть центральную роль в реализации масштабной антиалкогольной кампании, официально начатой в 1985 году.

Совершенствование структуры и укрепление материально-технической базы. К началу 1980-х годов наркологическая служба Омской области представляла собой устойчивую многоуровневую систему, включающую амбулаторные

и стационарные подразделения, диспансерные кабинеты, наркологические диспансеры, отделения при промышленных предприятиях, а также научно-методические центры. В 1980-е годы особое внимание уделялось укреплению материально-технической базы, выделению наркологических учреждений из структуры психиатрических больниц в самостоятельные диспансеры, расширению сети кабинетов и диспансерных наблюдений.

Продолжилось развитие межведомственного взаимодействия между здравоохранением, органами внутренних дел и трудовыми коллективами. Система обязательного диспансерного учёта была усовершенствована: акцент делался на более тесную связь между лечебными учреждениями, местами работы пациентов и профилактической работой по месту жительства.

Важную роль сыграли и организационные реформы: многие наркологические подразделения получили статус самостоятельных лечебно-профилактических учреждений, что обеспечило им большую гибкость, возможность планировать развитие сети и укреплять кадровый состав.

В Омской области продолжалось активное развитие сети специализированных учреждений и структурное укрепление службы.

В 1983 году, согласно решению исполнительного комитета областного Совета народных депутатов от 19 мая 1983 года, был издан приказ областного отдела здравоохранения № 166 от 29 июня 1983 года «Об открытии областного наркологического диспансера в городе Омске». В соответствии с этим документом из структуры областной психиатрической больницы было выделено наркологическое диспансерное отделение со статусом самостоятельного лечебно-профилактического учреждения — **Областного наркологического диспансера** со стационарными отделениями при промышленных предприятиях города Омска на 655 коек. Параллельно были организованы наркологические кабинеты, территориально приближённые к населению города, что обеспечило удобство обращения пациентов и повысило охват профилактической и лечебной работой. Главным врачом нового лечебно-профилактического диспансера был назначен В.Б. Крещановский.

Антиалкогольная кампания 1985 года и роль наркологической службы. Кульминацией государственной политики борьбы с алкоголизмом в 1980-е годы стала «антиалкогольная кампания», начатая весной 1985 года. Её реализация сочетала административные, экономические и медицинские меры. Было резко сокращено производство и продажа алкогольной продукции, ограничено время торговли, введены строгие меры ответственности за самогоноварение и незаконную продажу спиртного. Параллельно усилились профилактические и лечебные мероприятия.



Антиалкогольные плакаты 80-х годов

Наркологическая служба Омской области в этот период оказалась на переднем крае кампании. В учреждениях проводились массовые обследования населения с целью раннего выявления зависимых лиц, расширялись диспансерные группы наблюдения, увеличивались объёмы амбулаторной и стационарной помощи. Усиление государственной антиалкогольной политики сопровождалось ростом нагрузки на наркологические диспансеры и отделения, что потребовало дополнительного кадрового и организационного ресурса.

Региональные службы, в том числе Омская областная, активно участвовали в реализации кампании. Создание самостоятельного наркологического диспансера в начале 1980-х годов позволило Омской области эффективно включиться в мероприятия антиалкогольной политики, расширить охват профилактической работы и повысить доступность специализированной помощи для населения.

В данной части работы были раскрыты исторические становления наркологической службы Омской области, начиная с её интеграции в структуру психиатрической помощи и заканчивая созданием специализированных отделений, заложивших фундамент для последующего развития. В следующем выпуске журнала будет представлена трансформация службы в сложный переходный период 1990-х годов и её дальнейшая модернизация в 2000-е годы, вплоть до формирования современной многоуровневой модели оказания наркологической помощи.

Авторы выражают благодарность сотрудникам БУЗ ОО «Омский наркологический диспансер» С.С. Титову, Д.А. Никонову, О.В. Тарасову, М.Ю. Дорошенко и Е.В. Стельмах, БУЗ ОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодников» С.С. Одарченко, Т.А. Воронковой и И.В. Пономаренко, а также Н.А. Кусковой за помощь в подборке материалов, использованных при подготовке данной статьи.

Психотерапия и реабилитация

УДК 616.895.8-036.8-085.851.2

СОЗДАНИЕ ОТКРЫТОЙ СОЦИАЛЬНОЙ СРЕДЫ ПУТЁМ ИНТЕГРАЦИИ В ТВОРЧЕСТВО ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА С ТЯЖЁЛОЙ ФОРМОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

К.А. Гасенко, А.Д. Шеллер, М.В. Берников,
Е.И. Сизова, Е.Н. Пластун, А.Б. Савельева

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

ksenia.gasenko@yandex.ru

Аннотация. В статье представлены результаты исследования эффективности внедрения арт-проекта в реабилитацию пациентов с параноидной шизофренией (F20.0) в условиях стационара. На материале 58 пациентов, разделенных на основную (n=27) и контрольную (n=31) группы, показано, что участие в работе творческой мастерской (создание открыток, выездные мероприятия) в дополнение к стандартной терапии приводит к статистически значимому улучшению показателей социальной адаптации ($p < 0,001$). Катамнестические данные в течение года после выписки демонстрируют снижение частоты регоспитализаций в основной группе (5,5% против 12,3% в контрольной) и повышение приверженности лечению (комплаенса), что подтверждается сохранением и использованием пациентами терапевтических открыток. Делается вывод о положительном влиянии арт-проекта на стабилизацию психического состояния, мобилизацию личностных ресурсов и улучшение социального функционирования пациентов.

Ключевые слова: шизофрения, психиатрическая реабилитация, арт-терапия, социальная адаптация, комплаенс.

CREATING AN OPEN SOCIAL ENVIRONMENT THROUGH THE INTEGRATION OF INPATIENT PSYCHIATRIC PATIENTS WITH SEVERE SOCIAL MALADJUSTMENT INTO CREATIVE ACTIVITIES

K.A. Gasenko, A.D. Sheller, M.V. Bernikov, E.I. Sizova, E.N. Plastun, A.B. Savelyeva

Abstract. The article presents the results of a study evaluating the effectiveness of implementing an art project into the rehabilitation of patients with paranoid schizophrenia (F20.0) in an inpatient setting. Based on a sample of 58 patients divided into a main group (n=27) and a control group (n=31), it was shown that participation in the work of a creative workshop (creating postcards, off-site events) in addition to standard therapy leads to a statistically significant improvement in social adaptation indicators ($p < 0.001$). Follow-up data over the year after discharge demonstrated a lower frequency of rehospitalizations in the main group (5.5% vs. 12.3% in the control group) and increased treatment compliance, confirmed by the patients' retention and use of the therapeutic postcards. The conclusion is made about the positive impact of the art project on the stabilization of mental state, mobilization of personal resources, and improvement of the patients' social functioning.

Keywords: schizophrenia, psychiatric rehabilitation, art therapy, social adaptation, compliance.

Актуальность

Вопрос улучшения социального функционирования пациентов с психическими расстройствами традиционно имеет большое прикладное значение в клинической психологии и психиатрии. Восстановление способности к самостоятельной жизни, труду и социальным взаимодействиям считается ключевым критерием успешности терапии [1]. Для его решения за последние десятилетия был разработан и внедрен целый ряд психосоциальных реабилитационных программ, основанных на доказательных подходах, таких как тренировка социальных навыков (Social Skills Training), когнитивная remediation (Cognitive Remediation Therapy) и поддержка при трудоустройстве (Supported Employment) [2, 3]. Однако, как справедливо отмечают исследователи, эти програм-

мы чаще всего ориентированы на пациентов дневных стационаров и отделений оказания интенсивной помощи на дому, чей уровень функционирования уже позволяет им находиться в сообществе [4].

В то же время, наиболее сложным контингентом, не менее, а зачастую и более нуждающимся в реабилитации и ресоциализации, являются пациенты длительно пребывающих стационарных подразделений с тяжелыми и хроническими формами психических расстройств, такими как резистентная шизофрения, шизоаффективное расстройство и тяжелые формы биполярного расстройства [5]. Для этих пациентов характерна социальная дезадаптация, выражающаяся в утрате социальных связей, жилья, трудовых навыков и способности к самостоятельному ведению быта [6].

