

Результаты исследования и их обсуждение. Проанализированы данные 71 больного (женского пола – 11 чел. (15,5%) и мужского пола – 60 чел. (84,5%)), страдающего социализированным, несоциализированным и оппозиционно-вызывающим расстройствами поведения в возрасте от 6 до 16 лет. В полных семьях воспитывались лишь 15 чел. (21,1%). В наибольшем же количестве случаев (33 чел., 46,5%) семьи были неполными (в том числе, малообеспеченными, многодетными): мать, мать и бабушка, отец. При этом, воспитывающий родитель мог страдать тяжелым соматическим заболеванием (быть инвалидом), злоупотреблять алкоголем, а братья (сестры) больных в некоторых случаях находились в местах лишения свободы. В 18 случаях (25,4%) больные были лишены родительской опеки, воспитываясь родственниками (сестрой, бабушкой, тётёй, дядей) либо находясь на государственном обеспечении или в приёмных семьях. Сиротами являлись 5 (7,0%) детей.

Наиболее значимые стрессоры, которые озвучивали сами пациенты, условно разделились на две группы: внутрисемейные, внесемейные. К внесемейным относятся: буллинг (1,4%), провокации со стороны окружающих (4,2%), ссоры с близкими друзьями и любимым человеком (2,8%), отсутствие заинтересованности в общении и конфликты с учителями (23,9%), увлечение компьютерными играми (4,2%). Группу внутрисемейных факторов составили: физическое насилие в семье (2,8%), смерть одного из родителей (5,6%), сочетание первых двух факторов (1,4%), социальный статус семьи, сложные взаимоотношения в семье – с отчимом, мачехой, сестрой, братом (12,6%), равнодушие родителей, выраженное чувство одиночества (8,4%). Часть больных не указывала на наличие каких-либо стрессоров.

В клинической картине расстройств поведения на первый план выступали: физическая агрессия (22,5%), бродяжничество (18,3%), воровство (18,3%), сексуальные девиации (4,2%), недержание мочи (4,2%), употребление психоактивных веществ (2,8%).

По результатам психологического исследования личности детей и подростков с расстройствами поведения было выявлено следующее: у 47,8% обследуемых на первый план выступали проявления агрессии защитно-компенсаторного характера, 14,1% пациентов испытывали трудности социальной интеграции вследствие массивных социально-культурных деприваций, обусловленных негативным опытом семейной социализации, сложные сочетанные формы нарушений личности составили 25,2%, у 4,2% выражены различные типы акцентуации характера (гипертимный, возбудимый, демонстративный, агрессивно-истерический), что является наиболее значимым фактором риска делинквентного (противоправного) поведения.

Выводы. Таким образом, мы установили наличие при нарушениях поведения у детей и подростков внутрисемейных и внесемейных стресс-факторов. Наиболее значимые из них: состав семьи, взаимоотношения с родителями, социальный статус, а также адаптация в школьной среде. Среди поведенческих нарушений на первый план выступают бродяжничество, воровство и физическая агрессия. Обнаружены массивные социально-культурные депривации в развитии испытуемых, признаки эмоционально-волевой расторможенности, слабости саморегуляции, снижение познавательного интереса и познавательной активности, а также трудности социальной интеграции в коллективе сверстников. Выявленные особенности формирования личности построены на агрессивно-оборонительном поведении, манипулятивной стратегии отношения к окружающим, компенсаторном эгоизме являются следствием деформации системы родительского морально-этического и эмоционально-волевого воспитания, дефицита социально ценного продуктивного опыта, общей педагогической запущенности.

Ковалева К.В.

