

PSYCHOLOGY AND SOCIOLOGY

UDC 612.8221: 616.89

DOI 10.36074/2663-4139.16.07

ДИНАМІКА ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК У ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ ПІД ВПЛИВОМ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ

ХАРКІВСЬКА Анна Ігорівнадокторант кафедри психологія¹, лікар загальної практики-сімейний лікар²¹Міжрегіональна Академія Управління Персоналом,²КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №3»**НАУКОВИЙ КЕРІВНИК:****ПРОКОПОВИЧ Євген Михайлович**

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психології розвитку

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

УКРАЇНА

Анотація.

У статті представлено результати психологічних змін, що виникли у хворих на алкоголізм унаслідок психокорекційних втручань, їх вплив на рівень емоційної напруженості та реадaptaції хворих. Здійснено аналіз показників за методикою дослідження актуального стану хворого. Представлено аналіз показників рівня реадaptaції хворих (тривалість ремісій порівняно з попередніми лікуваннями; повернення до роботи чи навчання; поява нового мікросоціального оточення з особами, що не зловживають алкоголем; покращання сімейних стосунків). Надано характеристику особистісних форм реагування хворих на алкоголізм до і після психокорекційних втручань.

Ключові слова: психокорекційні заходи; реадaptaція хворих на алкоголізм; рівень емоційної напруженості; актуальний стан хворого; тривалість ремісій.

Важливість психотерапевтичних та психокорекційних втручань під час лікування залежності від алкоголю підкреслювалась у працях С.В. Рокутова, С.А. Лавренко, Л.М. Юр'євої, Н.О. Єрчкової, Т.В. Малишко, С.Г. Носова, С.В. К.Д. Бабова, І.П. Лисенко та ін.

При організації нашої психокорекційної роботи з хворими на алкоголізм ми орієнтувалися на розроблену програму виходу із стану алкогольної залежності, яка була спрямована на особистісне зростання хворого і можливість трансформації його особистісних характеристик хворого на алкоголізм.

Подолання патопсихологічних особистісних характеристик алкогольної залежності, оволодіння навичками самоаналізу, саморегуляції, суспільно позитивних моральних стандартів сприяли зменшенню тяги до алкоголю, подовженню ремісії,

© Харківська А.І., 2020

© Kharkivska A., 2020

<https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/2663-4139><https://doi.org/10.36074/2663-4139.16.07>

припиненню зловживання. Таким чином, особистісне зростання хворого, яке відбувається в процесі психокорекційної роботи можна вважати одним із ефективних способів підтримання ремісії та виходу із стану алкогольної залежності.

Метою статті є вивчення психологічних змін, що виникли у хворих на алкоголізм унаслідок психокорекційних втручань, їх вплив на рівень емоційної напруженості та реадaptaції хворих.

Для порівняння психологічних характеристик хворих на алкоголізм до і після проведення психокорекційної роботи нами використовувалася „Методика дослідження актуального стану хворого”.

На першому етапі дослідження хворий відповідав на запитання щодо ситуації у різних сферах його життя, після чого підраховувався попередній результат у балах. Враховувалася також загальна оцінка хворим тяжкості його проблем за суб'єктивною шкалою. Далі проводилася оцінка ситуації за об'єктивною шкалою, яка здійснювалася психологом. Кінцева оцінка (представляла собою сукупність оцінок за об'єктивною та суб'єктивною шкалами).

Крім того, визначалися показники, які свідчили про рівень реадaptaції хворих, а саме: тривалість ремісії порівняно з попередніми лікуваннями; повернення до роботи чи навчання; поява нового мікросоціального оточення з осіб, що не зловживають; покращання сімейних стосунків.

При дослідженні психосоматичного стану, типових форм поведінки хворих на алкоголізм на початку психокорекційної роботи та після її закінчення одержані наступні дані (рис. 1).



Рис. 1. Характеристика особистісних форм реагування хворих на алкоголізм до і після психокорекційних втручань



Як видно з малюнку за період психокорекційної роботи відбулося значне покращання психічного та соматичного стану хворих, яке, з нашої точки зору, пов'язане як із відривом від наркотиків та редукцією абстинентних проявів, так і з тим фактом, що хворі починали слідувати за своїм здоров'ям (у період психокорекційної роботи частина з них проходили також лікування у стоматолога, терапевта та інших спеціалістів).