Одной из ведущих и наиболее трудноразрешимых проблем данной категории пациентов является формирование терапевтического альянса и устойчивой мотивации на участие в реабилитационных программах и приверженности лечению (treatment adherence) после выписки [7]. Исследования показывают, что у пациентов с длительным стационарным лечением часто формируется «институционализация» — синдром, характеризующийся пассивностью, утратой инициативы и зависимостью от структуры медицинского учреждения, что напрямую противоречит целям самостоятельной жизни [8]. Это создает порочный круг: отсутствие мотивации препятствует участию в реабилитации, что, в свою очередь, усугубляет дезадаптацию и повышает риск регоспитализации [9].

Ключевым барьером выступает анозогнозия — отсутствие критики к своему заболеванию, которое является частым нейрокогнитивным симптомом при психотических расстройствах [10]. Пациенты могут не осознавать необходимость как постоянного приема медикаментов, так и реабилитационных мероприятий [11]. Кроме того, стигматизация и низкая самооценка, усугубленные длительным пребыванием в стационаре, снижают веру в возможность положительных изменений [12].

С 2020 года в женском отделении психосоциальной реабилитации №24 (далее – ОПСР№24) БУЗОО КПБ им. Н.Н. Солодниковой (КПБ) существует арт-проект «Я так вижу», направленный на интеграцию пациентов в общество через творчество и занятость. Постоянным направлением работы являются регулярные творческие занятия с художником отделения и арттерапия с психологом. Периодически в качестве со-ведущего может выступать одна из пациенток отделения – таким образом реализуется концепция «peer-to-peer». На основе работ пациентов в дальнейшем производятся поздравительные или психообразовательные открытки с рисунками, которые выпускаются лимитированными сериями и имеют на обороте содержательную сторону, описывающую процесс создания или личную историю автора, а также линованные графы для внесения схемы приёма лекарств. Открытка с индивидуальной схемой приёма выдаётся пациенту при выписке. Кроме того, организуются локальные выставки творческих работ пациентов в коллаборации с театрами и музеями города, и в рамках локальных конференций для специалистов в области психического здоровья.

Цель исследования. Оценка эффективности внедрения в работу стационарного подразделения психиатрической больницы арт-проекта, направленного на создание открытой социальной среды для пациентов с тяжёлыми формами социальной дезадаптации.

Материал исследования

В ходе исследования были обследованы пациенты с шизофренией (F20.0), получавшие лечение в условиях психиатрического стационара на базе КПБ. Критерии включения: соответствие критериям МКБ-10 для Шизофрении параноидной F20.0; период наблюдения не менее года; возраст от 18 до 60 лет; отсутствие симптомов развернутого психоза на момент обследования.

Методы

Клинико-психопатологический, психометрический и статистический. Клинико-психопатологический метод включал в себя структурированное интервью, проводимое для сбора клинических и анамнестических данных. Также были применены шкала PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale; S. Kay, A. Fiszbein, L. Opler, 1987), шкала UKU (UKU Side-Effect Rating Scale; O.Lingjaerde, U.G. Ahlfors, P.Bech, 1987), был использован интегративный показатель социальной адаптации пациентов с шизофренией (Н.Н. Петрова, К.А. Цыренова, 2021). Статистическая обработка проводилась с применением программных пакетов IBM SPSS Statistics 27, Microsoft Excel.

Результаты

На первом этапе исследования был проведен сплошной скрининг пациентов, соответствующих критериям включения, получавших лечение в условиях общепсихиатрического стационара КПБ. Общее число обследованных составило 138 человек. На основании первоначального тестирования были выделены 5 «уровней социальной адаптации»: высокая (ВА), сниженная (СА), нестабильная (НА), выраженные нарушения (ВНА), социальная дезадаптация (СД). Из них 59 человек, имевших НА(34,5%), ВНА(38,2%) и СД(27,3%) в дальнейшем было переведено для дальнейшего лечения в ОПСР №24, куда поступают наиболее социально уязвимые пациенты с редуцированными психотическими проявлениями для продолжения программы поэтапной реабилитации.

В соответствии с критериями отбора в исследование были включены 58 человек. Все пациенты получали лечение атипичными антипсихотиками, а также принимали участие в комплексных программах реабилитации, учитывающих уровень социальной адаптации. Средний возраст составил $40,53 \pm 9,54$ лет. Возраст дебюта заболевания составил $28,54 \pm 8,08$ лет, стаж заболевания – 10 [5;19,5] лет. Средняя оценка по шкале общего клинического впечатления составлял – 4 балла. Данные по шкале PANSS: общий балл - $89,69 \pm 13,19$, субшкала P – 16 [14;19], субшкала N – 29 [25;30,5], субшкала G – 45 [43;47]. Оценка по шкале UKU составила 7

[3;11,5]. Среди пациенток, продолживших программу поэтапной реабилитации в ОПСР №24 подавляющее большинство (66,1%) ранее госпитализировались реже 1 раза в год, 21,7% - 1 раз за прошедший год, 6,8% пациенток имели более 1 госпитализации за год. Выборку можно считать репрезентативной для обследованной группы населения.

Экспериментальную группу составили 27 человек, которые помимо прочего, были активно включены в работу творческой мастерской в рамках описанного выше проекта – принимали участие в создании работ и выездных мероприятий творческой направленности; при выписке пациенты помимо стандартных документов получали открытку, произведённую в рамках проекта, с рекомендациями по дальнейшей терапии на амбулаторном этапе. Группа сравнения состояла из 31 пациенток, подобранных к экспериментальной группе.

Объективно, участие в творческом процессе для исследуемой группы не требовало дополнительного понуждения, воспринималось легко и более охотно, чем другие реабилитационные программы, способствовало формированию культурной среды внутри стационара, стимулировало развитие навыков коммуникации у пациентов, а также позволяло выстроить диалог посредством творчества с социумом вне психиатрической больницы.

На заключительном этапе исследования была проведена оценка эффективности указанных лечебно-реабилитационных подходов и

показатель социальной адаптации был выше у пациентов, включённых в творческую работу (5 [5;6] балла против 4 [3;5] балла, $p < 0,001$). При сопоставлении полученных данных с исходными (до включения в исследование) 5,5% пациенток из экспериментальной группы имели в течение года после выписки повторные госпитализации в психиатрический стационар, обусловленные обострением состояния на фоне нарушения режима приёма лекарств, в то же время в группе сравнения этот показатель составил 12,3%.

Кроме того, катamnестически достоверно известно, что большая часть пациентов, участвовавших в создании открыток, сохраняет их на протяжении года после выписки, сверяя изменения в терапии с нанесёнными на открытку, что демонстрирует достигнутый высокий уровень комплаенса.

Выводы

В ходе исследования было выявлено положительное влияние вовлечения в творческий процесс на стабилизацию психического состояния, мобилизацию личностных ресурсов пациентов, преодоление негативных последствий болезни. Организация работы с применением указанных методов сопровождалась лучшими результатами в экспериментальной группе пациентов в отношении подготовки пациента к выписке, сохранения социального функционирования и повышения комплаентности.

Литература

1. Anthony, W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993. Vol. 16(4), P. 11–23.
2. Kurtz, M. M., & Mueser, K. T. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008. Vol. 76(3), P. 491–504.
3. Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. An update on individual placement and support. *World Psychiatry*. 2020. Vol. 19(3), P. 390–391.
4. Killaspy, H. Supported accommodation for people with mental health problems. *World Psychiatry*. 2016. Vol. 15(1), P. 74–75.
5. Leucht, S., & Lasser, R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry*. 2006. Vol. 39(05), P. 161–170.
6. Folsom, D. P., & Jeste, D. V. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2002. Vol. 105(6), P. 404–413.
7. Lacro, J. P., Dunn, L. B., Dolder, C. R., Leckband, S. G., & Jeste, D. V. Prevalence of and risk factors for medication non-adherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2002. Vol. 63(10), P. 892–909.
8. Wing, J. K., & Brown, G. W. Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals 1960–1968. Cambridge University Press. 1970. 278 p.
9. Sweeney, A., Fahmy, S., Nolan, F., Morant, N., Fox, Z., Lloyd-Evans, B., ... & Johnson, S. The relationship between therapeutic alliance and service user satisfaction in mental health inpatient wards and crisis house alternatives: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014. Vol. 9(7), P. e100153.
10. Amador, X. F., & David, A. S. (Eds.). *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford University Press. 2004. 428 p.
11. Lysaker, P. H., & Buck, K. D. Neurocognitive deficits as a barrier to psychosocial rehabilitation in schizophrenia: An overview of empirical evidence and treatment implications. *Journal of Mental Health*. 2008. Vol. 17(1), P. 39–48.
12. Corrigan, P. W., & Watson, A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002. Vol. 9(1), P. 35–53.

