

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ФРАКЦИИ У ЛЮДЕЙ С ВИБРАЦИОННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

И.Ш.Садыков

Бухарский университет Зармед,

Б.Х.Саломов

Ё.Ё.Хамидов

М.Э.Ёкубов

2Бухарский государственный технический университет

Аннотация

В литературе недостаточно данных о том, что матери детей с интеллектуальными нарушениями подвержены более высокому риску возникновения проблем с психическим здоровьем. В данном исследовании было изучено психическое здоровье матерей детей с интеллектуальными нарушениями и клинические особенности пограничных психических расстройств у них. Проведенное исследование показало, что матерям детей с интеллектуальными нарушениями с большей вероятностью диагностируют тревожные расстройства, депрессию или другие психические заболевания. Эти изменения были связаны с возрастом родителей на момент рождения ребенка, уровнем их дохода и доступностью медицинских услуг. Матери детей с интеллектуальными нарушениями могут нуждаться в программах и услугах, направленных на поддержку их психического здоровья

Ключевые слова: дети с интеллектуальной недостаточностью, психическое здоровье матерей, пограничные психические расстройства, тревога, депрессия, психоэмоциональное состояние, клинические особенности.

Введение

С самого зарождения человечества у людей развивались различные заболевания, в том числе и психические. В результате внешних воздействий или травм возникают не только физические повреждения, но и психические расстройства. Психические заболевания возникают вследствие сильного страха или тяжелой черепно-мозговой травмы. Широкое развитие психиатрической науки расширило её возможности. Современная психиатрия лечит не только пациентов с острыми психозами, но и психопатии, неврозы, пограничные расстройства личности, алкоголизм, перепады настроения (эмоциональную возбудимость) и бессонницу. Частная психиатрия, в свою очередь, рассматривает отдельные виды психических заболеваний, изучает вопросы их дифференциальной диагностики и лечения. Кроме того, в последнее время из психиатрии выделились новые направления: детская психиатрия, подростковая психиатрия, судебная психиатрия и наркология. В психиатрии широко применяются достижения физиологии, психологии, генетики и других наук. Возможности лечения психически больных с каждым днем расширяются. Например, с 50-х годов XX века для лечения психических расстройств применяются психофармакологические средства,

непосредственно влияющие на процессы, происходящие в центральной нервной системе. Современная психиатрия является не только клинической наукой, но и участвует в решении социальных и психологических проблем[1].

Термин "пограничная личность" был предложен Адольфом Штерном в США в 1938 году (в то время как большинство других расстройств личности были впервые описаны в Европе). Штерн использовал этот термин для описания группы пациентов, которые "не вписывались полностью ни в психотическую, ни в психоневротическую группу," и ввел термин "пограничный," чтобы выразить наблюдаемое им состояние, поскольку оно "граничило" с другими заболеваниями.

Термин "пограничная организация личности" был введен Отто Кернбергом (1975) для описания устойчивой модели функционирования и поведения, которая характеризуется нестабильностью и отражает нарушение психической самоорганизации. Независимо от лежащих в её основе психологических структур, кластер симптомов и поведенческих паттернов, связанных с пограничной личностью, получает всё более широкое признание. К ним относятся резкие переходы от периодов уверенности в себе к состояниям абсолютной подавленности, выраженная нестабильность самосознания, быстрая смена настроения, страх быть покинутым и отвергнутым, а также сильная склонность к суициду и самоповреждению. Могут также наблюдаться преходящие психотические симптомы, включая кратковременный бред и галлюцинации. На сегодняшний день черты, характеризующие пограничное расстройство личности, были описаны Гундерсоном и Колбом в 1978 году и с тех пор включены в современные психиатрические классификации.

Поскольку пограничное расстройство личности находится в "пограничном" состоянии с другими заболеваниями или из-за концептуальной путаницы, его часто диагностируют вместе с такими расстройствами, как депрессия, тревожное расстройство, расстройства пищевого поведения (например, булимия), посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), злоупотребление психоактивными веществами и биполярное расстройство (с которым его иногда путают в клинической практике). Сопутствующие психотические расстройства также могут быть довольно выраженными. В крайне тяжёлых случаях люди могут испытывать зрительные и слуховые галлюцинации, а также явный бред, но эти состояния, как правило, кратковременны и связаны с периодами чрезвычайно сильной эмоциональной нестабильности. Поэтому их можно отличить от основных симптомов шизофрении и других подобных заболеваний [2].