Показники емоційної напруженості щодо проблем, пов'язаних із соматичним та психосоматичним дискомфортом, у хворих до психокорекційної роботи дорівнювали $10,7 \pm 1,4$; після її завершення - $5,3 \pm 0,7$ бала. За 2-ю шкалою (шкала абстинентних проявів) також спостерігалось значне покращання показників. Тільки у 3 пацієнтів у період психокорекційної роботи відмічалось повернення стану, схожого на "ломку" (псевдоабстиненція), проте хворі були спроможні впоратися з цим станом, не повертаючись до вживання алкоголю. Показники емоційної напруженості щодо проблем, пов'язаних із абстинентним чи псевдоабстинентним синдромом до психокорекційної роботи дорівнювали $9,2 \pm 1,4$; після її завершення - $4,4 \pm 0,5$; бала.

На початку психокорекційної роботи практично у всіх досліджуваних час від часу відзначалися конкретні прояви психічної залежності, що відображено показниками відповідної шкали ($12,6 \pm 1,9$ бала). У такі періоди пацієнти скаржилися на почуття емоційного дискомфорту, нездоланне бажання вколотися, що виникало періодично. Хворі були занепокоєні тим, що вони не зможуть впоратися із психічним потягом, бо причиною попередніх зривів була саме психічна залежність.

Обговорення цих станів на психокорекційних заняттях, засвоєння навичок роботи з рецидивами сприяли зниженню психічного потягу. Це призвело до зменшення показників емоційної напруженості, пов'язаної з його появою з $12,6 \pm 1,9$ бала до $6,1 \pm 0,6$ бала, придбанню здатності впливати на психічний потяг, зменшуючи його.

Покращання емоційно-вольової регуляції після проведення психокорекційної роботи виявилось в зменшенні показників емоційної напруженості за шкалою "емоційного комфорту та саморегуляції", яка містила в собі 2 компоненти: емоційний та вольовий.

На початку психокорекційної роботи рівень напруженості в сфері емоційно-вольової регуляції у досліджуваних дорівнював ($11,1 \pm 2,2$ бала), що свідчило про неблагополуччя в цій сфері особистості. Хворі відзначали почуття тривоги, виражену емоційну напруженість, неспокій, роздратованість, відсутність тонких емоцій: "Я нічого не відчуваю"; "Я не можу цього відчути". На початку роботи психокорекційної групи у хворих спостерігалися нестриманість, вербальні прояви агресії, якщо щось їх не



задовольняло. Хворі перебивали один одного, обговорюючи значущі для них проблеми. Характеризуючи свої вольові прояви, деякі з пацієнтів підкреслювали слабкість саморегуляції, залежність волі від обставин, під якими розуміли наявність чи відсутність алкоголю. Інші пацієнти демонстративно, але не аргументовано, підкреслювали свою здатність до розвинутої вольової діяльності. Це розповсюджувалося і на оцінку можливості контролювати вживання алкоголю: “Якщо я захочу, то можу не вживати алкоголь”. Спостерігалася низька здатність до проявів вольових зусиль, невміння організувати свою діяльність, ставити конкретну мету, добирати засоби, за допомогою яких її можна досягти, проявляти зусилля при труднощах. Така особиста неефективність в роботі, пов’язаній з необхідністю проявляти зусилля, дратувала самих пацієнтів, знижувала їх самооцінку

В процесі психокорекційної роботи хворі поступово навчалися дотримуватися правил роботи в психокорекційній групі, що сприяло самоорганізації. Реальне досягнення певних цілей, які в процесі роботи ставили перед собою пацієнти, надавало їм впевненості в собі, спонукало до прояву вольових зусиль в різних видах діяльності, покращувало її організованість. Втілюючи знання та конкретні навички, яких вони набували на психокорекційних заняттях у своє життя, хворі ставали значно більш ефективними, організованими. Такі зміни були приємними для них і позитивно оцінювалися як ними, так і їх оточенням. Зміна особистої поведінки призвела до зменшення показників емоційного напруження до $5,6 \pm 0,6$ бала.

