

Г. А. Прокопович<sup>1,2\*</sup>, Н. Д. Седова<sup>3</sup>, Т. В. Стомова<sup>1</sup>

## ТРАВМАТИЗАЦИЯ ИНФОРМАЦИЕЙ (ВЗГЛЯД КЛИНИЦИСТА)

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

<sup>2</sup>Санкт-Петербургское государственное казённое учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова» (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация)

<sup>3</sup>Детский консультативно-диагностический центр ТОО МФ «Гиппократ» (г. Караганда, Республика Казахстан)

**\*Галина Анатольевна Прокопович** – к.м.н., доцент кафедры психиатрии и наркологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация); Санкт-Петербургское государственное казённое учреждение здравоохранения «Городская психиатрическая больница №3 им. И. И. Скворцова-Степанова» (г. Санкт-Петербург, Российская Федерация). E-mail: galinapro1@rambler.ru

В настоящее время наиболее распространенными психическими расстройствами являются психогении. Они составляют более половины обращений за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью. В последние годы в своей повседневной жизни человек все чаще опирается в своих суждениях на картину мира, которая складывается у него под воздействие средств массовой информации (СМИ) и интернет-контентов. Содержание преподносимой информации не всегда соответствует действительности и может негативно повлиять на психическое благополучие наиболее уязвимой части общества. Опасные эффекты информационных воздействий проявляются на различных уровнях и могут служить причиной развития психогенных расстройств, а также вести к обострению уже имеющейся симптоматики. Различного рода информационные интервенции способны снизить или повысить травмирующее воздействие на психику. В предложенной статье представлены клинические примеры на основе объединенного опыта психотерапевтической практики в частном центре г. Караганды и работы психиатрической (психотерапевтической) службы г. Санкт-Петербурга, которые наглядно демонстрируют связь психических расстройств с информационным воздействием вне зависимости от источника информации.

**Ключевые слова:** психические расстройства, психогении, психотравмирующая ситуация, информационное воздействие.

## ВВЕДЕНИЕ

В современном мире психогении являются наиболее распространенными психическими расстройствами. Они составляют более 50% обращений за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью [10]. Психогении, в отличие от эндогенных и экзогенных психических расстройств, имеют тесную связь со стрессором (в соответствии с триадой Ясперса):

- 1) расстройство возникает вслед за психотравмирующей ситуацией;
- 2) содержание переживаний отражает психотравмирующую ситуацию;
- 3) дезактуализация травмы ведет к ослаблению или прекращению расстройства [4].

К тяжелым психотравмирующим ситуациям относятся катастрофы, боевые действия, пожары, несчастные случаи, присутствие при насиль-

ственной смерти другого лица, пытки, изнасилования, разбойные нападения, вследствие чего может развиваться острая реакция на стресс (F – 43.0). Согласно критериям МКБ-10 – транзитное расстройство значительной тяжести, которое развивается в ответ на исключительный физический и психологический стресс и которое проходит в течение часов или дней. По оценке исследователей более 61% людей в разные периоды своей жизни переживают тяжелые травматические события, которые впоследствии могут стать причиной развития психических расстройств [12, 15]. Однако доля заболевших при этом составляет от 13 до 50%, т.е. вероятность развития расстройства зависит от индивидуальной восприимчивости (стрессоустойчивости) и характера травматического воздействия. Расстройство, которое возникает как отставлен-

ная и/или затяжная реакция на травмирующее событие или ситуацию (кратковременную или продолжительную), когда переживание травмы становится центральным в жизни человека, меняя его социальное функционирование и стиль его жизни можно говорить о посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР) F – 43.1. Заболеваемость ПТСР сильно варьирует в зависимости от социальной ситуации и составляет 0,5% среди мужчин и 1,2% среди женщин в благоприятный период (при отсутствии войн и катастроф). Кроме того исследователи обратили внимание, что ПТСР в два раза чаще встречается у женщин (за исключением комбатантов), в то время, как в детском возрасте соотношение меняется в обратную сторону: мальчики оказываются более уязвимыми к манифестации ПТСР, чем девочки [12, 15].

Опыт психиатрии катастроф свидетельствует о том, что в возникновении психических нарушений ведущая роль принадлежит не самой чрезвычайной ситуации (ЧС), а тому, насколько человек как личность воспринимает, переживает и интерпретирует данное событие. Любая ситуация как многофакторное явление может стать чрезвычайной для индивидуума, если она воспринимается как личностно-значимая, а само переживание по своей интенсивности и длительности может превысить индивидуальные компенсаторные ресурсы данной личности [4]. И. П. Павлов опирался на то, что «чрезвычайность и сила внешнего раздражителя совершенно относительны. Она определяется предшествующим опытом, а сила действия внешнего раздражителя зависит от состояния нервной системы». Соответственно стрессовые ситуации, не достигающие чрезвычайного или катастрофического размаха, и личностно-значимая информация, вызывающая неадекватную реакцию, могут послужить причиной развития расстройств адаптации (F – 43.2).

В МКБ-10 выделяют несколько диагностических рубрик для описания состояний спровоцированных психотравмирующими обстоятельствами, в МКБ-11 выделен целый раздел, в котором стрессовая ситуация является критерием – «Расстройства, непосредственно связанные со стрессом» (disorders specifically associated with stress, L1-6B4), что является этиологически обоснованным.