Нарушение умственного развития, или олигофрения, — это психическое состояние, которое формируется в результате врождённого или приобретённого в первые три года жизни органического поражения головного мозга, имеет стабильное течение и характеризуется преимущественно недостаточностью интеллектуальной деятельности. Ввиду относительной распространённости этого состояния среди детей, его изучение является одной из актуальных проблем детской психиатрии. Согласно статистическим данным, нарушения умственного развития встречаются примерно в 1–3% случаев во всём мире. В последние годы наблюдается рост этого показателя, что объясняется увеличением выживаемости детей, рождённых с различными врождёнными пороками и дефектами центральной нервной системы, благодаря достижениям в области медицины. По мнению некоторых исследователей, данное заболевание чаще встречается у мальчиков. [3]

В научной литературе олигофрения изучалась с разделением на различные степени, и ранее использовались такие термины, как "дебил," "имбецил" и "идиот." Однако,

согласно современным подходам, использование подобных терминов считается этически неприемлемым. В настоящее время в Международной классификации болезней нарушения умственного развития подразделяются на лёгкую, среднюю, тяжёлую и глубокую степени. Это было введено с целью недопущения дискриминации личности пациента и обеспечения его социальной защиты.

Таким образом, дети с низким уровнем умственного развития вследствие различных врождённых или приобретённых в раннем возрасте дефектов в целом определяются как дети с задержкой умственного развития. Хотя ранее они обозначались термином "олигофрен," в настоящее время этот термин выводится из научного оборота. Термин "олигофрения" происходит от греческих слов "oligos" — мало и "phren" — ум, и означает "умственная недостаточность." У таких детей из-за органических изменений в центральной нервной системе познавательные процессы значительно замедлены, и этим они отличаются от детей с другими нарушениями развития. [4]

С этиологической точки зрения олигофрения может иметь врождённые и приобретённые формы. Развитию этого состояния могут способствовать перенесённые матерью во время беременности тяжёлые инфекционные (например, грипп, краснуха) и паразитарные заболевания, а также различные травмы плода. Кроме того, одним из важных факторов являются вредные привычки родителей, в частности употребление алкоголя. Заболевания, поражающие центральную нервную систему в первые три года жизни ребёнка, в особенности менингит или менингоэнцефалит, также приводят к нарушению умственного развития.

Если нарушение умственного развития возникает у ребёнка после трёх лет, то это состояние расценивается как деменция. Деменция обычно носит прогрессирующий характер и со временем усугубляется, в то время как при олигофрении дефект остаётся стабильным. К врождённым факторам также относятся резус-конфликт, хромосомные аномалии и такие заболевания, как фенилкетонурия. Например, синдром Дауна возникает в результате изменения числа хромосом, то есть наличия лишней хромосомы. У детей с этим синдромом внешние фенотипические признаки схожи, что объясняется общностью наследственных изменений. [4]

Актуальность

Согласно отчёту ЮНИСЕФ, число детей с инвалидностью в мире достигло почти 240 миллионов [7].

Распространённость нарушений интеллектуального развития в мире составляет примерно 1-4%. В Узбекистане к концу 2024 года число детей с инвалидностью в возрасте до 18 лет составило 173,3 тысячи человек. По состоянию на 01.01.2025 года в Узбекистане количество пациентов, состоящих на диспансерном учёте с диагнозом "нарушение умственного развития" (F70-F79), превышает 100 тысяч [8].

В большинстве случаев матери, воспитывающие детей с нарушениями интеллектуального развития, испытывают больше стресса и чаще сталкиваются с проблемами психического здоровья, чем другие матери [9].

Матери детей с нарушениями интеллектуального развития подвержены большему стрессу, чем отцы [10], они менее активны в обществе, несут большую ответственность в семье и меньше удовлетворены жизнью, чем матери нормально развивающихся детей [11].

Для изменения негативного отношения и стигматизации умственных нарушений со стороны родителей и общества необходимо широко внедрять психологическую поддержку и подходы, основанные на участии сообщества. Это способствует снижению

распространённости психических расстройств и улучшает психическое здоровье родителей [12].

Семья, в которой есть ребёнок с инвалидностью, обладает особым социальным статусом, а факторы, формирующие её внутреннюю атмосферу, определяются различными аспектами. Проблемы таких семей связаны не только с индивидуальными особенностями и взаимоотношениями членов семьи, но и с постоянной необходимостью удовлетворять потребности ребёнка с инвалидностью, определённой изоляцией от социальной среды, а также с материальными и социальными трудностями. Особенно в таких семьях ведущую роль играет мать, поскольку она часто берёт на себя основную ответственность по уходу и воспитанию. Поэтому общее психологическое состояние в семье во многом тесно связано со здоровьем ребёнка.

Родители, вовлекшие ребёнка с нарушениями в развитии в систему инклюзивного образования, переживают различные эмоциональные состояния. Сначала они могут испытывать радость и удовлетворение от того, что их ребёнок учится вместе со здоровыми сверстниками. Однако со временем, в некоторых случаях из-за негативного отношения окружающих — в частности, других родителей, учителей или детей — эти положительные эмоции сменяются подавленностью, неуверенностью и внутренними конфликтами. Иногда такое положение дел может вызывать у родителей недовольство или агрессивные реакции.