Клиническая психология

УДК 616.89-008.4:614.253.5

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ К ШКОЛЕ ДЕТЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ ПО СИСТЕМЕ МОНТЕССОРИ

А.К. Шаповалова, Н.В. Федорова

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Омский государственный педагогический университет»*

tashafed@mail.ru

Аннотация. В статье исследуется психологическая готовность детей к школьному обучению как многокомпонентное образование, включающее интеллектуальные, эмоционально-волевые, мотивационные и социальные составляющие. Особое внимание уделено педагогической системе М. Монтессори, способствующей развитию самостоятельности, внутренней мотивации и всестороннего психического развития ребёнка. Проведено эмпирическое исследование с использованием методики «Экспресс-диагностика в ДОУ» Н. Н. Павловой и Л. Г. Руденко. Сравнение детей, обучающихся по системе Монтессори и общеобразовательной программе, показало более высокий уровень личностной готовности, уверенности в себе и инициативности у воспитанников Монтессори. Также проанализированы показатели интеллектуальной готовности, вербальной и невербальной произвольности. Результаты подтверждают эффективность методики Монтессори в формировании личностной и интеллектуальной готовности к школе, подчёркивая значимость комплексного подхода к подготовке ребёнка.

Ключевые слова: дошкольники, система Монтессори, интеллектуальная готовность, невербальные и вербальные показатели.

CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL READINESS FOR SCHOOL IN CHILDREN EDUCATED IN THE MONTESSORI SYSTEM

A.K. Shapovalova, N.V. Fedorova

Abstract. The article examines the psychological readiness of children for school as a multi-component construct, including intellectual, emotional-volitional, motivational, and social aspects. Special attention is given to the Montessori educational system, which promotes the development of independence, intrinsic motivation, and comprehensive mental development in children. An empirical study was conducted using the "Express Diagnostics in Preschool Educational Institutions" method by N. N. Pavlova and L. G. Rudenko. A comparison of children educated in the Montessori system and those in a general education program revealed a higher level of personal readiness, self-confidence, and initiative among Montessori students. Intellectual readiness, as well as verbal and non-verbal self-regulation, were also analyzed. The results confirm the effectiveness of the Montessori method in fostering personal and intellectual readiness for school, emphasizing the importance of a comprehensive approach to preparing children.

Keywords: preschoolers, Montessori system, intellectual readiness, nonverbal and verbal indicators.

Проблема психологической готовности к школе актуализировалась в последние годы, поскольку у современных детей адаптационный период проходит сложно, и они хуже осваивают учебный материал.

Если ребёнок, придя в школу, с трудом усваивает правила поведения, если он не вполне ясно понимает свои новые обязанности, то говорят, что такой ребёнок недостаточно подготовлен к обучению в школе. Для того чтобы успешно учиться в школе, необходим известный уровень психического развития, которого ребёнок должен достигнуть в период своего дошкольного детства. Этот уровень достигается не сам собой, а в результате воспитания и обучения ребёнка в период дошкольного детства. Поэтому проблема готовности ребёнка к школьному обучению выходит далеко за пределы теоретической проблемы, она имеет непосредственно практический смысл.

Изучением проблемы готовности к школе занимались такие учёные, как Л. И. Божович, Ж. Пиаже, Л. А. Венгер, М. Монтессори, Л. С. Выготский.

Проблема исследования готовности к школе в зарубежной и отечественной психологии имеет свои уникальные особенности и подходы, которые развивались в разных культурных и образовательных контекстах. Зарубежные исследователи акцентируют внимание на комплексном анализе как индивидуальных особенностей ребёнка, так и факторов окружающей среды, подчёркивая важность эмоционального, социального и когнитивного развития. В отечественной психологии внимание сосредоточено на развитии личности ребёнка в контексте его взаимодействия с системой образования, что включает в себя применение различных методов диагностики и оценки готовности. Оба подхода подчёркивают значимость

раннего вмешательства и поддержки детей на этапе подготовки к школе, однако различия в акцентах и методах демонстрируют богатство и многообразие взглядов на данную проблему, отражая культурные и образовательные традиции каждой страны.

Л. А. Венгер определял готовность к школе как совокупность интеллектуальных, мотивационных и социальных качеств, позволяющих ребёнку успешно адаптироваться к школьному обучению. Также он уточнял, что эти качества формируются в процессе ведущей деятельности данного возраста — игры. Он выделял три компонента готовности: интеллектуальный, который включает в себя уровень мышления, памяти, внимания; эмоционально-волевой, определяемый как способность к саморегуляции и умение контролировать поведение; мотивационный, включающий в себя интерес к учёбе, желание стать школьником [2].

А. В. Запорожец считал, что готовность к школе — это сформированность психических процессов и навыков, необходимых для усвоения учебного материала и соблюдения школьных норм. Он подчёркивал важность развития произвольности поведения и познавательной активности [3].

Д. Б. Эльконин определял школьную готовность как способность ребёнка адаптироваться к учебной деятельности, включающую умение действовать по правилам, способность подчинять свои действия нормам и требованиям учителя, а также развитие познавательных интересов [5].

Н. И. Гуткина трактовала готовность к школе как многокомпонентное образование, включающее личностную готовность, к которой относится мотивация и желание учиться; социально-психологическую — это про умение взаимодействовать со сверстниками и взрослыми; интеллектуальную, которая включает в себя развитие познавательных процессов, кругозор и речь. Она акцентировала внимание на том, что программа обучения должна попадать в «зону ближайшего развития» ребёнка [4].

В. В. Давыдов выделял готовность к школе как способность ребёнка к теоретическому мышлению, то есть умение работать с абстрактными понятиями, анализировать и делать выводы [6].

Под общей готовностью психологи и педагоги, такие как Н. Е. Веракса, Н. И. Гуткина, В. С. Мухина, понимают понятие, которое включает в себя необходимые умения и знания, которыми владеют дети к моменту перехода к школьному обучению. Все эти моменты в совокупности характеризуют степень адаптации ребёнка к новым для него условиям, при этом успешность или неуспешность адаптации определяется как усвоением программы, так и принятием, удовлетворённостью новой ступени жизни — школьника [1].

Таким образом, готовность к школе — это многокомпонентное образование, включающее интеллектуальную, эмоционально-волевою, мотивационную и социальную составляющие.

Успешная адаптация ребёнка к школьному обучению предполагает не только наличие базовых знаний, но и сформированность таких качеств, как произвольность поведения, умение подчиняться правилам, самоконтроль и способность к взаимодействию со сверстниками и учителями. Учёные подчёркивают важность интеллектуального развития, выражающегося в способности ребёнка обобщать, анализировать и делать выводы, что необходимо для успешного усвоения учебных предметов. Не менее значимой является волевая готовность, которая позволяет ребёнку контролировать свои действия, преодолевать трудности и сосредотачиваться на учебной деятельности. Эмоциональная зрелость и положительное отношение к школе также играют важную роль, так как позитивный настрой способствует формированию интереса к учёбе и успешной адаптации.

