

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**«ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ: ПРОШЛОЕ,
НАСТОЯЩЕЕ, ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»**

Сборник материалов
научно-практической конференции
с международным участием,
посвящённой 60-летию кафедры психиатрии и наркологии,
40-летию наркологической службы Гродненской области

22 декабря 2022 г.

Гродно
ГрГМУ
2022

УДК 616.89(06)
ББК 56.14я431
П 86

Рекомендовано Редакционно-издательским советом ГрГМУ (протокол № 19 от 29.11.2022)

Редакционная коллегия:

ректор, проф. И. Г. Жук (отв. редактор);
проректор по научной работе, проф. С. Б. Вольф;
зав. каф. психиатрии и наркологии, д-р мед. наук Э. П. Станько;
декан медико-психологического факультета, канд. мед. наук, доц.
С. Л. Бойко.

Рецензенты:

зав. НИЛ, канд. мед. наук, доц. М. Н. Курбат;
декан мед.-психол. факультета, канд. мед. наук, доц. С. Л. Бойко.

Психиатрия и наркология: прошлое, настоящее, взгляд в будущее : сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, 22 декабря 2022 г. [Электронный ресурс] / [редкол.: И. Г. Жук (отв. ред.) [и др.]. – Электрон. текстовые дан. и прогр. (объем 3,3 Мб). – Гродно : ГрГМУ, 2022. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

ISBN 978-985-595-764-6.

В сборнике материалов представлены результаты исследований в психиатрии, наркологии, психотерапии, клинической психологии и организации здравоохранения. Излагаются современные и перспективные методы диагностики, лечения и профилактики психических и поведенческих расстройств, аспекты межведомственного взаимодействия, социальные и правовые аспекты организации психиатрической и наркологической помощи населению, в том числе детскому.

Материалы будут полезны студентам, научным работникам, врачам всех специальностей, организаторам здравоохранения.

Авторы несут ответственность за достоверность представленных данных, неправомерное использование объектов интеллектуальной собственности и объектов авторского права в соответствии с действующим законодательством.

УДК 616.89(06)
ББК 56.14я431

ISBN 978-985-595-764-6

© ГрГМУ, 2022

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Авдей А. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Приоритетная цель системы здравоохранения Республики Беларусь – сохранение здоровья населения, включая и психическое, а также формирование здоровой нации. Для реализации данной цели необходимо эффективное правовое регулирование. Несовершенство законодательства, практики его применения, наличие коллизий и пробелов в нормативных правовых актах, отсутствие актуальных национальных комплексных исследований в сфере правовой регламентации оказания психиатрической помощи обосновывают ее актуальность.

Цель исследования – разработка основ проекта концепции построения системы законодательства Республики Беларусь в области оказания психиатрической помощи, включающей теоретически обоснованный понятийно-категориальный аппарат, характеристику его системных свойств и внутренней структуры, предложения по систематизации норм законодательства в исследуемой сфере, а также по совершенствованию коллизионного регулирования в рамках законодательства.

Методы исследования. Методологический аппарат, с помощью которого проводилось исследование, включает несколько приемов научного анализа диалектического характера. К их числу относятся: конкретно-исторический, позволяющий рассмотреть явление правовой реальности в контексте его исторического развития и эволюции; сравнительно-правовой, дающий возможность на основе сопоставления разных правовых явлений выявить их общие и специфические черты; формально-логический, позволяющий на основе аналитико-синтетического подхода выяснить закономерности развития и функционирования отдельных правовых явлений рассматриваемой области. В исследовании применялись и другие специальные методы, в числе которых – функциональный анализ правовых явлений, системно-структурный подход.

Результаты и их обсуждение. Выявлены недостатки в действующем законодательстве и практике его применения, регламентирующей предоставление психиатрической помощи. Несовершенство легального понятийно-категориального аппарата, наличие пробелов и коллизий в нормативных правовых актах затрудняют правоприменительную деятельность, что не способствует оказанию населению надлежащего вида медицинской помощи и лечения. Существующий огромный массив ведомственных нормативных правовых актов при наличии консолидирующего акта в

исследуемой сфере создает предпосылки возникновения негативных фактов при их использовании.