Родители, воспитывающие детей-инвалидов, часто чувствуют, что не обладают достаточной информацией в вопросах развития и правильного воспитания своего ребенка. Поэтому важно организовать такие услуги, как "консультационные центры для родителей" и "телефоны доверия." Такие системы поддержки позволяют родителям найти ответы на интересующие их вопросы, получить практические рекомендации по формированию положительного психологического климата в семье и эффективной организации воспитательного процесса. В результате повышается уверенность родителей в себе, усиливается их социальная активность и развиваются навыки самоконтроля.

Практический опыт показывает, что в процессе работы с детьми, имеющими особенности в развитии, родители заинтересованы в том, чтобы помочь своему ребёнку социализироваться, развить коммуникативные навыки и в будущем вести самостоятельную жизнь. Однако нехватка психологической поддержки, ограниченность материальной и моральной помощи, а также слабое взаимодействие с необходимыми специалистами вызывают у родителей чувство неуверенности и подавленности. Это, в свою очередь, может помешать правильной организации воспитательного процесса.

В целях устранения этих проблем целесообразно проводить работу по следующим направлениям:

- организация индивидуальных и общих бесед с членами семьи;
- применение методов семейной психотерапии;
- проведение игровых занятий для родителей и детей;
- налаживание групповых тренингов и занятий;
- формирование родительских групп на основе взаимной поддержки;
- организация совместной деятельности родителей и детей[5].

Быть родителем ребенка с инвалидностью - сложная и стрессовая ситуация для многих, что негативно сказывается на психическом здоровье родителей. В литературе трудность быть родителем ребенка с инвалидностью объясняется по-разному, это зависит от того, как изучается этот вопрос. Исследования показывают, что инвалидность ребенка

требует от родителей большего ухода и внимания, чем обычно.[14] Родители должны отказаться от своих представлений об ожидаемом или воображаемом здоровом ребенке и развить навыки принятия ребенка с инвалидностью и преодоления возникающих психологических и социальных проблем[15]. Исследование позволило сделать вывод о том, что раннее выявление изменений и расстройств в психическом состоянии матерей, у которых диагностирована умственная отсталость, и программы их поддержки очень важны [6].

Материал и методы

В исследование были включены 80 матерей в возрасте от 20 до 50 лет с диагнозом F40–F48 (невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства) по классификации МКБ-10.

Участницы исследования были распределены на следующие группы: **1-я группа (основная группа)** — матери, имеющие детей с умственной отсталостью и страдающие пограничными психическими расстройствами ($n = 50$); **2-я группа (контрольная группа)** — условно психически здоровые матери, также имеющие детей с умственной отсталостью ($n = 30$).

Исследование проводилось в 2025–2026 годах на базе вспомогательной школы №87 Юнусабадского района города Ташкента.

Предметом исследования являлось изучение клинических особенностей неврротических и стресс-связанных расстройств у матерей, имеющих детей с умственной отсталостью. В работе использовались следующие методы: клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический и экспериментально-психологический.

Для оценки психоэмоционального состояния применялись стандартные психодиагностические методики, включая сокращённый многофакторный опросник личности, шкалу тревожности Спилбергера–Ханина, а также госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS).

Полученные данные были обработаны с использованием статистических методов, что позволило оценить различия между группами и выявить взаимосвязи между исследуемыми показателями.

Результаты

Результаты проведённого исследования показали, что у матерей, имеющих детей с умственной отсталостью, пограничные психические расстройства встречаются на значимом уровне.

Согласно данным шкалы Спилбергера–Ханина, в основной группе ($n = 50$) уровень реактивной тревожности составил в среднем $46,3 \pm 2,1$ балла, а личностной тревожности — $48,7 \pm 2,4$ балла. В контрольной группе ($n = 30$) данные показатели составили соответственно $32,5 \pm 1,8$ и $34,2 \pm 2,0$ балла. Различия между группами оказались статистически достоверными ($p < 0,05$).

По результатам шкалы HADS в основной группе уровень тревожности составил $11,2 \pm 1,3$ балла, уровень депрессии — $9,8 \pm 1,1$ балла, что соответствует состоянию от умеренной до клинически значимой выраженности.

В контрольной группе данные показатели были ниже и составили соответственно $6,1 \pm 0,9$ балла по тревожности и $5,4 \pm 0,8$ балла по депрессии ($p < 0,05$).