В целом готовность к школе — это не только уровень знаний, но и развитые навыки саморегуляции, коммуникации и устойчивости к нагрузкам, необходимые для эффективного обучения и комфортного вхождения в школьную среду. Мы считаем, что определение Л. А. Венгера более точно раскрывает понятие готовности к школе. Он понимал под готовностью к школе определённый набор знаний и умений, в котором должны присутствовать все остальные элементы, хотя уровень их развития может быть разным. Составляющими этого набора, прежде всего, являются мотивация и личностная готовность, в которую входят внутренняя позиция школьника, а также волевая и интеллектуальная готовность.

Использование системы М. Монтессори может играть ключевую роль в создании педагогической среды, способствующей развитию ребёнка. Посредством материалов системы Монтессори дети познают окружающий мир самостоятельно, изъявляя собственное желание. Для ребёнка эти материалы являются важной составляющей готовности к школе, благодаря которой он упорядочивает и учится осознавать свои хаотичные и необработанные впечатления о мире. Через взаимодействие с материальными объектами ребёнок не только развивает моторные и сенсорные способности, но и формирует внутреннюю мотивацию, что ведёт к духовному и культурному становлению. М. Монтессори выделила возможные особенности психического развития детей, такие как впитывающее мышление и возрастную сензитивность. Система Монтессори создаёт условия для всестороннего развития ребёнка, который учится самостоятельно ставить цели и достигать их, получая удовольствие от изучения и саморазвития.

В ходе эмпирического исследования особенностей психологической готовности к школе детей, воспитывающихся по системе Монтессори, нами была использована методика «Экспресс-диагностика в ДОУ», разработанная Н. Н. Павловой и Л. Г. Руденко. Мы начали наше исследование с

выявления уровней личностной готовности детей, воспитывающихся по системе Монтессори и общеобразовательной программе.

Результаты, полученные в ходе диагностики, позволяют говорить о том, что 75 % детей, воспитывающихся по системе Монтессори, демонстрируют высокий уровень личностной готовности. В то же время у детей, воспитывающихся по общеобразовательной программе, высокий уровень наблюдается только у 62,5 %. Этот показатель выражается в том, что такие дети уверены в себе, инициативны, охотно взаимодействуют с другими, довольны собой и, по их мнению, воспитатели и родители ими также довольны. Средний уровень выявлен у 25 % детей, воспитывающихся по системе Монтессори, ровно так же, как и у детей, воспитывающихся по общеобразовательной программе. Он выражается в том, что дети ведут себя уверенно в знакомых ситуациях и адекватно воспринимают успехи и неудачи.

Рассматривая низкий уровень личностной готовности, следует отметить, что у детей, воспитывающихся по системе Монтессори, он не выявлен, в то время как среди детей, воспитывающихся по общеобразовательной программе, таких оказалось 12,5 %. Этот показатель отражает, что такие дети застенчивы, неуверенны в себе, болезненно реагируют на ошибки и склонны к самокритике. Эти результаты говорят о том, что система Монтессори может способствовать лучшему развитию уверенности в себе у детей.

Таким образом, анализ данных позволяет сделать вывод о том, что дети, воспитывающиеся по системе Монтессори, демонстрируют более высокий уровень личностной готовности по сравнению со сверстниками из общеобразовательных программ. У них выше показатели уверенности в себе, инициативности и удовлетворённости собой, при этом низкий уровень личностной готовности не выявлен вовсе. Это свидетельствует о положительном влиянии методики Монтессори на развитие личностной зрелости у детей.

Далее мы выявили уровни развития мелкой моторики у испытуемых обеих групп. Оказалось, что у 25 % детей, воспитывающихся по системе Монтессори, высокий уровень развития мелкой моторики, в то время как половина детей из общеобразовательной программы продемонстрировали высокий уровень. Средний уровень не выявлен у детей, воспитывающихся по системе Монтессори, тогда как у 25 % детей из общеобразовательной программы он был зафиксирован. Низкий уровень наблюдается у 75 % детей, воспитывающихся по системе Монтессори, и у 25 % детей из общеобразовательной программы. Однако данный результат может быть искажён тем, что дети, воспитывающиеся по системе Монтессори, некорректно поняли инструкцию, что повлияло на точность оценки их моторных навыков.

Следующим шагом нашего исследования стала диагностика уровней интеллектуальной готовности. Результаты исследования оказались

идентичными у обеих групп испытуемых. Это свидетельствует о достаточно хорошем уровне развития, включающем навыки логического мышления, памяти, внимания и способности к обучению. Отсутствие детей с низким уровнем интеллектуальной готовности в обеих группах является положительным показателем, указывающим на отсутствие выраженных отставаний в развитии.

Также мы обратили внимание на индивидуальные особенности результатов детей, обучающихся по системе Монтессори. В отличие от детей из общеобразовательной программы, чьи показатели в целом отражают усреднённый уровень интеллектуальной готовности, среди воспитанников Монтессори были выявлены как дети с низкими результатами, так и дети с высокими, включая, например, девочку, набравшую почти максимальный балл. Таким образом, распределение показателей интеллектуальной готовности в группе Монтессори представляет собой совокупность крайних значений, что может свидетельствовать о выраженной вариативности уровня подготовки в данной системе.

Далее мы исследовали уровень развития вербального показателя произвольности детей. У воспитывающихся по системе Монтессори половина испытуемых показала высокий уровень развития произвольности по вербальному показателю, а среди детей, воспитывающихся по общеобразовательной программе, высокий уровень наблюдался у 62,5 %. Дети с высоким уровнем обладают хорошей речевой саморегуляцией, вниманием и способностью контролировать своё поведение в соответствии с заданной инструкцией. Средний уровень наблюдался у 12,5 % детей, воспитывающихся по системе Монтессори, тогда как у детей из общеобразовательной программы средний уровень не был выявлен. Средний уровень характеризуется меньшей внимательностью — такие дети выборочно следуют инструкциям. Низкий уровень выявлен у 37,5 % детей, воспитывающихся по системе Монтессори; аналогичные результаты наблюдаются и среди детей, обучающихся по общеобразовательной программе. При рассмотрении совокупных данных по высокому и среднему уровням их процентное соотношение в обеих группах оказывается идентичным. Это говорит о том, что в обоих учреждениях больше половины испытуемых понимают инструкцию и следуют ей, а речевые навыки сформированы в соответствии с возрастом.

Показатели невербального компонента распределились следующим образом. У детей, воспитывающихся по системе Монтессори, 37,5 % испытуемых показали высокий уровень развития произвольности по невербальному компоненту, в то время как половина детей из общеобразовательной программы продемонстрировала высокий уровень. Дети с высоким уровнем демонстрируют хорошо развитое внимание, концентрацию и способность к саморегуляции в невербальных задачах, например в заданиях на логику или моторные

навыки. Средний уровень выявлен у 12,5 % детей, воспитывающихся по системе Монтессори, и у 25 % детей из общеобразовательной программы. Низкий уровень наблюдается у половины детей, воспитывающихся по системе Монтессори, и у 25 % детей из общеобразовательной программы.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что половина детей, обучающихся по системе Монтессори, демонстрирует сохранность усидчивости и внимания при учёте совокупности высокого и среднего уровней. В то же время среди детей, воспитывающихся по общеобразовательной программе, доля учащихся с более выраженными показателями сосредоточенности и развития волевых качеств превышает половину, что указывает на более стабильное формирование данных навыков в данной образовательной среде. И лишь одна четверть детей из общеобразовательной программы показывает низкие показатели, в то время как у детей, воспитывающихся по системе Монтессори, половина испытывает затруднения в решении поставленных задач и воспроизведении точного результата.

Итак, мы исследовали особенности психологической готовности к школе детей, воспитывающихся по системе Монтессори, и выяснили, что они обладают выраженной личностной готовностью, характеризующейся уверенностью, инициативностью и позитивной самооценкой. В сфере развития мелкой моторики у детей, прошедших обучение по методике Монтессори, зафиксированы более низкие результаты, что, вероятно, связано с особенностями понимания инструкций в ходе

диагностических процедур. Несмотря на это, дети уверенно пользуются ножницами и демонстрируют аккуратность и точность движений.