Новый этап правового регулирования отношений в области оказания психиатрической помощи требует комплексного научного исследования имеющихся проблем на основе системного анализа всего массива законодательства. В настоящее время оно основано на нормах действующего Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи», в котором имеется множество отсылочных норм, отсылка к которым не всегда корректна, поскольку специальные нормы в исследуемой сфере сосредоточены не только в указанных, но и в принятых в их развитие (в том числе после появления новой редакции), а иногда и до его принятия, нормативных правовых актах. Отметим то, что ряд нормативных правовых актов в области оказания психиатрической помощи не всегда имеют единую отраслевую принадлежность к законодательству о здравоохранении.

Выводы. В законодательстве современных государств существуют разные подходы к правовому регулированию в области оказания психиатрической помощи. Такая дифференциация обусловлена социальными и экономическими факторами, воздействующими на его формирование и развитие. Сравнительный анализ правовых основ в исследуемой сфере позволил определить приоритетные направления реформы отечественной модели оказания психиатрической помощи населению, которые касаются принципов организации, финансирования системы психиатрической помощи, защиты прав пациентов.

Предлагается внести изменения и дополнения в ст. 1 Закона Республики Беларусь "Об оказании психиатрической помощи" и закрепить следующее определение понятия "психиатрическая помощь" как специализированная медицинская помощь, в том числе психотерапевтическая, психоневрологическая, наркологическая, включающая психиатрическое обследование и психиатрическое освидетельствование, профилактику и диагностику психических расстройств, лечение и медицинскую реабилитацию лиц, страдающих психическими расстройствами.

На основе анализа правоприменительной практики сделан вывод о необходимости внесения изменений и дополнений по устранению коллизий между нормами постановления Министерства здравоохранения Республики Беларусь

"Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения" от 10 ноября 2017 г. № 95: в ред. от 29 июля 2022 г. № 78 и приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь "Об утверждении Инструкции об организации оказания психотерапевтической помощи в государственных организациях здравоохранения" от 6 сентября 2011 г. № 869, в части законодательного закрепления каким специалистом (психотерапевт или психиатр) должно вестись наблюдение за лицом, впервые совершившим попытку суицида с расстройством адаптации.

Предлагается также внесение изменений и дополнений в законодательство в части соблюдения требований о письменном согласии пациента на лечение определенным способом; создание службы защиты прав пациентов, находящихся в психиатрических стационарах; обязательном дополнительном государственном страховании медицинских работников психиатрических учреждений, в случае причинения вреда их здоровью при исполнении ими служебных обязанностей.

Сравнительно-правой анализ законодательства позволяет сделать вывод о перспективности развития государственно-частного партнерства в сфере оказания психиатрической помощи, а также о поступательном развитии национального законодательства в соответствии с общемировыми тенденциями.

По мнению автора, разработанные основы проекта концепции построения системы законодательства Республики Беларусь в области оказания психиатрической помощи позволят определить цели и основные направления совершенствования данного направления здравоохранения в условиях правовой системы государства, развивающейся под влиянием конституционных изменений и дополнений, и прогнозировать возможности повышения ее социальной эффективности. В последующем целостная Концепция сконцентрирует оценку текущего состояния и тенденций развития оказания психиатрической помощи, определит систему приоритетов, направлений и организационный механизм дальнейшего совершенствования в Республике Беларусь с учетом современных тенденций и накопленного в данной сфере потенциала.

Литература

1. Об оказании психиатрической помощи [Электронный ресурс]: Закон Респ. Беларусь, 7 янв. 2012 г. № 349-З: в ред. от 11 ноября 2019 г. № 255-З // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

2. Об оказании психиатрической помощи при применении принудительных мер безопасности и лечения [Электронный ресурс]: Постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 26 июня 2013 г. № 56: в ред. от 3 апр. 2020 г. № 30 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

3. О порядке помещения в судебно-психиатрические экспертные стационары физических лиц, их содержания в этих стационарах и выписки из них [Электронный ресурс]: Постановление государственного комитета судебных экспертиз Респ. Беларусь, 23 ноября 2020 г. № 16 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

4. Об утверждении Инструкции о порядке оказания скорой психиатрической помощи [Электронный ресурс] : Постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 15 авг. 2012 г. № 126: в ред. от

27 февраля 2020 г. № 12 // ЭТАЛОН. Законодательство Республики Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.