Сводные результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1

Проявления пограничных психических расстройств у матерей, имеющих детей с умственной отсталостью

Показатель	Основная группа	Контрольная группа	p
Реактивная тревожность	46,3 ± 2,1	32,5 ± 1,8	< 0,05
Личностная тревожность	48,7 ± 2,4	34,2 ± 2,0	< 0,05
Тревожность по шкале HADS	11,2 ± 1,3	6,1 ± 0,9	< 0,05
Депрессия по шкале HADS	9,8 ± 1,1	5,4 ± 0,8	< 0,05

Результаты клинического наблюдения

В результате клинического наблюдения установлено, что у 68% участниц основной группы отмечалось постоянное чувство тревоги, у 54% — депрессивное настроение, у 62% — эмоциональная нестабильность, у 70% — повышенная утомляемость, а у 58% — нарушения сна.

В контрольной группе указанные симптомы встречались значительно реже и регистрировались примерно в пределах 20–30%.

Полученные данные свидетельствуют о наличии выраженных различий между основной и контрольной группами по показателям психоэмоционального состояния.

Вывод

Результаты проведённого исследования показали, что у матерей, имеющих детей с умственной отсталостью, пограничные психические расстройства встречаются значительно чаще.

По данным шкалы Спилбергера–Ханина, в основной группе уровни реактивной и личностной тревожности были существенно выше по сравнению с контрольной группой, при этом различия между группами являются статистически достоверными ($p < 0,05$).

Также результаты шкалы HADS показали, что у матерей основной группы показатели тревожности и депрессии находятся на уровне от умеренной до клинически значимой выраженности, тогда как в контрольной группе эти показатели были значительно ниже ($p < 0,05$).

Результаты клинического наблюдения

На основании клинического наблюдения установлено, что у большинства участниц основной группы отмечались выраженные психоэмоциональные нарушения. В частности, постоянное чувство тревоги выявлено у 68% обследованных, депрессивное настроение — у 54%, эмоциональная нестабильность — у 62%, повышенная утомляемость — у 70%, а нарушения сна — у 58% женщин.

В контрольной группе данные симптомы регистрировались значительно реже и наблюдались лишь в 20–30% случаев. Таким образом, полученные результаты подтверждают наличие выраженных различий между основной и контрольной группами по уровню психоэмоционального состояния.

Заключение

Таким образом, у матерей, имеющих детей с умственной отсталостью, пограничные психические расстройства проявляются на высоком уровне и характеризуются

выраженной психоэмоциональной симптоматикой, выявленной как в ходе клинического наблюдения, так и при использовании стандартизированных психодиагностических шкал.

Полученные данные указывают на необходимость оказания данной категории женщин психологической помощи, а также проведения психопрофилактических мероприятий, направленных на снижение уровня тревожности, эмоционального напряжения и улучшение общего психоэмоционального состояния.

Список использованной литературы

1. Кадилова С. Г. Методика лечения нервно-психических и наркологических заболеваний // Образование, наука и инновационные идеи в мире. 2025. Т. 84, No 1. С. 400–403.
2. Links P. S., Steiner M., Offord D. R., Eppel A. Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study // *Can J Psychiatry*. 1989. Т. 34, No 5. С. 400–405.
3. Мухаббатхон Н., Шохсанам Т., Одина А. Олигофрения // Лучшие интеллектуальные исследования. 2025. Т. 56, No 2. С. 255–261.
4. Кодирова Ф. У., Пулатова Д. А. Инклюзивное образование: теория и методика. Чирчик: ЧГПУ, 2022. Чирчик: ЧГПУ;
5. Юсупов Ф. И. Пути подготовки родителей к включению детей с ограниченными возможностями в инклюзивное образование // *International Conference on Global Studies*. 2025. Т. 1, No 1. С. 71–75.
6. Fairthorne J., Jacoby P., Bourke J., de Klerk N., Leonard H. Onset of maternal psychiatric disorders after the birth of a child with intellectual disability: a retrospective cohort study // *J Psychiatr Res*. 2015. Т. 61. С. 223–230. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.11.011
7. UNICEF. Children with disabilities: global statistics. 2021. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.unicef.org>
8. Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике. Статистика населения. 2025.
9. Totsika V., et al. Mental health of parents of children with intellectual disability. 2011.
10. Sajjad S. Psychological impact on parents of children with disabilities. 2010.
11. Manor-Binyamini I. Mothers of children with developmental disabilities: stress and coping. 2011.
12. Nandkisor K. T. Caregiver burden in parents of children with intellectual disabilities. 2018.
13. Lazo Yu. V. Psychological aspects of maternal stress. 2024.
14. Carona, C., Crespo, C., & Canavarro, M. C. (2013). Psychological adjustment of parents of children with intellectual disabilities: The role of parenting stress and coping. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (5), 491–502. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2012.01583.x>
15. Krstic, M., Mihic, M., & Oros, M. (2017). Coping strategies and psychological adaptation in parents of children with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Studies*, 26 (4), 1020–1032. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0612-5>