Мировоззрение человека формируется в ходе его развития и зависит не только от внутренних (наследственных и биологических), но и от внешних (воспитание, образование, межличностное взаимодействие и пр.) факторов (согласно биопсихосоциальной модели) [11]. Зна-

чительное влияние на самосознание человека оказывает информация, которую он получает ежедневно. В современном мире человек все чаще в своих суждениях опирается на картину мира, которая складывается у него под воздействием средств массовой информации (СМИ) и интернет-контентов, содержание которых не всегда соответствуют действительности, и может негативно сказываться на его психическом благополучии. Согласно мнению психологов [1] опасные эффекты информационных воздействий могут проявляться на различных уровнях:

а) на индивидуальном – изменения психического и физиологического состояния людей, выражающиеся в возрастании психической напряженности, тревожности, и др.;

б) на личностном – снижение у людей способности к самоопределению, самореализации, принятию жизненно важных решений; возникновение акцентуаций характера, деформации мотивационной направленности;

в) на уровне субъекта – ошибки восприятия информации, нарушающие выполнение социальных функций и приводящие к формированию установок на недоверие к источникам информации;

г) на уровне общества – увеличении частоты рискованных социально-психологических ситуаций.

Таким образом, средства массовой информации (СМИ) способны снизить или повысить травматизацию населения в чрезвычайной ситуации [2]. Деятельность СМИ придает любому стихийному бедствию общественный резонанс, который либо усиливает катастрофичность последствий, либо способствует скорейшему их преодолению [1]. Однако анализ освещения ЧС и терактов прессой показывает психологическую некомпетентность журналистов [1, 2, 5]. Многие СМИ стремятся подать информацию о стихийных бедствиях зрелищно и ярко. Однако культивация таких чувств, как тревога, растерянность, страх, гнев, отчаяние может оказывать сильное дезорганизующее и деморализующее влияние на человека, и подобные манипуляции в массовой коммуникации представляют особый риск. Активное тиражирование в медиапространстве эмоциогенных сообщений о природных бедствиях может вызвать эффект «выученной беспомощности» и, как следствие, привести к апатичному или паническому поведению людей непосредственно во время катаклизмов [7, 8, 9]. При подаче материалов СМИ следует понимать цели сообщения и учитывать степень безопасности приемов подачи информации журналистами о катастрофах [2]. Результаты проведенных

опросов выявили основные негативные характеристики, распространяемой средствами массовой коммуникации информации, такие как низкая достоверность информации при ее высокой избыточности; негативная смысловая нагрузка; сенсационность; отсутствие дифференциации информационных потоков; низкий уровень взаимодействия с властью; отсутствие реального интереса к последствиям ЧС [5].

Формируя определенное общественное мнение, оказывая влияние на сознание и поведение людей, они изменяют и самого человека. Но если в условиях нормального функционирования общества для этого требуется относительно долгий период времени, то в условиях ЧС перемены в поведении происходят одномоментно, степень влияния массовой коммуникации на психику людей достигает своего апогея.

В состоянии стресса резко меняется механизм работы человека с информацией. Происходит резкое сужение числа параметров, подлежащих обработке (семантические, психологические, визуальные). По этой причине человек иначе оценивает поступающую информацию, гипертрофируя значимость того или иного параметра. Такие условия сужения информационного потока формируют специфические модели действия и реагирования человека на сообщения [4].

В литературе наиболее подробно и часто освещаются случаи психических расстройств, которые возникают в ответ на чрезвычайные воздействия, в то время как травмирующее влияние повседневной информации описаны недостаточно.

**В статье представлены** клинические примеры на основе объединенного опыта психотерапевтической практики в частном центре г. Караганды и работы психиатрической (психотерапевтической) службы г. Санкт-Петербурга, показана травмирующая роль информации, полученной пациентами из различных источников и ее связь с развитием психических расстройств.

### **Клинический случай:**

*Пациентка Т., 62 г., доставлена родственниками добровольно. До психотравмирующих событий психических нарушений в анамнезе не наблюдалось. После получения стрессовой информации о землетрясении в Турции 06.02.2023 г. испытала кратковременную тревожную реакцию, т. к. в данной стране проживает ее дочь, но убедившись, что регион проживания не пострадал, временно успокоилась. В дальнейшем проявила интерес к сейсмологии: начала изучать историю сейсмоактивности в данном*

*регионе за последние 100 лет, самые сильные землетрясения, их жертвы и разрушения. Также интересовалась психиатрией катастроф. В результате этого развилась смешанная тревожно-депрессивная реакция (F – 43.22) и сверхценная идея о надвигающейся катастрофе (спрогнозировала землетрясение), в апреле 2023 г. развилась ажитированная депрессия с идеей спасти дочь, перестала спать, отказывалась от еды. Обращение к психотерапевту недобровольное.*

**Психический статус:** Сознание не помрачено, все виды ориентировки сохранены. Страдальческое выражение лица, тревожное возбуждение. Контакт продуктивный. Фон настроения снижен, слезлива. Расстройства восприятия отрицает. Фиксирована на сверхценной идее своего сейсмологического прогноза, трудно-переключаема, переубеждению не поддается, много информации не слышит, постоянно повторяет: «надо спасти дочь». Активно настроена убеждать ее вернуться в РК, если не получится: «...будем погибать вместе» (косвенные суицидальные тенденции). Критика к своему состоянию снижена: считает себя здоровой: «...все не понимают серьезности ситуации, а я прониклась ее глубиной». Отказывается от приема лекарств.