5. Организационно-правовые аспекты оказания психиатрической помощи: материалы респ. науч.-практич. конф., 29 окт. 2013 г., Минск / Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский научно-практический центр психического здоровья. - Минск: Профессиональные издания, 2013. – 106 с.

ПРОТИВОПРАВНАЯ АКТИВНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ

Александрова Н. А.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Подростковый возраст сопровождается значительными изменениями во всех сферах психической деятельности. К особенностям подростковой и детской психики относятся несформированность и мозаичность личностных структур, определяющих тип реагирования и своеобразие последствий различных социальных воздействий с нарушением социализации и социальной дезадаптацией личности. Раннее проявление агрессии, сопровождающееся криминальными поступками, может оказаться предвестником формирования и собственно манифестацией наиболее тяжелых форм психической и наркологической патологии [3-4,7-9].

Многими исследователями отмечается высокая частота психических и поведенческих расстройств среди подростков с криминальным поведением. Наличие тесных связей между противоправным поведением и зависимостью от ПАВ – общепризнанный факт. Сочетание психической патологии и поведенческих нарушений с употреблением ПАВ определяет неблагоприятный прогноз, высокий риск агрессивных и антисоциальных действий [1-2, 5].

Цель исследования – изучить влияние употребления психоактивных веществ подростками с психическими расстройствами на риск совершения ими противоправных деяний.

Методы исследования. В соответствии с целью исследования проведено клинко-психиатрическое обследование 300 несовершеннолетних мужского пола в возрасте от 15 до 18 лет, находившихся на стационарном судебно-психиатрическом освидетельствовании в отделении ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского». Основным методом исследования – клинко-психопатологический.

Результаты и их обсуждение. Анализ исследуемого материала показал, что среди нозологических форм психических расстройств у подростков с противоправным поведением традиционно отмечается значительное преобладание органических психических расстройств (ОПР) – 71,0%.

Следующие по частоте расстройства шизофренического спектра (11,7%) и формирующаяся личностная патология (10,3%). 54,0% (n=162) подэкспертных ранее привлекались к уголовной ответственности, причем в 90,0% случаев противоправная активность наблюдалась уже после приобщения несовершеннолетних к употреблению ПАВ. Подавляющее большинство ранее совершенных преступлений было направлено против собственности (кражи, разбой, грабеж, неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения). 11,1% подэкспертных в связи с совершением противоправных действий находились в местах лишения свободы, 29,6% был вынесен вердикт об условном наказании; в 14,9% случаев уголовные дела были закрыты в связи с недостижением подэкспертными возраста уголовной ответственности. Анализ исследуемого материала показал, что 93,0% подростков до поступления в стационар ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» на этапе предварительного следствия уже были освидетельствованы судебно-психиатрическими экспертными комиссиями в связи с совершением ими актуальных противоправных деяний. В связи с трудностями, возникающими при первичной диагностике психического расстройства в подростковом возрасте, судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних всегда остается одним из наиболее сложных видов судебно-психиатрического освидетельствования, требующим подготовленных по этому профилю экспертных кадров и преимущественно комплексного психолого-психиатрического стационарного обследования. Интеграция специалистов (психиатров, клинических психологов и в ряде случаев сексологов) делает экспертные выводы более доказательными для следственных органов и судов, раскрывая онтогенетическую, психологическую, психосексуальную и клиническую структуру личности подростка [6]. В исследуемой группе отмечается довольно высокий процент назначения в отношении несовершеннолетних повторных СПЭ (19,4%). В качестве основных причин назначения повторной экспертизы судебно-следственными органами, как правило, указывается «недостаточная полнота» экспертного заключения, «противоречивость» экспертных выводов, потребность психологического исследования несовершеннолетнего для определения уровня его психического развития и соответствия возрасту, «необходимость обследования несовершеннолетнего в условиях специализированного подросткового отделения в Центре им. В. П. Сербского» и др. Анализ характера преступлений, совершенных несовершеннолетними подэкспертными, свидетельствует о преобладании деяний агрессивного-насиленного характера – 74,7% от общего числа преступлений. В данную группу были включены тяжкие и особо тяжкие преступления: убийства (ст. 105 УК РФ), умышленное причинение тяжкого вреда здоровью (ст. 111 УК РФ), средней тяжести (ст. 112 УК РФ), легкого вреда здоровью (ст. 115 УК РФ); побои (ст. 116 УК РФ); преступления против половой неприкосновенности (ст. 131-135 УК РФ); грабежи (ст. 161 УК РФ), разбой (ст. 162 УК РФ). Убийства и умышленное причинение тяжкого вреда