Характеризуючи особливості комунікації та мікросоціальних зв’язків хворих до і після проведення психокорекційної роботи, слід відзначити наступне.

На початку психокорекційної роботи ступінь емоційної напруженості щодо проблем, пов’язаних з комунікацією, оцінювався в $12,1 \pm 1,4$; бала. Незалежно від того, наскільки позитивно чи негативно досліджувані оцінювали особливості міжособистісних відносин, майже всі з них визнавали факт зменшення кола спілкування, його обмеженість в основному особами, що брали участь у діяльності по забезпеченню зростаючої потреби в алкоголі. З одного боку, пацієнти мали певні страхи зустрітися з особами, з якими вони раніше зловживали, оскільки по минулому досвіду усвідомлювали, що це може привести до зриву. З другого – виказували стурбованість тим, що „неможливо увесь час просидіти за закритими дверима і не з ким не спілкуватися”. Така ситуація здавалася їм як та, що не має розв’язання і викликала певну емоційну напругу. Значні проблеми виявлялися у хворих і щодо оцінки їх взаємин з членами своєї родини. Так, пацієнти скаржилися на надмірну опіку з боку рідних, яка їх дратувала.



Психокорекційна робота, що була проведена, надала можливість хворим переглянути свої взаємини з рідними, зробити їх більш конструктивними, уникати форм маніпулятивної поведінки; відмовитися від спілкування з друзями-алкоголіками, як особами “небезпечними” в плані повернення рецидиву; відновити свої стосунки з друзями, які не зловживали алкоголем; набути нових друзів з числа осіб, що працювали в психокорекційній групі та членів групи самопомоги; стати більш толерантними до інших людей, які попадали в їх коло спілкування. Такі зміни сприяли зменшенню проблем у спілкуванні, що виявилися у зниженні показників емоційної напруженості в сфері комунікації з $12,1 \pm 1,4$ до $6,4 \pm 0,5$ бала.

Дослідження особистісної спрямованості та особистісних установок до і після проведення психокорекційної роботи дало наступні результати.

На початку психокорекційної роботи, хоч всі хворі декларували своє бажання жити без алкоголю, мотиви тверезості не мали достатньої спонукальної сили. Так, навіть у тих випадках, коли пацієнти визнавали негативний вплив алкоголю на своє життя, вони не бачили їм достойної альтернативи. Цінність алкоголю об’єктивно була для хворих ще дуже значущою, перевершуючи цінність сімейного благополуччя, успішного завершення навчання, одержання прибуткової роботи. У таких осіб залишалось надцінне ставлення до алкоголю, бажання не розлучатися з нею у зв’язку з неможливістю знайти “рівноцінну” заміну, яка б могла приносити реальне задоволення. Це підтверджувалося їх висловлюваннями: “Алкоголь дозволив мені знайти друзів, компанію”, “він покращував моє нудне життя”, “завдяки йому я пізнав іншу реальність”. “Я розумію, яку шкоду я мав від алкоголю, але я не знаю, як без нього жити у цій сірості, заради чого мені все це терпіти?” Хоча досліджені формально визнавали негативні наслідки зловживання, емоційна оцінка факту зловживання була в загалом позитивна.

Інші пацієнти здатні були прийняти тверезість як один із компонентів свого життя, проте не головний: ” Я розумію, що повинен припинити зловживати алкоголем, але можуть бути такі випадки, коли для мого бізнесу буде важливо зустрітися за чаркою у ресторані, як же я можу не пити у такій ситуації?” У пацієнтів постійно відбувалися “торги” між тією частиною особистості, що була спрямована на тверезість, і тією, що бажала продовжувати зловживання. Мотив тверезості хоч і був представлений у мотиваційній сфері, проте він не мав достатньої спонукальної та смислоутворювальної сили

Рівень емоційної напруженості, обумовлений невизначеністю свого ставлення щодо необхідності повної тверезості у сфері особистісної спрямованості та



особистісних установок дорівнював $11,2 \pm 1,4$ бала.