Пациентке удалось убедить в необходимости анксиолитиков для восстановления сна (бензодиазепины) и антидепрессантов для восстановления аппетита (миртазапин); от малого нейролептика отказалась в связи с осведомленностью об этих препаратах из источника «Психиатрия катастроф». После купирования ажитации и агрипнии, сохраняется сверхценная идея поездки в Турцию «спасти дочь». Продолжает лечение.

В представленном клиническом случае описана пациентка старшей возрастной группы, у которой на фоне начинающихся инволюционных процессов, усиления тревожной симптоматики при «информационном содействии» сформировались сверхценные идеи, которые при отсутствии терапии могли привести к формированию психотической симптоматики. Ранимость к стрессу особенно велика в так называемых критических возрастах. Это связано с чрезмерной ригидностью копингмеханизмов в пожилом возрасте и преморбидной отягощенностью психотравмами [4, 12, 15].

Если рассматривать информационное пространство как совокупность множества информационных полей, создаваемых средствами массовой коммуникации, где его ядром выступает общественное мнение и массовая психика,

то можно констатировать, что психологическое травмирование населения при активном содействии СМИ и использовании информационной базы интернета охватывает не только тех, кто непосредственно пострадал, но и огромные слои населения, находящиеся в роли виртуальных участников событий [7, 9].

В современных реалиях нельзя не упомянуть о влиянии СМИ в период пандемии COVID-19, когда подача неадекватной информации вела к дезорганизации населения, возникновению паники, увеличения числа тревожных и фобических состояний, развитию психогенных психических расстройств, а также обострению уже имеющихся [3, 6, 13].

### **Клинический случай:**

Пациент В., 35 лет, был госпитализирован в хирургическое отделение инфекционного стационара в связи с тем, что нанес себе резаные раны обоих предплечий с суицидальной целью. В момент нанесения самоповреждений находился на амбулаторном лечении с диагнозом COVID-19.

Анамнестические сведения: ранее за психиатрической помощью не обращался, наследственность психическими заболеваниями неотягощена, рос и развивался без особенностей, детский сад посещал, в школу пошел в 7 лет, окончил 11 классов, учился хорошо на «4» и «5». Получил высшее техническое образование. После обучения работал менеджером в сетевом магазине. В браке 7 лет, имеет сына дошкольника.

Анамнез заболевания: Болен около трёх месяцев, на фоне «измены» жены появились подавленность настроения, моторная заторможенность. Стало тяжело работать, с утра был вялым, не мог ничего делать, замкнулся в себе. На работе утратил инициативность, допускал промахи и просчёты, но к врачам не обращался. Состояние ухудшилось на фоне самоизоляции, когда был вынужден находиться всё время дома с семьей. С течением времени усиливались раздражительность и тревога. После известия, что один из сослуживцев заболел COVID-19, сдал мазки, которые показали положительный результат. На фоне незначительного ухудшения соматического состояния (потеря обоняния, общее лёгкое недомогание, слабость) усилился страх за свое здоровье, возникли мысли о том, что «скоро все закончится», начал считать себя обреченным, т. к. в СМИ (интернет, TV) «нагнетали ситуацию», «говорили, что дальше будет хуже, лекарства нет», «смотрел видео, где показывали, как в Европе больные лежат на улицах», «в созна-

нии возникали картинки, что скоро и в России также будет». «Последней каплей» стало подозрение, что жена не порвала отношения «на стороне». После этого больной понял, что никому не нужен и нет смысла бороться т.к. «всё равно выхода уже нет, поскольку уже болен», «решил не ждать». Нанёс себе резаные раны предплечий и «пошёл умирать в ванную комнату», включил воду, чтобы «никто ничего не услышал». Скорую помощь вызвала жена, которая зашла в ванную комнату.

В инфекционной больнице, которая была ранее многопрофильным стационаром (поменяла профиль в период пандемии), пациенту была оказана хирургическая помощь в виде ушивания ран. После осмотра психиатром инфекционного стационара пациент был переведен в психиатрическую больницу с отделением для лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией с диагнозом: «Смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации. Тревожно-депрессивный синдром. F43.25 Суицидальная попытка». Сопутствующий: «Коронавирусная инфекция, COVID-19, вирус идентифицирован».

Показаниями для перевода явились сохраняющиеся суицидальные тенденции, сниженное настроение, отсутствие планов на будущее, а также отсутствие перспектив (с точки зрения пациента) продолжения жизни, поскольку считал себя неизлечимо больным. Кроме того пациент высказывал мысли о том, что «будет умирать в мучениях от нехватки воздуха, а это очень страшно». В стационаре на фоне лечения коронавирусной инфекции в психиатрическом стационаре пациенту оказывалась помощь, проводилась психофармакотерапия, назначались гидроксизин, сертралин. После купирования тревоги и выравнивания фона настроения пациент был выписан на долечивание в дневной стационар с дальнейшим переходом на поддерживающую терапию.