здоровью совершили 43,7% подростков. Преступления против половой неприкосновенности совершили 9,6%, причем почти треть случаев была сопряжена с последующим убийством потерпевшего(их). Разбойные нападения и грабежи совершили 23,3% несовершеннолетних. Среди имущественных деяний, которые совершили несовершеннолетние, преобладали кражи (ст. 158 УК РФ), неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения (ст. 166 УК РФ), умышленное уничтожение или повреждение имущества (чаще автомашин) (ст. 167 УК РФ) и др. Процент преступлений, связанных с незаконным приобретением, производством, хранением и сбытом наркотических и психотропных средств, оказался невысоким (6,0% за исследуемый период). Две и более статьи УК РФ инкриминировались сразу 142 несовершеннолетним, что составляет 47,3% от общего числа освидетельствованных подростков. Однако характерно, что 45,7% (n=137) несовершеннолетних в исследуемом материале совершили противоправные деяния в одиночку, а 14,7% (n=44) подэкспертных – вдвоем (вне группы). 83,7% (251) подэкспертных совершили инкриминируемые деяния, находясь в состоянии интоксикации разными ПАВ, преобладающим было состояние алкогольного опьянения (72,1%), токсическое опьянение выявлено у 14,7%, 11,2% подэкспертных находились в состоянии интоксикации, вызванном употреблением разных наркотических веществ, 2,0% – сочетанным употреблением ПАВ. В состоянии синдрома отмены (абстиненции) – ни одного.

Выводы. Таким образом, формирование аддиктивного поведения изменяет противоправную активность несовершеннолетних с психическими расстройствами за счет увеличения ее интенсивности. Кроме того, употребление ПАВ и последующее состояние интоксикации – дополнительный триггер для совершения противоправных деяний подростками с психическими нарушениями.

Литература

1. Александрова Н. А., Макушкин Е. В. Формирование методологии судебно-психиатрической экспертизы несовершеннолетних с медико-правовым подходом к оценке нозологии и состояний интоксикации психоактивными веществами // Российский психиатрический журнал. 2021. № 6. С. 4–12. DOI: <https://doi.org/10.47877/1560-957X-2021-1060>
2. Антонян Ю. М., Гончарова М. В. Состояние и причины преступности несовершеннолетних в России. Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Юриспруденция. 2018. № 2. С. 87-100. DOI 10.18384/2310-6794-2018-2-87-100.
3. Говорин Н. В., Бодагова Е. А., Арсаланова С. С. Социально-психологический и клиничко-психопатологический анализ агрессивности у подростков // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 4 (89). С.40-46.

4. Гурьева В. А., Макушкин Е. В. и др. Криминальное агрессивное поведение подростков // Агрессия и психическое здоровье. – СПб.: Юридический центр Пресс, 2010. – С. 111–142.

5. Клинова, М. А., Сахаров А. В., Ступина О. П. Некоторые характеристики подростков Забайкальского края, совершивших противоправные действия. Стратегические направления охраны и укрепления общественного психического здоровья: Материалы VII Национального конгресса по социальной психиатрии и наркологии, Тюмень, 23–25 мая 2018 года. – Тюмень: РИЦ "Айвекс", 2018. – С. 100-102.

6. Макушкин Е. В., Мохонько А. Р., Муганцева Л. А. Судебно-психиатрическая экспертиза несовершеннолетних // Психическое здоровье. 2019. № 10. С. 11–20. DOI: <https://doi.org/10.25557/2074-014X.2019.10.11-20>

7. Ошевский Д. С. Психическое развитие у подростков с психическими расстройствами, совершивших агрессивно-насильственные правонарушения (психологический аспект): автореф. дис. ... канд. психолог. наук. – М., – 2006. – 23 с.

8. Семке В. Я., Бохан Н. А., Мандель А. И. Персонологический анализ в контексте систематики аддиктивных состояний // Наркология. 2006. № 1. – С. 6066.