В процесі психокорекційної роботи хворі мали можливість впевнитися в позитивному впливі тверезості на їх життя, оскільки навіть за такий короткий термін тверезого життя їм вдалося покращити свої стосунки з оточуючими; позбутися постійного страху, пов'язаного із діяльністю по забезпеченню зловживання; покращити свій фізичний та психічний стан; відчутти задоволення від своїх досягнень та самоповагу.

Після завершення психокорекційної роботи більша частина пацієнтів була здатна прийняти наступні тези: " Найголовнішим у моєму житті є дотримання тверезості. Якщо я буду залишатися тверезим, то зможу поступово досягти будь-яку із поставлених цілей, мене будуть поважати інші і я зможу себе поважати сам". Підвищення значущості мотивів тверезості, успішна діяльність по її забезпеченню сприяли зниженню рівня емоційної напруженості у сфері особистісної спрямованості та особистісних установок з $11,2 \pm 1,4$ бала на початку психокорекційної роботи до $6,2 \pm 0,7$ бала після її завершення. Мотив тверезості поступово починав займати головну роль у системі особистісної спрямованості, що підкріплювалося конкретною, спрямованою на одужання, діяльністю хворого.

Характеризуючи усвідомлення хворими своїх особистісних перспектив та ставлення до майбутнього до і після проведення психокорекційної роботи, слід зазначити наступне.

На початку проведення психокорекційної роботи плани на майбутнє у хворих мали декларативний характер: " Підлікуюся - і чим-небудь займуся", "знайду роботу, і все буде гаразд". Проте пацієнти не могли дати відповідь на більш конкретні запитання: "На яку роботу будуть влаштовуватися?", "До кого, чи куди конкретно збираються звертатися з приводу працевлаштування?", "Чим збираються заповнити ту частину життя, яка була пов'язана з алкоголем?" та ін.) На ці запитання хворі найчастіше не могли дати відповіді, говорили, що вони докладно над цим не замислювалися.

Такими ж невизначеними були відповіді пацієнтів на наступні запитання: "Що ви збираєтеся робити, якщо відчуєте підвищення потягу до алкоголю?", "Які конкретні дії ви будете здійснювати?", "До кого звернетесь по допомогу?" У деяких пацієнтів плани на майбутнє були зовсім відсутні.

Після завершення психокорекційної роботи хворі мали конкретні плани особистого одужання; вміли їх будувати (на найближчий день, тиждень) та реалізувати; критично аналізувати причини, що призводили до невиконання деяких пунктів плану,



вносити адекватні корективи. Досвід “керування своїм життям”, який набули пацієнти в процесі психокорекційної роботи, надавав їм впевненості у собі, сприяв позитивному баченню майбутнього і призвів до зниження показників емоційної напруженості з $12,7 \pm 1,8$ (до проведення психокорекційних втручань) до $7,7 \pm 0,9$ бала (після завершення психокорекційної роботи).

Дослідження самооцінки хворих до і після психокорекційних втручань показало наступне.

До психокорекційних втручань у хворих на алкоголізм спостерігалися певні порушення адекватності самооцінки. Це проявлялося в некритичному ставленні до особистісних змін, зумовлених залежністю від алкоголю (особливо на ранніх стадіях захворювання). Характерною була нестійкість самооцінки, її коливання від повного прийняття себе до крайньої зневаги до себе. У зв'язку із сформованою системою захисних установок, спрямованих на заперечення наслідків зловживання, пацієнти не усвідомлювали повною мірою характер хворобливих порушень, зумовлених алкоголізацією. Некритичне ставлення до наслідків зловживання перешкоджало формуванню установки на лікування. Самооцінка більшою мірою була зумовлена актуальним станом хворих (абстиненція, стан сп'яніння, період нестійкої рівноваги). Так, пацієнти відзначали, що не можуть оцінити себе як особистість, оскільки не знають, якими вони є насправді: “Все зумовлено наявністю алкоголю”. Відзначалася нестійкість самооцінки та прагнення підвищити її за рахунок минулих досягнень.