В представленном случае суицидальным действиям предшествовали страх смерти от «неизлечимого» заболевания из-за отсутствия достоверной информации о COVID-19 и страх стигматизации (распространенное мнение о том, что при обращении за помощью к психиатру или психотерапевту «на человека ставится клеймо»). Процесс развивался на фоне имеющегося депрессивного расстройства в рамках нарушения адаптации. Суицидальную попытку спровоцировало ухудшение соматического состояния. Для окружающей картины мира в период совершения пациентом суицидальных действий было характерно нарушение привычного стереотипа,

ощущение одиночества, неопределенности и неизбежности смерти (по информации, которую пациент почерпнул из интернета) в результате заражения новой коронавирусной инфекцией. Данный клинический пример ранее уже был описан [14], в настоящей статье он представлен с другого ракурса с целью демонстрации влияния СМИ на мироощущение пациента. Таким образом, современная медиареальность такова, что информация о каком-либо катаклизме доминирует над освещением всех остальных событий повседневной жизни, формирует зависимость потребителя от подобного рода информации, формирует эффект привыкания массового сознания к катастрофам, их неизбежности [4]. Особенность психологии масс такова, что при этом возникает реальная угроза манипулирования общественным сознанием, которое возможно осуществлять, всего лишь меняя показатели, и это особенно опасно при освещении локальных вооруженных конфликтов.

Помимо прочего, особенностью непсихотических форм психических расстройств является то, что в дальнейшем, при развитии стрессовых ситуаций у пациентов в ближайшие и отдаленные периоды после военных событий и катастроф развиваются психические и психосоматические расстройства различной степени выраженности [4].

### **Клинический случай:**

*Пациентка С., 58 лет, обратилась с жалобами на: боли в эпигастрии спастического характера, не связанные с приемом пищи, тревогу, отсутствие аппетита. Ухудшение состояния появилось внезапно в 10.2022 г., связывает с объявлением частичной мобилизации в РФ. Также в клинике заболевания отмечались: тревожные переживания за мужчин своей и расширенной семьи, сбор информации о текущих событиях в политическом мире, ежедневная связь с родственниками в РФ. В анамнезе жизни: подобное состояние отмечалось в 1997 г. в связи с переживаниями за родных, проживавших в регионе военных действий (1994 – 1996 гг.) – гражданское население; повторилось в 2000 г. после военных действий 1999 – 2000 гг. Обращалась к гастроэнтерологу, симптоматическое лечение было не эффективным. Обращение к психиатру и лечение антидепрессантами купировало симптоматику. Настоящее ухудшение состояния после длительной ремиссии. Обратилась к психотерапевту самостоятельно, назначен антидепрессант (дулоксетин 60 мг/сут), вегетативная симптоматика купировалась, но попытки отменить препарат приводят к возврату спа-*

*стических болей (вероятно, из-за сохранения длительной психотравмирующей ситуации). Продолжает лечение.*

В представленном клиническом примере прослеживается прямая связь между развитием ларвированной депрессивной симптоматики и психотравмирующей ситуацией, которой явилась эмоционально-значимая информация, что является неотъемлемой частью психогенных реакций [4].

С развитием новых технологий, широким использованием интернета, доступ к медицинской информации стал более свободным, что повлекло за собой рост нозофобий и ипохондрических расстройств. Подобного рода расстройства также могут возникать вследствие «немой» ятрогении. Это расстройство, вызванное не словами и действиями травмирующего характера, а отсутствием необходимых разъяснений больному, что вызывает у него различные представления о наличии тяжелого заболевания. В результате пациенты предаются домыслам, получают искаженную информацию.

### **Клинический случай:**

*Пациентка З., 15 лет, настоятельно потребовала у родителей обращения к психотерапевту для медикаментозного лечения. С ее слов: последние 4 года страдает обсессивно-компульсивным расстройством, отмечает дереализацию и деперсонализацию, с помощью ритуалов (многократная проверка конспектов) снижала тревогу, которую испытывала в школьном коллективе, что обозначила как социальную дезадаптацию и социофобию. Отметила, что декомпенсацию состояния вызвала информация о начале СВО. В клинике состояния отмечается реакция оппозиции: высокая степень агрессивности, резкость отрицательной оценки окружающих и их деятельности, аутоагрессия на высоте аффекта обиды и гнева: заявляет, что не хочет жить в мире, где царит несправедливость. Речь изобилует медицинскими терминами. Согласилась на лечение нейролептиками (сонапакс), т. к. уже информирована об их эффективности. На фоне лечения обсессивно-компульсивная симптоматика значительно уменьшилась; применение фенибута нормализовало эмоциональное состояние. Продолжает лечение.*

### **Клинический случай:**

*Пациентка К., 31 г., обратилась с жалобами на: дискомфорт в ЖКТ, тошноту, тахикардию, боли в спине при возникновении тревожных мыслей о своем здоровье. Считает себя больной в течение 10 лет, многократные обследования не выявили патологии, симптома-*

тическое лечение давало временный эффект. На протяжении всех 10 лет занималась самодиагностикой, прочитала массу медицинской информации, в большей степени в сфере онкологии. В анамнезе: 12 лет назад пережила длительную психотравмирующую ситуацию – уход за умирающим отцом (1 год) и его смерть от рака желудка. В течение года поддерживала мать в переживании горя утраты, соматических жалоб тогда не отмечалось. В последующем начала интересоваться современными методами диагностики и лечения в онкологии. Впервые вегетативные симптомы появились после информации о болезни коллеги. В последующем начала «примерять» на себя различные чужие заболевания, читала о них медицинскую информацию, в результате развилась нозофобия, танатофобия, страх страданий и смерти близких; самостоятельно принимала седативные препараты. Эпизоды декомпенсации отмечались после информации о смерти в окружении, рабочем коллективе, особенно во время эпидемии COVID-19. Получала лечение: антидепрессант (амитриптилин), нейролептик (трифтазин), анксиолитик (гидазепам). На фоне лечения тревожно-фобическая симптоматика купировалась, но состояние нестабильно, т. к. пациентка продолжает посещать интернет-чаты больных, изучать интернет-контент с медицинской информацией.