Анализ интеллектуальной готовности показал, что дети обладают сформированным произвольным вниманием, пространственным восприятием, способностью к установлению причинно-следственных связей, логическим мышлением, а также умеют анализировать, обобщать и аргументировать свои суждения. В области вербальной произвольности отмечается сформированная внутренняя позиция школьника и устойчивое развитие произвольной регуляции. Говоря о результатах невербальной произвольности, можно сделать вывод, что дети, воспитывающиеся по системе Монтессори, понимают инструкции взрослого и могут самостоятельно выполнять требуемые задания по зрительно воспринимаемому образцу.

Обобщая результаты, мы можем сказать, что личностная готовность к школе лучше развивается в условиях системы Монтессори, тогда как развитие мелкой моторики — в условиях общеобразовательной программы. Такие параметры, как интеллектуальная готовность и вербальный и невербальный показатели развития произвольности, в обеих программах хорошо развиты, поскольку различия между испытуемыми минимальны.

Таким образом, у детей, воспитывающихся по системе Монтессори, наблюдаются более высокие уровни сформированности интеллектуального и личностного развития.

Литература

1. Ахмедпашаева К. А., Асланбекова Э. А. Современные подходы к проблеме готовности детей к школьному образованию // Проблемы современного педагогического образования. — 2022. — № 75. Т. 3. С. 33–36.
2. Венгер Л.А. Психологическая готовность детей к школьному обучению. — М.: Педагогика, 1988. 112 с.
3. Вопросы психологии ребенка дошкольного возраста: сб. ст. / под ред. А. Н. Леонтьева, А. В. Запорожца. — М.: Междунар. образовательный и психол. колледж, 1995. 144 с.
4. Мамонова Н.Н. Психологическая готовность к школьному обучению: современные подходы и методы диагностики // Вопросы психологии. — 2020. — № 3. С. 22–28.
5. Особенности психического развития детей 6–7-летнего возраста / под ред. Д. Б. Эльконина, А. Л. Венгера. — М.: Педагогика, 1988. 136 с.
6. Смирнова Е.О., Столяренко Л.Д. Психология развития и возрастная психология: учебник. — М.: Юрайт, 2022. 342 с.



Сестринское дело в психиатрии

УДК 616.89-008.4:614.253.5

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

Т.А. Воронкова, Е.П. Гирфанова, Е.Ю. Лопуха,
Т.Н. Лудын, М.В. Четверикова,

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

t.voronkova.82@mail.ru

Аннотация. Внедрение биопсихосоциальной модели делает медицинскую сестру значимым участником помощи пациентам с психосоматическими расстройствами. В статье анализируются психологические аспекты этой работы: выделяются типичные паттерны пациентов (недоверие, эмоциональная лабильность, манипуляции) и предлагаются адаптированные методики сестринского вмешательства, такие как эмпатическое слушание, элементы когнитивной реструктуризации и психообразование. Особое внимание уделено высокому риску эмоционального выгорания у медсестер, обусловленному постоянным контактом с «невидимой» болью и противоречивой симптоматикой, и подчеркивается необходимость профилактических мер для сохранения их психического здоровья. Интеграция данных подходов позволяет повысить эффективность ухода и реализовать принципы современной психосоматической медицины.

Ключевые слова: Психосоматические расстройства, сестринский уход, эмоциональное выгорание, терапевтический альянс, биопсихосоциальная модель.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS

T.A. Voronkova, E.P. Girfanova, E.Y. Lopukha, T.N. Ludyn, M.V. Chetverikova

Abstract. The adoption of the biopsychosocial model positions the nurse as a significant participant in the care of patients with psychosomatic disorders. The article analyzes the psychological aspects of this work: it outlines typical patient patterns (distrust, emotional lability, manipulative behavior) and proposes adapted nursing intervention techniques, such as empathetic listening, elements of cognitive restructuring, and psychoeducation. Particular attention is paid to the high risk of emotional burnout among nurses, caused by constant contact with "invisible" pain and contradictory symptomatology, and the necessity of preventive measures to preserve their mental health is emphasized. The integration of these approaches enhances the effectiveness of care and facilitates the implementation of the principles of modern psychosomatic medicine.

Keywords: Psychosomatic disorders, nursing care, emotional burnout, therapeutic alliance, biopsychosocial model.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Современная медицина всё более отчетливо осознаёт, что здоровье человека определяется не только биологическими, но и психологическими факторами. Особенно ярко это проявляется в случае психосоматических заболеваний, где тесное переплетение эмоциональных, личностных и физиологических процессов формирует особую клиническую картину. Пациенты с подобными расстройствами нередко сталкиваются с двойной сложностью: с одной стороны, они испытывают реальные физические страдания, с другой — их состояние во многом обусловлено внутренними переживаниями, стрессами и особенностями реагирования на жизненные ситуации.

В этой связи возрастает роль медицинской сестры, которая является не только исполнителем врачебных назначений, но и ключевым звеном в системе психологической поддержки больного. Именно медицинская сестра чаще

других специалистов находится в постоянном контакте с пациентом, наблюдает динамику его состояния, улавливает изменения в эмоциональном фоне и поведении. От её умения выстраивать доверительные отношения, применять элементы психокоррекционного общения и проявлять эмпатию зависит эффективность терапии в целом.

Психологические аспекты работы с психосоматическими пациентами предполагают не только знание основ медицинской психологии, но и развитые коммуникативные навыки, умение регулировать собственное эмоциональное состояние, а также способность создавать для больного атмосферу безопасности и принятия. Особое значение приобретает грамотное взаимодействие с родственниками пациентов, так как именно семейная среда нередко выступает как фактор, усиливающий или, наоборот, смягчающий проявления болезни.

Таким образом, исследование психологических аспектов сестринской деятельности в

контексте психосоматической медицины является актуальной задачей современной практики здравоохранения. Рассмотрение особенностей этой работы позволит не только повысить качество ухода и реабилитации пациентов, но и расширить профессиональные компетенции медицинских сестёр, сделав их деятельность более комплексной и ориентированной на личность больного.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ

1. «Невидимая» боль и недоверие.

Психосоматические пациенты часто испытывают реальные телесные страдания, однако объективные медицинские показатели не всегда подтверждают выраженность жалоб. Такая «невидимая» боль формирует у больного ощущение непонятности и подозрительности к медицинскому персоналу. Недоверие становится защитной реакцией, усиливающей отчуждение и осложняющей установление терапевтического контакта.

2. Эмоциональные качели и высокая тревожность.

Для данной категории пациентов характерны резкие колебания эмоционального состояния: от раздражительности до слёзливости и апатии. Высокий уровень тревожности объясняется хронической внутренней напряжённостью и гиперчувствительностью к сигналам тела. В условиях клиники это проявляется повышенной требовательностью, склонностью к частым обращениям за помощью и эмоциональной нестабильностью в общении.

3. Сопротивление лечению и поиск «настоящей» причины.

Психосоматические больные нередко сомневаются в эффективности назначенной терапии и ищут «глубинную» причину болезни, не принимая психосоциальные факторы. Это сопротивление проявляется в отказе от процедур, частой смене специалистов или обращении к нетрадиционным методам лечения. С психологической точки зрения, такое поведение связано с отрицанием внутреннего конфликта и нежеланием признать роль психики в развитии симптомов.

4. Манипуляции и нарушение границ.

Пациенты могут использовать болезнь как средство привлечения внимания и контроля над окружающими. Манипулятивные формы поведения включают преувеличение симптомов, демонстративные жалобы и требования повышенного внимания. Для медицинской сестры это создаёт риск нарушения профессиональных границ и затрудняет объективное оказание помощи.

5. Выгорание медсестры и чувство беспомощности.

Постоянный контакт с эмоционально насыщенными и тяжёлыми ситуациями формирует у медсестры риск профессионального выгорания. Чувство беспомощности возникает, когда усилия по уходу и поддержке не приводят к ожидаемому результату. Без грамотной саморегуляции и супервизорской поддержки такие состояния могут снизить качество работы и привести к эмоциональному истощению.

6. «Вторичная выгода» болезни.