РАННИЕ ДЕЗАДАПТИВНЫЕ СХЕМЫ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИЧЕСКОГО СТРЕССА

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Актуальность. Пандемия COVID-19 является масштабным социально-экономическим потрясением последнего десятилетия, спровоцировавшим появление у всех групп населения различной степени выраженности тревожных, фобических и/или депрессивных переживаний, а также реакций страха, паники и ужаса. В тематических публикациях освещаются как психоневрологические осложнения перенесенной коронавирусной инфекции (например, астенические и когнитивные нарушения), так и ряд специфических психопатологических состояний: «коронавирусный синдром», развивающийся после получения так называемой психотравмы, вызванной COVID-19 (Соловьева Н.В. и соавт., 2020), который по тяжести психопатологических нарушений приравнивают к посттравматическому стрессовому расстройству/ «коронафобию», симптомы которой приближены к критериям специфической (изолированной) фобии по МКБ-10 (Asmundson G.J.G., Taylor S., 2020)/ «пост-пандемическое стрессовое расстройство» - «post-pandemic stress disorder (PPSD)» (Laskawiec D., Grajek M., Szlacheta P., Korzonek-Szlacheta I., 2022). Особенности реакции личности в стрессовой ситуации определяются не только обстоятельствами ситуации, состоянием личностных ресурсов и характерными для человека стратегиями преодоления, но и, в значительной степени, личностной структурой. Ситуация пандемического коронавирусного стресса из-за своей глобальности и неподконтрольности, а также в связи с воздействием ряда других факторов, создает условия для манифестации уже имеющихся дезадаптивных поведенческих паттернов, сформированных в раннем детстве, либо приобретенных на начальных этапах личностного развития - ранних дезадаптивных схем (РДС). РДС являются ригидными, самоподдерживающимися механизмами, создающими определенный «фильтр» восприятия, через который отображается только соответствующая схемам информация, воспринимаемая индивидом как фактическое, достоверное знание о себе и об окружающем мире, тем самым ограничивая его поведение и затрудняя социальную адаптацию.

Цель исследования: изучение выраженности и структурных особенностей ранних дезадаптивных схем, а также их влияния на уровень нервно-психической адаптации у указанного контингента обследуемых.

Материал и методы исследования. Контингент обследуемых лиц составили 220 студентов медицинского вуза в возрасте 19-26 лет (средний возраст - $20,7 \pm 0,89$ лет), из них: мужчины - 71 чел. (32,3%), женщины - 149 чел. (67,7%). Распределение по группам сравнения осуществлялось в зависимости от уровня нервно-психической адаптации в соответствии с методикой «Тест нервно-психической адаптации» (ПНИИ им. Бехтерева). В основную группу вошли 130 респондентов в состоянии психической дезадаптации (z-оценка по «Тесту нервно-психической адаптации» - от -1,03 и выше): мужчины - 31 чел. (23,8%), женщины - 99 чел. (76,2%). Группу сравнения составили 90 обследуемых в состоянии оптимальной нервно-психической адаптации (z-оценка - 1,04 и менее, соответственно), из них: мужчин - 40 чел. (44,4%), женщин - 50 чел. (55,6%). Для оценки выраженности РДС использовалась методика «Диагностика ранних дезадаптивных схем» (YSQ-S3R) Дж. Янга в адаптированном варианте Касьяник П.М., Романовой Е.В. В инструкции респондентам предлагается 90 вопросов, которые описывают 18 ранних дезадаптивных схем, объединенных в 5 доменов. Аналитическая обработка полученных данных проводилась с использованием таблиц MS Excel и лицензионных пакетов статистического анализа - «Statistica 10.0» (StatSoft) на IBM PC/AT. Применялся t-критерий Стьюдента и коэффициент ранговой корреляции Спирмена (результаты достоверны при уровне значимости $p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования было выявлено, что общий показатель выраженности РДС в основной группе составил $248 (\pm 51,1)$ и в группе сравнения - $203 (\pm 37,2)$ при $p \leq 0,01$. Исходя из анализа показателей по отдельным шкалам методики, наиболее выраженными схемами у респондентов основной группы оказались: «Жесткие стандарты/ Придирчивость», «Поиск одобрения», «Привилегированность/ Грандиозность», «Самопожертвование», «Негативизм/ Пессимизм», «Недоверие/ Ожидание жестокого обращения» ($p \leq 0,01$). Так, лица молодого возраста с признаками психической дезадаптации обнаруживают нереалистично высокие стандарты поведения и успешности, повышенную требовательность к себе и окружающим, неустойчивую самооценку с болезненной фиксацией на оценочных суждениях со стороны социума и значимых фигур, чрезмерную увлеченность удовлетворением интересов других людей в ущерб собственным потребностям и развитию. Также они склонны к ожиданию особого отношения к себе и пренебрежению общепринятыми рамками социального