### **Клинический случай:**

Пациентка Т., 73 г., обратилась с жалобами на: снижение памяти, подавленное настроение, слезливость, страх развития болезни Альцгеймера. В анамнезе: бухгалтер, длительное время работала после выхода на пенсию по возрасту. Имеет семью, взрослых детей, внуков. Социально адаптирована, активно пользуется современными гаджетами. После прекращения рабочей деятельности в 70 лет стала замечать забывчивость на некоторые события, чего раньше никогда не было. Начала активно изучать вопрос о старении, различных видах деменции, проходить профилактические курсы ноотропов. В ходе углубленного изучения медицинской информации развилась психогенная депрессия, проявляющаяся: негативной оценкой прошлого, настоящего и будущего, дезадаптацией в коммунально-бытовой сфере (страх забыть навыки самообслуживания), снижением умственной работоспособности, страх перед будущим. Выраженная тревожная симптоматика. При этом: самостоятельно ведет быт, все школьные навыки (чтение, счет, письмо) сохранены, цитирует стихи из

школьной программы, доступно абстрагирование, тест «часы» выполнила на 8 баллов, интересуется политической обстановкой в мире. На фоне приема антидепрессанта (амитриптилин) тревожно-депрессивная симптоматика значительно уменьшилась, но состояние нестабильно: при незначительных признаках интеллектуальной заторможенности вновь возникает страх неизбежности деменции. Продолжает лечение.

Описанные выше случаи демонстрируют, как на фоне невротической/неврозоподобной (обсессивно-компульсивной, астенической), депрессивной симптоматики происходит формирование ипохондрического, тревожно-фобического, депрессивного синдромов, (вплоть до суицидальной активности).

Опираясь на клинический опыт, можно отметить возрастные различия в интересах: в подростковом и старческом возрасте интересуются психиатрией, а в среднем возрасте – тяжелыми соматическими заболеваниями. Прежде чем обратиться к специалистам, пациенты углубляются в самодиагностику, изучают заболевания и занимаются самолечением. И уже в результате развития тревожно-депрессивной симптоматики, из-за перенасыщения медицинской информацией, обращаются к психотерапевтам. Развитие на данном информационном поле психогенной депрессии может повлечь за собой суицидальные действия пациента, примером этому может быть следующее клиническое наблюдение.

### **Клинический случай:**

Пациентка О., 62 г., была госпитализирована в токсикологическое отделение многопрофильного стационара в связи с суицидальной попыткой отравления таблетками «Феназепам». Анамнез жизни: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Старший ребенок в семье, росла и развивалась без особенностей, в школу пошла 7 лет, училась на «4» и «5», окончила 10 классов, после чего поступила в политехнический институт, до начала 90-х годов работала по специальности инженером, далее до совершеннолетия сына не работала. В настоящее время – продавец-консультант в магазине цветов. В возрасте 22 лет вышла замуж, родила сына, отношения в семье теплые дружеские, муж кадровый военный, в настоящее время в отставке, имеет свой бизнес. Сын с женой и внуком проживают отдельно. Ранее к психиатрам не обращалась, из перенесенных заболеваний – детские инфекции, хронический гастрит, гепатит А, перелом плеча в 2018 г.

Анамнез заболевания: В сентябре-октябре 2022 года впервые ощутила тянущие боли внизу живота, сначала не обращала на них внимания, но они не проходили, стала смотреть в интернете с чем это может быть связано, нашла там рекомендации обратиться к врачу, что и сделала. После обследования у гинеколога было выявлено объемное образование без прорастания в близлежащие органы, была назначена дата операции. Боли были умеренные. Пациентка продолжала изучать всевозможные сайты о здоровье, где почерпнула информацию о том, что «скорее всего у нее последняя стадия рака и жить ей осталось недолго», также она прочитала, что «умирать буду в мучениях от тяжелых болей», нарастала тревога, появился «невыносимый страх смерти и боли». Никому из родственников о своих переживаниях не рассказывала, т.к. «не хотела расстраивать», «они будут только беспокоиться», в этот период перестала общаться с друзьями. Ближе к новому году, в конце декабря впервые и возникли мысли о самоубийстве: «Сначала знала их от себя, т.к. это большой грех», – потом постепенно, стала отмечать, что «эти мысли приходят все чаще, уже не так актуально было чувство веры, т.к. если Бог есть, он не может позволить так мучиться, возможно, что и нет его вовсе...». В «решила больше не мучиться» и «уйти тихо», т.к. операцию отложили на начало 2023 года, восприняла это как то, что «врачи считают меня безнадежной». Эти мысли «подтвердила в сети» и, прочитав в интернете, что «ранний уход – это лучшее решение», также ознакомилась с предлагаемыми вариантами, чем «правильнее» отравиться и приняла 100 таблеток феназепам (который остался после смерти матери), стала ждать смерти...». Но через некоторое время появились только тошнота и рвота, «наверное, потому что истек срок годности, даже спать не хотелось», решила, что попытка не удалась и самостоятельно вызвала бригаду скорой помощи. На догоспитальном этапе больной было выполнено промывание желудка, и она была доставлена в стационар. Поскольку состояние больной было средней степени тяжести, она была госпитализирована на токсикологическое отделение, где была в течение первых суток осмотрена врачом-психиатром.