В ряде случаев симптоматика становится для пациента способом избежать трудностей, получить заботу и внимание или оправдать социальные неудачи. Эта «вторичная выгода» закрепляет болезнь и препятствует выздоровлению. Для сестринской практики важно распознавать такие проявления, чтобы корректировать стратегию взаимодействия и не усиливать патологические механизмы.

7. «Застревание» в роли жертвы.

Некоторые пациенты формируют устойчивую идентичность «жертвы», что выражается в пассивности, обиде и обвинении внешних обстоятельств в своём состоянии. Подобная позиция препятствует активному участию в лечении и снижает эффективность любых медицинских вмешательств. Медицинская сестра должна учитывать этот фактор, чтобы не подкреплять зависимость, но в то же время сохранять эмпатичное отношение.

8. Обесценивание вашей работы.

В силу внутренней амбивалентности пациенты могут демонстрировать недовольство качеством ухода или обесценивать профессиональные усилия. С психологической точки зрения это часто является проекцией собственной неудовлетворённости и недоверия к медицинской системе. Для медсестры важно уметь воспринимать подобные реакции без личной вовлечённости и эмоциональных потерь.

9. Повышенная мнительность и контроль

Психосоматические пациенты склонны тщательно отслеживать свои ощущения и фиксироваться на малейших изменениях состояния. Это выражается в мнительности, постоянных вопросах и стремлении контролировать процесс лечения. Подобное поведение отражает высокий уровень тревоги и внутреннюю неуверенность, что требует от медсестры терпеливости, последовательности и ясности в объяснениях.

МЕТОДИКИ РАБОТЫ

1. Эмпатическое слушание и установление терапевтического альянса.

Суть: создание устойчивых доверительных отношений между медсестрой и пациентом через активное слушание, отражение эмоций и валидацию переживаний.

Механизм: по Карлу Роджерсу, эмпатия и безусловное принятие снижают уровень психо-

логической защиты и способствуют катарсису (освобождению от подавленных эмоций).

Приёмы:

- использование техник «вербализации чувств» («Я понимаю, что сейчас вы чувствуете тревогу»);
- поддержание зрительного контакта и открытой позы;
- минимизация профессиональной дистанции при сохранении границ.

Задача: снизить чувство отчуждения, усилить комплаентность (согласие на лечение) и уменьшить соматизацию эмоциональных конфликтов.

2. Навыки стресс-менеджмента и психообучение

Суть: обучение пациентов базовым техникам саморегуляции для снижения психоэмоционального напряжения.

Механизм: на основе когнитивно-поведенческой терапии (А. Бек) и теории стресса Г. Селье — контроль над физиологическими реакциями уменьшает интенсивность соматических симптомов.

Приёмы:

- обучение диафрагмальному дыханию и методикам мышечной релаксации по Э. Джекобсону;
- ведение «дневника стрессоров» для повышения осознанности;
- объяснение феномена психосоматической конверсии (преобразование психического конфликта в телесный симптом).

Задача: формирование у пациента навыков самоконтроля и снижение хронической гиперактивации вегетативной нервной системы.

3. Когнитивная реструктуризация в формате сестринского консультирования.

Суть: мягкая коррекция иррациональных убеждений пациента, связанных с болезнью.

Механизм: использование когнитивной модели А. Эллиса (АВС-модель) для выявления и трансформации катастрофизирующих мыслей («Если врач не нашёл причину, значит у меня неизлечимая болезнь»).

Приёмы:

- выявление когнитивных искажений (например, сверхобобщение, «чёрно-белое мышление»);
- использование метода «сократического диалога» в сестринском общении;
- формирование более реалистичных интерпретаций симптомов.

Задача: уменьшение тревожности, повышение доверия к терапии, снижение количества соматизированных жалоб.

4. Психообразовательная работа с семьёй пациента.

Суть: включение ближайшего окружения в процесс лечения, так как семейная система часто является поддерживающим или провоцирующим фактором психосоматической патологии.

Механизм: системная семейная теория М. Боуэна — дисфункциональные коммуникации в семье усиливают психосоматические проявления.

Приёмы:

- проведение бесед с родственниками о роли психоэмоциональных факторов в болезни;
- обучение членов семьи навыкам ненасильственного общения (NVC по М. Розенбергу);
- объяснение феномена «вторичной выгоды», чтобы близкие не усиливали зависимую позицию пациента.

Задача: снизить уровень внутрисемейного напряжения и создать поддерживающую среду для реабилитации.

5. Техники эмоциональной саморегуляции для медсестры.

Суть: предотвращение профессионального выгорания через управление собственными эмоциями.

Механизм: опора на концепцию «эмоционального интеллекта» Д. Гоулмана и модель профессионального стресса К. Маслач.

Приёмы:

- регулярная практика майндфулнесс-медитации (снижение уровня руминативных мыслей);
- использование метода «эмоционального дистанцирования» (разделение личности пациента и его болезни);
- супервизорская поддержка и групповая рефлексия в сестринском коллективе.

Задача: сохранение психоэмоционального ресурса медсестры и повышение эффективности сестринской помощи.

6. Методика позитивного подкрепления и формирования адаптивного поведения.

Суть: использование принципов поведенческой психологии (Б. Ф. Скиннер) для закрепления конструктивных моделей поведения пациента.

Механизм: согласно бихевиоральной парадигме, поведение, подкреплённое положительными последствиями, имеет тенденцию повторяться.

Приёмы:

- похвала за соблюдение назначений и проявление активности;
- фиксация внимания на малых успехах в лечении («Вы уже научились контролировать дыхание, это важный шаг»);

– снижение негативного подкрепления (не усиливать чрезмерные жалобы чрезмерным вниманием).

Задача: стимулирование у пациента внутренней мотивации к сотрудничеству и формирование у него более здоровых способов взаимодействия с окружающими.

Эти методики не предполагают, что медсестра подменяет психолога, но позволяют ей действовать в рамках биопсихосоциальной модели медицины, снижая напряжённость и повышая эффективность ухода.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

Работа медицинской сестры с психосоматическими пациентами сопряжена с рядом серьёзных рисков для её психического здоровья, которые носят накопительный и пролонгированный характер. Постоянное пребывание в эмоционально насыщенной среде формирует устойчивую психическую нагрузку, требующую значительных затрат адаптационных ресурсов. Медсестра вынуждена сталкиваться с выраженными проявлениями тревожности, раздражительности и недоверия со стороны пациентов, что создаёт фон хронического межличностного напряжения. При отсутствии адекватных стратегий психологической саморегуляции такие условия ведут к постепенному истощению адаптационных механизмов.

Особую угрозу представляет развитие синдрома эмоционального выгорания, описанного К. Маслач, который проявляется в трёх ключевых компонентах: эмоциональном истощении, деперсонализации и снижении чувства личных профессиональных достижений. Для медсестры это выражается в утрате способности к эмпатии, формировании «защитной холодности» по отношению к пациенту и в переживании субъективного ощущения беспомощности. Дополнительным фактором риска является фено-

мен вторичной травматизации: регулярное соприкосновение с жалобами на «невидимую» боль и драматическими рассказами пациентов формирует у специалиста внутреннюю идентификацию с их страданиями, что может усиливать собственную тревожность и соматоформные реакции.

Не менее значимым является риск когнитивной дезориентации и профессиональных сомнений. Поскольку психосоматические пациенты склонны к обесцениванию медицинской помощи и предъявлению противоречивых жалоб, медсестра может постепенно утрачивать уверенность в эффективности своей деятельности, что ведёт к формированию профессиональной фрустрации. В ряде случаев это сопровождается чувством вины, особенно когда усилия по уходу не приводят к заметному улучшению состояния больного.

Кроме того, постоянное взаимодействие с манипулятивными формами поведения пациентов способствует нарушению личностных границ самой медсестры. Возникает опасность формирования созависимых отношений, при которых специалист бессознательно начинает восполнять эмоциональные дефициты пациента за счёт собственных ресурсов. Подобная динамика усиливает риск эмоциональной истощаемости и может приводить к развитию психосоматических симптомов уже у самой медсестры, таких как хроническая усталость, головные боли или нарушения сна.