взаимодействия наряду с концентрацией на негативных аспектах жизни, высоким уровнем внутреннего напряжения и ожиданием того, что могут стать объектом унижения и манипуляций. Также были обнаружены корреляционные взаимосвязи между уровнем нервно-психической адаптации (среднее значение в основной группе - 1,31 ($\pm 1,80$), что соответствует значению «патологическая психическая дезадаптация») и следующими РДС: «Неуспешность», «Покорность», «Эмоциональная депривированность», «Социальная отчужденность», «Зависимость/Беспомощность», «Дефективность/Стыдливость», «Недостаточность самоконтроля», «Уязвимость» в порядке убывания силы корреляционной связи ($p \leq 0,05$). Таким образом, ключевыми качествами в структуре личности респондентов, которые могут обеспечивать дезадаптивное реагирование в ситуации стресса, являются низкая толерантность к фрустрации, убежденность в собственной несостоятельности/неуспешности/дефективности, склонность перекладывать ответственность за свою жизнь и принятие решений на других людей, ожидание того, что эмоциональные потребности не будут удовлетворены должным образом, а также неизбежности какой-либо катастрофы/травматического события.

Выводы. Выявленные в ходе исследования результаты показали, что в структуре психической дезадаптации, развившейся у респондентов, существенную роль играют дисфункциональные эмоциональные, когнитивные и поведенческие паттерны - ранние дезадаптивные схемы, сформировавшиеся в период детства. С точки зрения схема-терапевтического подхода, РДС присутствуют в структуре психики каждого человека, но в процессе социализации и получения жизненного опыта возможна достаточная их компенсация для благополучного личностного функционирования. Однако, под влиянием массивного и травматичного стрессового воздействия пандемии COVID-19, дезадаптивные схемы непроизвольно «включаются» в систему психической адаптации, искажая восприятие поступающей информации и эмоциональное реагирование, что ведёт за собой декомпенсацию, проявляющуюся на уровне предболезненных и пограничных психических нарушений, а в отдельных случаях - манифестации клинически очерченной психической патологии. При анализе корреляционных взаимосвязей было выявлено, что наиболее значимое влияние на формирование психической дезадаптации у обследуемого контингента лиц оказывали безусловные схемы (7 из 8 схем, за исключением схемы «Покорности»). Это объясняется, в том числе, возрастом испытуемых, которые находятся в периоде ранней взрослости и не имеют достаточного опыта и набора эффективных приемов совладания с трудными жизненными ситуациями, что обуславливает их уязвимость к стрессогенному пандемическому воздействию. Следовательно, используемые в текущем контексте психотерапевтические и психокоррекционные методики следует фокусировать на личностно-ориентированных подходах, учитывающих дисфункциональные особенности восприятия и когнитивной переработки информации молодых людей, а также определенные трудности в построении терапевтических отношений, которые обусловлены ранними дезадаптивными схемами.

Лубенская О. А

ОСОБЕННОСТИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ У КОМБАТАНТОВ СВО

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени М. Горького»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Донецк, Российская Федерация*

Актуальность. Эскалация вооруженного конфликта на Донбассе и проведение Специальной Военной Операции, начавшейся в феврале 2022 года, значительно обострила уровень нервно-психического напряжения всех жителей Республики. Особенного внимания заслуживает психическое здоровье комбатантов, находящихся под влиянием боевого стресса. В профессиональной деятельности военнослужащих преобладает влияние на них комплекса неблагоприятных факторов, угрожающих здоровью и жизни. В условиях боевых действий главными стрессогенными факторами военнослужащих являются высокая напряженность физического труда, неполноценное питание, недостаток времени на отдых и сон, бытовая неустроенность,