Психический статус при первичном осмотре: больная в постели, сознание не помрачено, ориентирована всесторонне верно, на вопросы отвечает неохотно, односложно, в начале беседы напряжена, затем резко садится, пытается схватить врача за руки, умоляет

«сделать ей смертельную инъекцию», так как «нет сил больше ждать участи, я читала, от рака умирают мучительно, я боюсь...», «помочь мне ничто не сможет, меня ожидают только мучения...», плачет, пытается встать на колени, но поняв, что «своего не добьется», успокаивается и уже ровным голосом отвечает на вопросы. Речь правильная, избилует сравнениями, с удовольствием рассказывает о своей семье, о внуке. Говорит, что решение уйти из жизни приняла в «здравом уме и твердой памяти», предсмертной записки не оставила, чтобы «родные не мучились», «думала уйду спокойно, а они решат, что умерла от болезни», хотела «остаться в памяти сильной...». На момент осмотра бреда и обманов восприятия выявлено не было. Мышление без патологии. Интеллектуально-мнестически сохранна. Критики к суицидальной попытке не предъявляла.

Больная была оставлена на токсикологическом отделении для проведения дезинтоксикационной терапии.

На отделение больная была спокойна, в режим укладывалась, обслуживала себя самостоятельно. Ежедневно больная осматривалась психиатром. При последующих осмотрах отмечалась положительная динамика в состоянии больной, стала интересоваться вопросами гигиены, спрашивала о выписке, интересовалась, не повлияет ли ее поступок на сроки операции и ее состояние. Вместе с врачом пациентка побеседовала с родственниками, рассказала о своих переживаниях, муж и сын больной заверили ее в том, что будут с ней рядом (с их слов, они не подозревали, что переживает пациентка). На 3-4 сут госпитализации больная стала высказывать мысли, что «наверное, решение было принято под воздействием эмоций», «я была полностью уверена, что затея удастся, других вариантов даже не рассматривала», «а сейчас мне кажется, что это было неправильно», «я же верующий человек», «я благодарна Богу, что он не дал совершить мне такой грех», «это было слабодушие с моей стороны...», «я не подумала близких мне людей» (пациентку навещали коллеги по работе, соседи и дальние родственники). С больной была проведена рациональная психотерапия, в ходе которой у нее была сформирована стойкая критика к суицидальной попытке, намечены планы на ближайшее будущее. Пациентка была выписана с диагнозом: Расстройство адаптации. Тревожно-депрессивная реакция. Суицидальная попытка отравления. Рекомендовано наблюдения психотерапевта по месту жительства.

Поведение пациентки в указанном примере условно можно сравнить с актом автоэвтаназии/аутоэвтаназии (Д. Хамфри, 1992), которая подразумевает, что у человека имеется далеко зашедшее неизлечимое заболевание, вызывающее непереносимые для него страдания (самоосвобождения через самоубийство). Однако, в данном случае, поводом к суицидальным действиям стал страх невыносимых болей и мучительного конца, информацию о чем, больная почерпнула из интернета. Кроме того, немаловажную роль сыграла и «молчаливая» тактика врача («немая» ятрогения), который не в достаточной мере оценил эмоциональное состояние пациентки и вовремя не направил ее на консультацию к специалисту.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основании представленного клинического опыта и анализа литературы по данной тематике, можно говорить о том, что форма представления стрессогенной информации (сообщают ли в СМИ о катастрофе или военных действиях, говорит ли врач о наличии у пациента серьезного заболевания, смерти родственника и пр.), должна отвечать некоторым условиям, обеспечивающим защиту.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, при подаче информации необходимо следовать следующим принципам: конструктивное представление проблемы (показ людей в состоянии активного сопротивления действительности по преодолению возникшей ситуации); описание возможных способов преодоления трудностей; информирование о об этапах решения проблемы; выказывание психологической поддержки участникам (пострадавшим, заболевшим); подробно останавливаться на описании действий по преодолению трудностей (о спасательной операции, лечении и пр.); демонстрация социального одобрения и помощи.

**Вклад авторов.** Все авторы принимали равносильное участие в подготовке и написании данной статьи.

**Конфликт интересов.** Конфликт интересов не заявлен.

### ЛИТЕРАТУРА

- 1 Бервенова О. В. Компенсаторные ресурсы средств массовой информации в чрезвычайных ситуациях: Автореф. дис....канд. полит. наук. – М., 2007. – 24 с.
- 2 Ильченко С. Н. Фейковая журналистика. Спецкурс: Учебник. – М., 2020. – 328 с.
- 3 Королева М. Н. Проблемы информационной травмы в связи с пандемией коронавируса //Сб. матер. междунар. науч.-практ. конф. «Журналистика в 2020 году: творчество, профессия,

индустрия». – М.: Факультет журналистики Федерального государственного образовательного учреждения высшего образования «Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова», 2021. – С. 323-324.

- 4 Коханов В. П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций /В. П. Коханов, В. Н. Краснов. – М., 2008. – 448 с.

- 5 Освещение журналистами экстремальных ситуаций /Авт.-сост. Г. Ю. Арапова, С. И. Кузванова, М. А. Ледовских, Б. Н. Пантелеев. – Воронеж: ООО Фирма «Элист», 2012. – 160 с.

- 6 Петрова Н. Н. Влияние психических расстройств на исход COVID-19 /Н. Н. Петрова, В. Э. Пашковский, М. С. Сивашова //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – №13(5). – С. 40-47.