У частини хворих домінувала потреба підкреслювати свою виключність, при цьому оцінка поведінки з точки зору морально-етичних норм, прийнятих у суспільстві, не мала значення. В деяких випадках самооцінка відображала субдепресивний настрій хворих і мала виключно негативний характер. Пацієнти відмовлялися її обговорювати, кажучи, що “в цьому відсутній сенс, нічого вже не змінити”. На цьому етапі розвитку хвороби домінуючий субдепресивний настрій був причиною байдужого ставлення хворих до себе та свого майбутнього. Рівень емоційної напруженості, щодо самоусвідомлення та самооцінки на початку проведення психокорекційної роботи - $11,1 \pm 3,1$ бала.

Після проведення психокорекційної роботи зростала адекватність та стійкість самооцінки. Пацієнти навчилися оцінювати себе, орієнтуючись на свої конкретні досягнення. Суттєвим фактором, що обумовлював позитивну самооцінку була здатність хворого дотримуватися способу життя без алкоголю, та робити те, що позитивно оцінювалося іншими людьми. Самооцінка хворих починала залежати від конкретних форм особистої діяльності та поведінки: “Сьогодні 56 день, як я не вживаю



алкоголь. Я пишаюся цим досягненням, бо раніше я починав вживати їх на наступний день після виписки з лікарні”, чи “Я вже другу неділю працюю, я роблю рами для вікон. Спочатку було дуже важко, зараз теж важко, але в мене виходить, мене навіть хвалять. Я ніколи не думав, що можу мати задоволення від такої роботи. Я почав себе поважати”, чи: “Учора я прокинувся і відчув потяг до алкоголю. Він був досить сильний. Мені хотілося все кинути і бігти “на хату”. Була думка, що це все. Я, мабуть, зірвуся. Тоді я собі сказав так: Я можу побігти “на хату” прямо зараз, проте я трошки зачекаю, принаймі вмиюся і поп’ю кави. Проте потяг не залишав мене. Тоді я собі сказав, що можу вжити наркотики у будь-яку хвилину, проте зараз я одягнуся і піду на роботу. Коли я йшов на роботу, я казав собі, що будь-коли зможу повернути туди, де можна придбати наркотики, але ще кілька кварталів я пройду у напрямку до роботи. Коли я прийшов на роботу, мені ще було погано, але я почав працювати. Через деякий час я помітив, що тяга до наркотиків зникла. Я був дуже задоволений, що зміг впоратися з нею”. Підвищення та стабілізація самооцінки призвели до зменшення емоційної напруженості з $11,1 \pm 3,1$ бала до $7,8 \pm 0,1$ бала.

В процесі проведення психокорекційної роботи змінювалася позиція хворих щодо необхідності активної особистої участі в процесі лікування.

Якщо на початку психокорекційної роботи хворі, визнаючи свою залежність від наркотичної речовини, алкоголю, відповідальність за одужання перекладали виключно на лікарів і психологів. “Хай, вони - лікарі, психологи зроблять так, щоб я одужав”, то в процесі психокорекційної роботи практично всі хворі усвідомлювали, що одужання - то є їх (а не їх сім’ї, міліції, медичного персоналу) особиста справа, за яку вони самі несуть відповідальність. Всі інші люди можуть чи допомагати, чи утруднювати процес одужання. Від них особисто залежить, з якими людьми вони будуть спілкуватися, що зроблять із своїм життям.

Прийняття відповідальності за своє одужання надихало хворих до здійснення конкретних дій, вчинків, що дозволяли позбавитися залежності, чи значно зменшити її прояви, взяти своє життя під свій контроль.

Аналіз життєвого шляху досліджуваних з тривалими термінами ремісії та їх інтерв’ювання дозволили виділити ті фактори, які були причиною зриву і ті, що допомагали утримувати тверезість.

До перших відносять такі: поява „ейфорії” щодо тривалості свого утримання від зловживання; впевненість, що після тривалої ремісії можна контролювати вживання наркотичних речовини чи алкоголю; „торги” с собою щодо цінності тверезого життя; уникання людей і відносини, які допомагають підтримувати тверезість; припинення самоаналізу та свідомої регуляції своєї поведінки; жалість до себе, припинення роботи

над самовдосконаленням, спроби навмисного відвертання уваги від алкоголю та наркотиків (перебування у місцях, де є можливість випити чи вжити наркотик, проте утримання від їхнього вживання); прийняття рішення спробувати алкоголь, наркотики тільки один раз; повернення до зловживання.