Таким образом, психическое здоровье медицинской сестры при работе с психосоматическими пациентами находится в зоне постоянного риска, обусловленного сочетанием эмоционального давления, когнитивных противоречий и межличностных трудностей. Это требует системной профилактики профессионального выгорания, формирования устойчивых навыков саморегуляции и создания организационных условий для психологической поддержки сестринского персонала.



Новости психиатрии*

НОВЫЕ ДАННЫЕ ПОКАЗЫВАЮТ, ЧТО АУТИЗМ — НЕ ОДНО РАССТРОЙСТВО

Новое исследование предполагает, что аутизм, диагностированный в раннем детстве, генетически и в плане развития отличается от аутизма, выявленного на более поздних этапах развития человека, что ставит под сомнение представление о нем как о едином, однородном расстройстве.

Исследователи обнаружили, что у детей, которым диагноз поставили в раннем детстве, чаще проявляются социальные и поведенческие трудности в младенчестве и раннем возрасте, тогда как у тех, кого диагностировали позже, выше уровень сопутствующих состояний, таких как синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) и депрессия. Два подтипа также демонстрируют различные генетические профили.

«Мы выяснили, что в среднем люди, у которых аутизм диагностировали рано и позже в жизни, идут разными путями развития и, что удивительно, имеют различные лежащие в основе генетические профили», — сообщила в пресс-релизе исследователь проекта Синьхэ Чжан, аспирант кафедры психиатрии Кембриджского университета, Великобритания.

«Понимание того, как черты аутизма проявляются не только в раннем детстве, но и позднее, в детстве и подростковом возрасте, может помочь нам распознавать, диагностировать и поддерживать аутичных людей всех возрастов», — добавил старший автор статьи Варун Варриер, доктор философии, также работающий в отделении психиатрии Кембриджского университета.

Исследование было опубликовано онлайн 1 октября в журнале Nature.

Аутизм — это сложное нарушение нейроразвития, не имеющее единственной известной причины. Хотя традиционно считается, что он проявляется в раннем детстве, многим людям диагноз ставится позже в жизни. Остается неясным, следуют ли аутизм, выявленный на ранних и поздних этапах жизни, разным траекториям развития или имеет различные генетические профили.

Чтобы изучить, чем аутизм, диагностированный в раннем возрасте, может отличаться от случаев, выявленных позже, исследователи проанализировали лонгитюдные данные из четы-

рех когорт рождения, каждая из которых включала от 89 до 188 аутичных людей, а также генетические данные более 45 000 человек из нескольких международных когорт.

Они обнаружили, что у тех, кому поставили диагноз до 7 лет, были значительно выше показатели глобальной задержки развития и интеллектуальных нарушений, с выраженными дефицитами в моторных и языковых вехах.

Напротив, люди, которым диагноз поставили позднее в детстве или во взрослом возрасте, часто демонстрировали типичное раннее развитие, но со временем у них развивались более тонкие когнитивные и поведенческие трудности. У них также чаще встречались сопутствующие состояния, включая СДВГ и депрессию.

Генетический анализ показал, что у рано диагностированной группы была повышена концентрация редких, вредоносных вариантов в консервативных генах, в то время как у поздно диагностированной группы были повышены полигенные шкалы риска для уровня образования и других сложных признаков.

Исследователи пока не определили конкретные генетические варианты, связанные с каждым из этих профилей.

Примечательно, что исследователи наблюдали, что средний генетический профиль поздно диагностированного аутизма больше напоминал профили СДВГ, депрессии и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), чем профиль аутизма, диагностированного в раннем детстве.

«Важным следующим шагом будет понимание сложного взаимодействия между генетикой и социальными факторами, которые приводят к ухудшению показателей психического здоровья среди поздно диагностированных аутичных людей», — сказал Варриер.

Исследователи предостерегли от чрезмерного обобщения выводов исследования, подчеркнув, что возраст постановки диагноза формируется под влиянием социальных, культурных и систем здравоохранения факторов, а также биологии. Они отметили, что у некоторых детей, диагностированных позже, могли быть ранние признаки, которые остались незамеченными.

* Раздел подготовлен по материалам мониторинга ведущих научных информационных ресурсов

РИСК СУИЦИДАЛЬНЫХ ПОПЫТОК В ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД ЗАВИСИТ ОТ ПОЛА РОДИТЕЛЯ

В основу работы легло общенациональное когортное исследование, основанное на данных шведских регистров за 2001–2021 годы. Учёные проанализировали информацию о 2 196 276 беременностях, охвативших 1 236 816 матерей и 1 175 674 отцов, чтобы выявить различия в риске суицидального поведения в зависимости от пола.

Анализ риска проводился в три ключевых периода: год до зачатия, собственно беременность и первый год после родов, с детализацией данных по неделям.

Факты суицидальных попыток выявлялись через Национальный регистр пациентов по кодам МКБ; для каждого периода учитывалась только первая попытка.

Для расчёта относительного риска (IRR) показатели во время беременности и после родов сравнивались с данными за соответствующие недели года до зачатия. При этом в модели учитывались страна рождения, возраст, уровень образования, семейное положение, психиатрический анамнез и сезонность.

За время наблюдения было зарегистрировано 7469 суицидальных попыток среди матерей и 8338 среди отцов.

У матерей риск суицидальной попытки был существенно ниже в период беременности (0,74 на 1000 человеко-лет) и после родов (0,85), чем до зачатия (2,69). Наименьший риск наблю-

дался в первую послеродовую неделю (относительный риск снижался до 0,14).

У отцов динамика была иной: риск оставался стабильным до рождения ребёнка, незначительно снижаясь в первые 10 недель после родов, но затем значительно возрастал в оставшийся послеродовой год.

В целом, в периоды беременности и после родов матери демонстрировали более низкий риск суицидального поведения по сравнению с отцами. Таким образом, характерная для общей популяции тенденция к более высокому числу попыток суицида среди женщин в этот период меняется на противоположную.

Как отметили авторы, полученные данные свидетельствуют о том, что рождение ребёнка может служить защитным фактором от суицидальности для матерей. В то же время исследование выявило уязвимость отцов в позднем послеродовом периоде.

«Клиницистам стоит активнее использовать возможности существующей системы охраны материнства и детства — не только для наблюдения за матерями, но и для выявления отцов из группы риска, проведения оценки их психического состояния и усиления мер по профилактике суицидов», — подчеркнули исследователи.

РИСК БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ДЕФИЦИТ ПИЩЕВЫХ РЕСУРСОВ

В контексте глобального старения населения и роста распространенности нейрокогнитивных расстройств поиск модифицируемых факторов риска развития болезни Альцгеймера (БА) приобретает первостепенное значение. Среди многообразия элементов образа жизни, влияющих на когнитивное здоровье, питание занимает одну из ключевых позиций. Параллельно с этим, пищевая незащищенность — социально-экономический феномен, характеризующийся ограниченной доступностью или нестабильностью в получении полноценного питания, — признана серьезной проблемой общественного здравоохранения, в особенности в геронтологической популяции. В настоящее время взгляд исследователей обращен на точку пересечения этих двух областей, где дефицит пищевых ресурсов потенциально способен выступать катализатором нейродегенеративных процессов.

В свете данного подхода представляет значительный интерес работа иранских ученых под руководством М. М. Аббаси, выполнивших исследование по схеме «случай-контроль» с вовлечением 301 участника (150 пациентов с

верифицированным диагнозом БА на ранних стадиях и 151 человека в контрольной группе). Ключевым инструментом верификации статуса пищевой безопасности послужил валидированный 18-пунктный опросник USDA, что позволило объективно дихотомизировать выборку на лиц с обеспеченным и необеспеченным питанием. Важным методологическим достоинством работы является включение в анализ только тех пациентов, у которых диагноз был установлен в пределах шести месяцев до исследования, а данные о питании ретроспективно, со слов опекунов, относились к периоду, предшествующему манифестации заболевания.