- 7 Пронин Е. И. Медиапсихология: новейшие информационные технологии и феномен человека /Е. И. Пронин, Е. Е. Пронина //Общественные науки и современность. – 2013. – №2. – С. 151-161.

- 8 Рыбалко О. М. Психологическая защита индивида от информационного травмирования посредством масс-медиа в чрезвычайных ситуациях //Матер. IV Всерос. съезда Российского психологического общества. – Ростов-н/Д., 2007 г. – С. 120-121.

- 9 Трубицына Л. В. Средства массовой информации и психологическая травма //Проблемы медиапсихологии: Матер. секции «Медиапсихология» Междунар. науч. практ. конф. «Журналистика в 2000 году: Реалии и прогнозы развития». – М., 2001. Режим доступа: <http://evartist.narod.ru/text7/41.htm>

- 10 Федеральная служба государственной статистики. Здравоохранение в России – 2021 г. Режим доступа: Март 24, 2022. [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/Main.htm)

- 11 Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine //Science. – 1977. – V. 196 (4286). – Pp. 129-136.

- 12 Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey /R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet //Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – V. 52 (12). – Pp. 1048-1060.

- 13 Mavreas V. COVID-19 pandemic and the mental health care system /V. Mavreas, S. Stylianidis //Psychiatriki. – 2022. – V. 33 (2). – Pp. 101-104.

- 14 Prokopovich G. A. Connection of Suicidal Behavior with COVID-19: Clinical Cases //Consortium Psychiatricum. – 2022. – V. 3, No. 2. – Pp. 111-117.

- 15 Tolin D. F. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research /D. F. Tolin, E. B. Foa //Psychol. Bull. – 2006. – V. 132 (6). – Pp. 959-992.



### REFERENCES

- 1 Bervenova O. V. Kompensatornye resursy sredstv massovoy informacii v chrezvychajnyh situacijah: Avtoref. dis....kand. polit. nauk. – M., 2007. – 24 s.
- 2 Il'chenko S. N. Fejkovaja zhurnalistika. Speckurs: Uchebnik. – M., 2020. – 328 s.
- 3 Koroleva M. N. Problemy informacionnoj travmy v svjazi s pandemiej koronavirusa //Sb. mater. mezhdunar. nauch.-prakt. konf. «Zhurnalistika v 2020 godu: tvorcestvo, professija, industrija». – M.: Fakul'tet zhurnalistiki Federal'nogo gosudarstvennogo obrazovatel'nogo uchrezhdenija vysshego obrazovanija «Moskovskij gosudarstvennyj universitet im. M. V. Lomonosova», 2021. – S. 323-324.
- 4 Kohanov V. P. Psihijatrija katastrof i chrezvychajnyh situacij /V. P. Kohanov, V. N. Krasnov. – M., 2008. – 448 s.
- 5 Osveshhenie zhurnalistami jekstremal'nyh situacij /Avt.-sost. G. Ju. Arapova, S. I. Kuzevanova, M. A. Ledovskih, B. N. Panteleev. –Voronezh: OOO Firma «Jelist», 2012. – 160 s.
- 6 Petrova N. N. Vlijanie psihicheskikh rasstrojstv na ishod COVID-19 /N. N. Petrova, V. Je. Pashkovskij, M. S. Sivashova //Nevrologija, nejropsihijatrija, psihosomatika. – 2021. – №13(5). – S. 40-47.
- 7 Pronin E. I. Mediapsihologija: novejsie informacionnye tehnologii i fenomen cheloveka /E. I. Pronin, E. E. Pronina //Obshhestvennye nauki i sovremennost'. – 2013. – №2. – S. 151-161.
- 8 Rybalko O. M. Psihologicheskaja zashhita individa ot informacionnogo travmirovanija posredstvom mass-media v chrezvychajnyh situacijah // Mater. IV Vseros. s#ezda Rossijskogo psihologicheskogo obshhestva. – Rostov-n/D., 2007 g. – S. 120-121.
- 9 Trubicyna L. V. Sredstva massovoj informacii i psihologicheskaja travma //Problemy mediapsihologii: Mater. sekcii «Mediapsihologija» Mezhdunar. nauch. prakt. konf. «Zhurnalistika v 2000 godu: Realii i prognozy razvitija». – M., 2001. Rezhim dostupa: <http://evartist.narod.ru/text7/41.htm>
- 10 Federal'naja sluzhba gosudarstvennoj statistiki. Zdravoohranenie v Rossii – 2021 g. Rezhim dostupa: Mart 24, 2022. [https://gks.ru/bgd/regl/b21\\_34/Main.htm](https://gks.ru/bgd/regl/b21_34/Main.htm)
- 11 Engel G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine //Science. – 1977. – V. 196 (4286). – Pp. 129-136.
- 12 Kessler R. C. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey /R. C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet //Arch. Gen. Psychiatry. – 1995. – V. 52 (12). – Pp. 1048-1060.
- 13 Mavreas V. COVID-19 pandemic and the mental health care system /V. Mavreas, S. Stylianidis //Psychiatriki. – 2022. – V. 33 (2). – Pp. 101-104.
- 14 Prokopovich G. A. Connection of Suicidal Behavior with COVID-19: Clinical Cases //Consortium Psychiatricum. – 2022. – V. 3, No. 2. – Pp. 111-117.
- 15 Tolin D. F. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research /D. F. Tolin, E. B. Foa //Psychol. Bull. – 2006. – V. 132 (6). – Pp. 959-992.

Поступила 30.06.2023 г.