До факторів, які сприяють одужанню відносимо такі: визнання та прийняття тези про неможливість контрольованого вживання алкоголю та наркотиків; уникнення „зустрічі” з алкоголем та наркотиками; позитивне мислення, визнання необхідності особистих зусиль для підтримання тверезості, прояви зусиль; здійснення моральної самооцінки, визнання природи своїх помилок, визнання своїх обов’язків перед іншими, формування вміння жити у злагоді з іншими людьми, вихід із ізоляції, набуття мудрості та душевного спокою; постійний самоаналіз та визнання своїх помилок; духовне зростання; допомога іншим особам з ознаками залежності як спосіб допомогти собі підтримувати тверезість.

Робота за запропонованою психокорекційною програмою сприяла зниженню показників емоційної напруженості у різних сферах життя хворого; руйнуванню патопсихологічних симптомокомплексів алкогольної та наркотичної залежності, покращанню саморегуляції та соціальної адаптації, засвоєнню форм конструктивної поведінки, особистісному зростанню хворого. Наслідком такої роботи припинення зловживання, подовження термінів ремісії, залучення хворих до тривалої роботи в групах самодопомоги „АА”, що ставало основою подальших позитивних змін.

Таким чином, проведена психокорекційна робота, спрямована на особистісне зростання, показала можливість змінення патопсихологічних характеристик алкогольної залежності. Особистісне зростання хворого, яке відбувається в процесі психокорекційної роботи можна вважати одним із ефективних способів підтримання ремісії та виходу зі стану алкогольної залежності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

- [1] Кузнецов, О.Н., Григорьев, Г.И. (2001). Массовые эмоционально-эстетические методы психотерапии как этап анонимного лечения хронического алкоголизма. *Вестник гипнологии и психотерапии* (1), 8-11.
- [2] Лисенко, І. П. (2003). *Динаміка і корекція патопсихологічних симптомокомплексів у осіб, залежних від алкоголю та наркотиків* (дисертація д-ра психол. наук: 19.00.04) Київський національний університет імені Тараса Шевченка. Київ, Україна.
- [3] Литвинчук, Л.М. (2016). Особливості групової психотерапії у психологічній роботі з наркозалежними. *Науковий журнал «Молодий вчений»*. Херсон, Україна ТОВ «Видавничий дім «Гельветика», (по 12.1:40), 230-235.
- [4] Марковская, Н.С. (1993). *Эмоциональная патология в клинике алкоголизма* (автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.45), 64с.
- [5] Москвін, В.А. Динаміка емоційних станів при алкоголізмі: нейропсихологічний аналіз (с. 219-220). *VIII з'їзд невропатологів, психіатрів та наркологів УРСР: Тез. доп.*
- [6] Портнов, А.А., Пятницкая, И.Н. (1983). *Клиника алкоголизма* (368с). Л.: Медицина, Ленинградское отделение.

DYNAMICS OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM UNDER THE INFLUENCE OF PSYCHO-CORRECTIVE MEASURES

KHARKIVSKA Anna, *doctoral student of the Department of Psychology¹, general practitioner-family doctor²*

¹Interregional Academy of Personnel Management,

²KNP "Center for Primary Health Care №3"

SCIENTIFIC ADVISER:

PROKOPOVYCH Yevhen, *Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Developmental Psychology*

Taras Shevchenko National University of Kyiv

UKRAINE

Abstract. The article presents the results of psychological changes that have occurred in patients with alcoholism as a result of psychocorrective interventions, their impact on the level of emotional tension and readaptation of patients. The analysis of indicators according to the method of research of the actual condition of the patient is carried out. An analysis of indicators of the level of readaptation of patients (duration of remissions compared to previous treatments; return to work or study; the emergence of a new microsocial environment with people who do not abuse alcohol; improving family relationships). The characteristics of personal forms of response of patients to alcoholism before and after psychocorrective interventions are given.

Keywords: *psychocorrective measures; readaptation of patients with alcoholism; level of emotional tension; the current condition of the patient; duration of remissions*



© Харківська А.І., 2020

© Kharkivska A., 2020

<https://ojs.ukrlogos.in.ua/index.php/2663-4139>

<https://doi.org/10.36074/2663-4139.16.07>