9. Bailey S. Editorial: Juvenile homicide // Criminal Behavior and Mental Health. – 2000. – V. 10. – P. 149– 154.

ОБ ОПЫТЕ И ПРОБЛЕМНЫХ ВОПРОСАХ В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ АБИТУРИЕНТОВ

Бойко С. Л.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Профессиональный психологический отбор предполагает установление степени психологического соответствия респондента (абитуриента) усредненному образу (модели) потенциально успешного в будущем студента. Для организации психологического тестирования абитуриентов при поступлении в медицинские учреждения образования необходимы:

1. Профессиограмма успешного студента-медика, с которой будут сравниваться результаты абитуриента.

2. Валидные и надежные тесты, для служебного использования, недоступные обывателю.

Таким образом, отсутствует научно-обоснованная база для создания профессиограммы успешного студента-медика, неизвестны оптимальные качества, которые необходимо оценивать с помощью психологических тестов у потенциального студента медицинского учреждения образования.

Соответственно, не представляется возможным операционализация профессионально важных качеств и подбор инструмента диагностики.

На сегодняшний день на уровне серьезных научных исследований (базы данных издательств: Springer Link, Oxford university press, The New England Journal of Medicine, The British Medical Journal, SCOPUS компании Elsevier, платформы EBSCO) отсутствует нормативно-функциональный анализ профессиональной деятельности врача, не определены ни общие, ни специальные (коммуникативные, рефлексивные и познавательные) психологические свойства, которые могли бы служить предикторами успешного обучения в медицинском учреждения образования.

Анализ доступных методов психологической диагностики, используемых с целью профориентационной работы, показал следующее:

1. Русскоязычные самые популярные методы психологической диагностики абитуриентов («Дифференциально-диагностический опросник» (ДДО), «Карта интересов», Методика Л. А. Йовайши, «Ориентация» (анкета И. Л. Соломина), Экспресс-диагностика социальных ценностей личности (Н. П. Фетискин), Тест Д. Голланда по определению типа личности) созданы на выборках советских школьников, большинство датируются 1980-1990-ми гг., не могут быть использованы для выборки молодых людей современного поколения белорусов. Это подтверждено опытом психологического тестирования студентов 1 курса в рамках реализации Концепции создания центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников (приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 16.11.2018 № 1191, от 04.01.2019 № 9-27/149, приказ УО «Гродненский государственный медицинский университет» № 39 от 07.02.2019). В мониторинге принимали участие 100 студентов 1 курса лечебного факультета. Диагностика проводилась посредством онлайн-тестирования, методики были согласованы с главным внештатным специалистом по психологии и психотерапии Министерства здравоохранения Республики Беларусь И. А. Байковой (2019). На Образовательном портале ГрГМУ (в программе MOODLE) создан раздел по направлению профессиональной ориентации – для дистанционного тестирования студентов, с персонификацией каждого тестируемого (индивидуальный логин и пароль); тестирование проведено в течение первого месяца обучения. По результатам проведенного тестирования из 100 человек, поступивших на 1 курс лечебного факультета 54,5% имеют профессиональную склонность к работе с людьми, и только у 8,9% из их числа склонность к работе с людьми ярко выражена. Информация о выраженности изученных психологических свойств не имеет статистически значимых корреляций с последующим уровнем успеваемости студентов, участвующих в исследовании (итоговая аттестация 1 курса), таким образом, изученные отдельные свойства не влияют на успешность овладения знаниями на первом курсе.

2. Существующие методы психологической диагностики абитуриентов широко растражированы, распространены в бумажном и электронном варианте, не представляется возможным их изъятие из обихода и ограничение доступа со служебной целью.

3. Использование методов психологической диагностики в отсутствие доказательств их надежности и психометрической валидности приведет к негативным социальным последствиям, поскольку будет являться дискриминационной практикой по отношению к абитуриентам, поступающим в медицинские учреждения образования.

Вариант создания оригинального комплексного психологического инструмента для психологической диагностики абитуриентов, ориентированных на получение медицинского образования (для служебного пользования), подразумевает:

1. Создание профессиограммы врача.

2. Выделение психологических свойств, предикторов успешного решения задач обучения в медицинском учреждении образования.