G. A. Prokopovich<sup>1,2\*</sup>, N. D. Sedova<sup>3</sup>, T. V. Somova<sup>1</sup>

### TRAUMATIZATION BY INFORMATION (CLINICIAN'S VIEW)

<sup>1</sup>Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Northwestern State Medical University named after I. I. Mechnikov» of the Ministry of Health of the Russian Federation (St. Petersburg city, Russian Federation)

<sup>2</sup>St. Petersburg State Public Health Institution «City Psychiatric Hospital No. 3 named after I. I. Skvortsov-Stepanov» (St. Petersburg city, Russian Federation)

<sup>3</sup>Children's consultative and diagnostic center of MF Hippocrates LLP (Karaganda city, Republic of Kazakhstan)

**\*Galina Anatolijevna Prokopovich** – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology of the Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Northwestern State Medical University named after I. I. Mechnikov» of the Ministry of Health of the Russian Federation (St. Petersburg city, Russian Federation); St. Petersburg State Public Health Institution «City Psychiatric Hospital No. 3 named after I. I. Skvortsov-Stepanov» (St. Petersburg city, Russian Federation). E-mail: [galinapro1@rambler.ru](mailto:galinapro1@rambler.ru)

Currently, the most common mental disorders are psychogenias. They account for more than half of the requests for counseling psychotherapeutic and psychiatric help. In recent years, in his daily life, a person increasingly relies in his judgments on the picture of the world that develops under the influence of mass media (mass media) and Internet content. The content of the information presented does not always correspond to reality and can negatively affect the mental well-being of the most vulnerable part of society. The dangerous

effects of informational influences manifest themselves at various levels and can cause the development of psychogenic disorders, as well as lead to an exacerbation of existing symptoms. Various kinds of information interventions can reduce or increase the traumatic effect on the psyche. The proposed article presents clinical examples based on the combined experience of psychotherapeutic practice in a private center in Karaganda and the work of the psychiatric (psychotherapeutic) service in Karaganda. St. Petersburg, which clearly demonstrate the connection of mental disorders with information exposure, regardless of the source of information.

*Key words:* mental disorders, psychogenies, traumatic situation, informational impact

Г. А. Прокопович<sup>1,2\*</sup>, Н. Д. Седова<sup>3</sup>, Т. В. Сомова<sup>1</sup>

### АҚПАРАТТЫҢ ЖАРАҚАТТАНУЫ (ДӘРІГЕРДІҢ КӨЗҚАРАСЫ)

<sup>1</sup>Ресей Федерациясы денсаулық сақтау министрлігінің «И. И. Мечников атындағы Солтүстік-батыс Мемлекеттік Медицина Университеті» Жоғары білім берудің федералды мемлекеттік бюджеттік білім беру мекемесі (Санкт-Петербург қ., Ресей Федерациясы)

<sup>2</sup>Санкт-Петербург мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесі «И. И. Скворцов-Степанов атындағы №3 қалалық психиатриялық аурухана» (Санкт-Петербург қ., Ресей Федерациясы)

<sup>3</sup>«Гиппократ» Қаржымині ЖШС балалар консультативтік-диагностикалық орталығы (Қарағанды қ., Қазақстан Республикасы)

**\*Галина Анатольевна Прокопович** – м. ғ. к., Ресей Федерациясы Денсаулық сақтау министрлігінің «И. И. Мечников атындағы Солтүстік-батыс Мемлекеттік Медицина Университеті» Жоғары білім берудің федералды мемлекеттік бюджеттік білім беру мекемесінің психиатрия және наркология кафедрасының доценті (Санкт-Петербург қ., Ресей Федерациясы); Санкт-Петербург мемлекеттік денсаулық сақтау мекемесі «И. И. Скворцов-Степанов атындағы №3 қалалық психиатриялық аурухана» (Санкт-Петербург қ., Ресей Федерациясы). E-mail: galinapro1@rambler.ru

Қазіргі уақытта ең көп таралған психикалық бұзылулар психогения болып табылады. Олар консультациялық психотерапиялық және психиатриялық көмекке жүгінудің жартысынан көбін құрайды. Соңғы жылдары адам өзінің күнделікті өмірінде бұқаралық ақпарат құралдарының (бұқаралық ақпарат құралдарының) және интернет-контенттердің әсерінен қалыптасқан әлемнің бейнесіне көбірек сүйенеді. Ұсынылған ақпараттың мазмұны әрдайым шындыққа сәйкес келе бермейді және қоғамның ең осал бөлігінің психикалық әл-ауқатына теріс әсер етуі мүмкін. Ақпараттық әсерлердің қауіпті әсерлері әртүрлі деңгейде көрінеді және психогендік бұзылулардың дамуына себеп болуы мүмкін, сонымен қатар бұрыннан бар симптомдардың өршуіне әкелуі мүмкін. Әр түрлі ақпараттық интервенциялар психикаға травматикалық әсерді азайтуға немесе арттыруға қабілетті. Ұсынылған мақалада Қарағанды қаласының жеке орталығындағы психотерапевтік практиканың Біріккен тәжірибесі және қаланың психиатриялық (психотерапевтік) қызметінің жұмысы негізінде клиникалық мысалдар келтірілген. Санкт-Петербург, бұл ақпарат көзіне қарамастан психикалық бұзылулардың ақпараттық әсермен байланысын айқын көрсетеді.

*Кілт сөздер:* психикалық бұзылулар, психогения, травматикалық жағдай, ақпараттық әсер.