Результаты многовариантного логистического регрессионного анализа, скорректированного на индексы массы тела, семейный анамнез, социо-демографические и образовательные переменные, демонстрируют убедительные доказательства выдвинутой гипотезы. Установлено, что пищевая незащищенность ассоциирована с практически трехкратным увеличением риска болезни Альцгеймера (OR = 2,80; 95% ДИ: 1,59–4,94). При стратификации данных выявлены еще более выраженные ассоциации в опреде-

ленных подгруппах. Так, для женщин, испытывающих нехватку продовольствия, вероятность развития БА возрастала в 3,54 раза, а у лиц моложе 65 лет с ранним началом деменции — почти вчетверо ($OR = 3,94$). Полученные данные позволяют утверждать, что депривация в сфере питания является не просто маркером общего неблагополучия, но и независимым, мощным предиктором, вносящим существенный вклад в альцгеймеровский патогенез.

Патофизиологические механизмы несут. С одной стороны, финансовые ограничения закономерно приводят к потреблению дешевых, высококалорийных, но бедных нутриентами продуктов, что ведет к дефициту витаминов, полиненасыщенных жирных кислот и антиоксидантов, критически важных для поддержания синаптической пластичности и противодействия окислительному стрессу. С другой стороны, сама по себе ситуация хронической неопределенности и борьбы за базовые ресурсы является источником персистирующего психосоциально-

го стресса. Длительная активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси и сопутствующая гиперкортизолемика оказывают прямое нейротоксическое действие, в частности, на гиппокамп — структуру, играющую центральную роль в процессах памяти и одной из первых затрагиваемую при БА.

Несмотря на неизбежные ограничения, присущие дизайну «случай-контроль» — в первую очередь, риск смещения при воспоминании и сложности с установлением строгой временной последовательности событий, — представленное исследование вносит весомый вклад в нарратив о социальных детерминантах психического здоровья. Перспективы дальнейших изысканий видятся в проведении лонгитюдных проспективных исследований, которые позволят не только уточнить причинно-следственные связи, но и детально изучить вклад различных уровней пищевой депривации в динамику когнитивного спада при широком спектре нейродегенеративных патологий.

ГЕНЕЗИС ФЕНОМЕНА ИЗБЕГАНИЯ ИНФОРМАЦИИ: ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ДЕТЕРМИНАНТ ФОРМИРОВАНИЯ «ЭФФЕКТА СТРАУСА»

Генезис поведенческого паттерна избегания информации, известного как "Эффект Страуса", стал предметом исследования специалистов Чикагского университета. В фокусе научного интереса находилось определение возрастного периода формирования данной поведенческой модели. Исследовательская группа под руководством доктора психологических наук Р. Сантаногопалан провела серию экспериментов с целью выявления онтогенетических закономерностей развития информационного избегания.

Экспериментальные данные, опубликованные в журнале *Psychological Science*, демонстрируют статистически значимую возрастную динамику изучаемого феномена. Результаты свидетельствуют, что в возрасте 5-6 лет преобладает выраженная ориентация на информационный поиск, тогда как к 7-10 годам формируется способность к избеганию эмоционально негативной информации.

Методология исследования включала моделирование пяти ключевых ситуаций, провоцирующих информационное избегание. Наиболее показательными оказались результаты эксперимента с оценкой предпочтений, где старшие дети систематически избегали информации о негативных свойствах предпочитаемых объектов, сохраняя при этом готовность к восприятию аналогичных данных о нейтральных объектах.

Особый научный интерес представляет исключение из выявленной закономерности: дети всех исследуемых возрастных групп не демонстрировали избегания информации, касающейся их компетентности. Этот феномен интерпретируется исследователями как следствие формирования *growth mindset* - установки на развитие, поощряемой в образовательной среде.

Дополнительное изучение моральных аспектов принятия решений выявило возрастную динамику в использовании "моральных лазеек" - стратегий сохранения самооценки при совершении эгоистических действий. Эксперимент с распределением стикеров показал, что старшие дети чаще прибегали к намеренному незнанию для оправдания выбора, максимизирующего личную выгоду.

Полученные эмпирические данные имеют значительный теоретический потенциал для разработки профилактических программ, направленных на формирование адаптивных стратегий информационного поведения в детском возрасте. Перспективным направлением дальнейших исследований представляется изучение корреляций между ранними проявлениями информационного избегания и последующим развитием когнитивных искажений у взрослых индивидов.

Редакция сетевого издания «Омский психиатрический журнал» принимает к публикации материалы по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др., по следующим темам:

1. Региональные и социальные аспекты психиатрии.
2. Клиника психических расстройств.
3. Возрастные аспекты психиатрии.
4. Клиническая психология.
5. Психиатрия и право.
6. Психофармакология.
7. Организация психиатрической помощи.
8. Психотерапия и реабилитация в психиатрии.
9. Сестринское дело в психиатрии.
10. Другие близкие темы.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила оформления:

1. Статья предоставляется в электронной версии.
2. На отдельной странице указываются контактная информация: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы, должность, контактный телефон и адрес электронной почты каждого автора.
3. Объем статьи должен составлять не менее 4 и не более 10 страниц машинописного текста (для обзоров – не более 24 страниц). Текст статьи должен быть набран шрифтом TimesNewRoman12 через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац».
4. При оформлении статьи на 1-й странице текста указываются инициалы и фамилия автора (авторов), название статьи, полное название учреждения, в котором работает автор (авторы).
5. Перед названием статьи указывается УДК.
6. К статье прилагается резюме и ключевые слова на русском и английском языках (объемом не более 100 слов). В резюме дается краткое описание работы, в том числе цель исследования, материал и методы (количество больных, используемая методика), полученные результаты и основные выводы.
7. Таблицы должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы.
8. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи. В списке перечисляются в алфавитном порядке сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.
9. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.
10. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а также отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала либо нарушений действующего законодательства. Причины отклонения статей автору не сообщаются, текст рукописи не возвращается.
11. Редакция не принимает на себя ответственность за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.

The editorial board of the online publication "Omsk Psychiatric Journal" accepts for publication materials on theoretical and clinical aspects, clinical lectures, review articles, case reports, etc., on the following topics:

1. Regional and social aspects of psychiatry.
2. Clinical presentation of mental disorders.
3. Age-related aspects of psychiatry.
4. Clinical psychology.
5. Psychiatry and law.
6. Psychopharmacology.
7. Organization of psychiatric care.
8. Psychotherapy and rehabilitation in psychiatry.
9. Nursing in psychiatry.
10. Other related topics.

ARTICLE FORMATTING REQUIREMENTS

When submitting works to the editorial board, please adhere to the following formatting rules:

1. The article must be submitted in electronic form.
2. A separate page must include the contact information: full name, title, academic degree, place of work, position, contact phone number, and email address of each author.
3. The article length should be no less than 4 and no more than 10 pages of typed text (for reviews – no more than 24 pages). The text of the article should be typed in Times New Roman 12-point font with 1.5 line spacing, and 2 cm margins. Each paragraph should be indented, set using the "Paragraph" menu.
4. On the first page of the text, the author's(s') initials and surname(s), the title of the article, and the full name of the institution where the author(s) work(s) must be indicated.
5. The UDC (Universal Decimal Classification) code must be provided before the article title.
6. The article must be accompanied by an abstract and keywords in Russian and English (no more than 100 words). The abstract should provide a brief description of the work, including the research objective, materials and methods (number of patients, methodology used), results obtained, and main conclusions.
7. Tables should be compact, have a serial number, a title, and clearly marked columns.
8. Bibliographic references in the text are given as numbers in square brackets, corresponding to the reference list at the end of the article, formatted according to GOST standards. The list should be in alphabetical order, first listing domestic authors, then foreign ones. All bibliographic references in the text must be numbered according to their position in the reference list. The surnames of foreign authors are given in their original transcription.
9. The use of international nonproprietary names for medicinal products is recommended in the text, written in lowercase letters. Brand names of drugs are written with a capital letter.
10. The editorial board reserves the right to perform scientific editing, abridgment, and literary correction of the text, as well as to reject the work due to its non-compliance with the journal's requirements or violation of current legislation. The reasons for rejection are not communicated to the author, and the manuscript text is not returned.
11. The editorial board does not accept responsibility for the infringement of copyright and financial rights caused by the authors of the submitted materials.