3. Создание моделей будущих компонентов психодиагностической методики.

4. Апробация методики на всех абитуриентах Республики Беларусь, поступающих в медицинские учреждения образования (экспериментальная часть).

5. Расчет валидности и надежности нового метода.

6. Внедрение метода.

Перечисленное выше требует разумных сроков реализации, создания временного научного коллектива с филиалами в каждом областном центре, оплату труда специалистов в сфере прикладной и экспериментальной психологии.

Выводы. Безусловно, медицинская профессия требует определенного набора коммуникативных, рефлексивных и гносеологических компетенций, однако отбор абитуриентов по уровню таких компетенций у вчерашнего школьника постулирует отсутствие психологического роста и саморазвития человека за шесть лет учебы и, возможно, введение такого психологического отбора закроет дверь перед абитуриентами с потенциалом по развитию перечисленных выше профессионально важных качеств. Считаю целесообразным при поступлении в медицинские учреждения образования ориентироваться только на общеобразовательный уровень по профильным предметам, психологическое тестирование использовать в качестве факультативного метода на этапе школьной профориентационной работы.

Литература

1. Ильин, Е. П. Дифференциальная психология профессиональной деятельности. – СПб.: Питер, 2008. – С. 322-327.

2. Овчарова, Р. В., Справочная книга школьного психолога. – М: Просвещение, 1993.

3. Прошицкая, Е. Н. Практикум по выбору профессии. М.: Просвещение, 1995.

4. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. – Издательство Института психотерапии, 2005. – 496 с.

5. Самоукина, Н. В. Психология профессиональной деятельности. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2004. - 224 с.

ПАРАДОКСЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Букин С. И.

*Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Гродно, Беларусь*

Актуальность. Самоубийства (СУ) и парасуициды (ПС), объединенные аутоагрессивным поведением в суицидальном поведении (СП), определены как формы саморазрушающих действий, однако в анализе суицидальной активности населения территорий, как правило, используется показатель частоты СУ (ЧСУ) [1]. Смертность от внешних причин, служащая целевым показателем государственной программы «Здоровье народа и демографическая безопасность», к которому отнесены СУ, оцениваемая по фактическому количеству смертей в связи с СУ, имеет все основания быть рассмотренной шире – в рамках распространенности СП (с включением дополнительно, как минимум, ПС: регистрируются в 10-20 раз чаще СУ), определяющего ежегодное экономическое бремя не менее 4% от валового регионального продукта [2].

Констатация СУ определена квалификацией уполномоченных органов по факту смерти и носит вполне объективный характер, а ПС определяется на уровне врача, исходя из его знаний, компетенций и степени развития науки; принимая во внимание, что далеко не все попытки СУ попадают в поле зрения медицинских работников, носит условно достоверный характер [3]. Эта особенность получения первичных данных при отсутствии изменений в ее методологии предопределяет допустимость их использования в оценке актуальности суицидального поведения при проведении сравнительного анализа относительных показателей динамических рядов СУ и ПС.

Цель – сравнить частоту самоубийств и парасуицидов и частоту их суммарных значений в Гродненской области в период с июля 20015 г. по июнь 2022 г.

Методы исследования. В работе использованы статистические данные о самоубийствах и парасуицидах, численности населения Гродненской области в 2015-2022 гг. Для обработки данных использовался статистический пакет прикладных программ «SPSS Statistics», «Microsoft Office Excel» (AnalysisTool Pak), а именно методы параметрической (расчет средних значений,

корреляционный, кластерный), аналитический и экспериментальный методы изучения формальных математических моделей.

Результаты и их обсуждение. Общепринятый подход к оценке суицидальной активности населения через анализ частоты СУ (ЧСУ) основан на ежегодной констатации ее годовых показателей либо сопоставлении квартальных значений ЧСУ текущего и предыдущего годов.

В исследуемом периоде 2015-2022 г. (ИП) в Гродненской области имеет место снижение ЧСУ с аппроксимацией, приближенной к единице ($R^2=0,93$).

Этот аргумент имеет ограниченную значимость, поскольку свидетельствует только об общей тенденции ЧСУ, не раскрывает ее особенности в пределах года и характеризует только СП, приведшее к смерти.

СП нельзя сводить исключительно к СУ и ПС: необходимо использовать все многообразие этого феномена (Амбрумова А. Г., 1986). Согласно формуле экспертов ВОЗ, на n завершенных СУ приходится $10-20*n$ ПС, $8*n$ близких и родственников суицидента, $100*n$ людей, помышляющих о СУ или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне [4]. Для Республики Беларусь количество лиц с актуальным вопросом СП составляет в каждую единицу времени не менее 350 000 (3,5% населения) [5].

В Гродненской области в ИП частота регистрации СУ и ПС (суммарно) имеет значительные отличия от ЧСУ и определяется частотой парсуицидов (ЧПС, имеется практически линейная зависимость между динамикой ЧСП и ЧПС в 2016-2021 гг. ($r=0,98$)).

Годовые интервалы в ЧСП, несмотря на установление отличной от ЧСУ динамики, имеют статистико-эпидемиологический характер и малопригодны в практике врача, взаимодействующего с потенциальным суицидентом на существенно более коротком временном интервале. Это аргумент наделяет ежемесячную ЧСУ практической значимостью, в том числе в разрезе территориальных единиц [6]. Поведение ЧСП при анализе по месячным интервалам во второй половине года имеет очевидные экстремумы в сентябре и ноябре каждого года в ИП. Такие динамические отличия ЧСУ и ЧПС подразумевают отсутствие между ними связей. Однако экспериментальным методом определена отрицательная корреляция средней силы ($r=-0,7$) в I-VI месяцах и положительная слабая корреляция ($r=0,3$) в VII-XII месяцах между среднемесячными показателями ЧСУ и ЧПС в 2016-2021 гг. (таблица).

Анализ ЧСУ и ЧПС по средним месячным показателям устанавливает существенные их различия ($r=0,09$) и подразумевает отсутствие между ними связей. Однако экспериментальным методом определена отрицательная корреляция средней силы ($r=-0,7$) в I-VI месяцах и положительная слабая корреляция ($r=0,3$) в VII-XII месяцах между среднемесячными показателями ЧСУ и ЧПС в 2016-2021 гг.

Таблица – Корреляционные связи средних месячных показателей частоты самоубийств и парасуицидов в Гродненской области в 2016-2021 гг. (на 100 000 населения)

Месяц/ показатель	Частота парасуицидов	Частота самоубийств	Коэффициент корреляции (r)
январь	36,01	10,65	r = -0,70
февраль	36,20	9,39	
март	33,20	10,84	
апрель	34,94	10,84	
май	32,71	12,68	
июнь	33,68	13,94	
июль	34,46	13,55	r = 0,31
август	32,71	12,20	
сентябрь	27,10	10,16	
октябрь	35,62	10,73	
ноябрь	40,07	10,73	
декабрь	30,39	8,58	
	r = 0,09		

Установленные в работе динамические связи и различия между ЧСУ и ЧПС свидетельствуют о наличии в пределах года весенне-летнего интервала СП с ярко выраженным ростом ЧСУ с пиковыми значениями в июне-июле, умеренного снижения ЧПС и осенне-зимнего интервала СП, характеризующегося нестабильными показателями с общей тенденцией к снижению, минимальными показателями в сентябре и пиковыми – в ноябре. Такое поведение ЧСУ и ЧПС, парадоксально взаимодействующих в СП как экспертной системе, создает условия для обособленного изучения их генеза, распространенности и предикторов [7].

Выводы. Различия динамики самоубийств и парасуицидов могут свидетельствовать о разной их чувствительности к одним и тем же средовым факторам риска.

В структуре суицидального поведения присутствуют неизвестные в настоящее время социальные факторы риска, определяющие пиковые значения самоубийств в июне-июле и парасуицидов в ноябре каждого года.

Суицидальную активность населения определяют нелетальные его виды.

В оценке суицидального поведения населения необходимо учитывать все его виды, доступные регистрации.

Литература

1. Предотвращение самоубийств. Глобальный императив / Всемир. орг. здравоохранения, Европ. регион. бюро. – Копенгаген : ЕРБ ВОЗ, 2014. – 97 с.
2. Букин, С. И. Экономическое бремя суицидальных действий и экономическая эффективность профилактических мероприятий / С. И. Букин, Е. М. Тищенко, М. Ю. Сурмач // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 4. – С. 74–80.

3. Гелда А. П. Суициды: ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации в различных странах мира и в Республике Беларусь / А. П. Гелда, А. Н. Нестерович, В. В. Голубович // *Вопр. орг. и информатизации здравоохранения.* – 2016. – № 2. – С. 13–24.

4. Морев, М. В. Социально-экономический ущерб вследствие смертности населения от самоубийств / М. В. Морев, Е. Б. Любов // *Экон. и соц. перемены: факты, тенденции, прогноз.* – 2011. – № 6. – С. 119–130.

5. Букин, С. И. Организационная модель профилактики самоубийств на примере Гродненской области: дис. канд. мед. наук: 14.02.03: защищена 30.10.20: утв. 27.01.2021

6. Букин, С. И. Территориальный уровень суицидальной активности / С. И. Букин // *Журн. Гродн. гос. мед. ун-та.* – 2019. – Т. 17, № 1. – С. 37–44.

7. Ясницкий Л. Н. Интеллектуальные системы. – М.: Лаборатория знаний, 2016. – 221 с.

ФИТОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Василевский С. С., Пирогова Л. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Лечение тревожно-депрессивных расстройств располагает большим арсеналом антидепрессивных средств. Большинство препаратов синтетические. Оказывая влияние на разные звенья биохимических процессов центральной нервной системы, антидепрессивные препараты оказывают побочные действия. Фитотерапия – метод выбора для лечения мягких и умеренных форм тревожных и депрессивных расстройств. Важное достоинство фитотерапии – поливалентное действие растений, обусловленное разнообразными биологически активными веществами, имеющими биологическое родство с организмом человека. Например, фитогормоны, полисахариды, витамины имеют одинаковое химическое строение в растениях и у человека. Более того, многие из этих веществ поступают в человеческий организм только при употреблении пищевых растений.

Цель – провести анализ перспективности использования лекарственных растений в комплексном лечении мягких и умеренных форм тревожно-депрессивных расстройств на основе анализа фармакологического действия биологически активных веществ растительного сырья.

Методы исследования. Обзор фармакологического действия биологически активных веществ фармакопейных лекарственных растений на основе диссертационных работ.

Результаты и их обсуждение. Препараты растительного происхождения, обнаруживающие психотропные эффекты, подразделяются на седативные и стимулирующие. При состояниях, протекающих с явлениями

раздражительности и нарушениями сна, показаны средства седативного спектра – галеновы препараты валерианы, пустырника, боярышника, хмеля, пиона, пассифлоры, вереска, душицы. В случаях преобладания в клинической картине астенических расстройств предпочтительны лекарственные травы со стимулирующим

эффектом – настойка лимонника, женьшеня, экстракты элеутерококка и родиолы розовой. Среди растительных антидепрессантов необходимо выделить экстракт травы зверобоя.

Зверобой продырявленный (Hypericum perforatum). Основная антидепрессивная активность принадлежит гиперцину, псевдогиперицину и гиперфорину. Эти вещества влияют на обмен серотонина, норадреналина, дофамина и гамма-аминомасляной кислоты, создавая при этом необходимый тимолептический эффект. Ряд авторов указывают на наличие у препаратов зверобоя не только антидепрессивной активности, но и терапевтического эффекта при лечении состояний тревоги и страха. В механизме действия зверобоя важную роль играет ингибирование моноаминоксидазы (МАО) гиперцином. Также доказано, что гиперфорин экстракта зверобоя ингибирует обратный захват серотонина, норадреналина и дофамина, а также повышает уровень кортизола. Ряд исследователей полагают, что экстракт *Hypericum perforatum* стимулирует образование серотонина в нейронах головного мозга. Гиперфорин влияет на ГАМК-ергические и глутамат-ергические системы мозга, в малых дозах стимулирует выброс ацетилхолина, в больших – ингибирует его обратный захват. Этот эффект особо важен в клинической практике, так как, в отличие от синтетических антидепрессантов, препараты зверобоя не ухудшают когнитивные функции, а также не влияют на координацию. Доказана фермент-индуцирующая активность препаратов зверобоя в отношении селективных ингибиторов обратного захвата серотонина, а также тразодона, нефазодона, дигоксина, теofilлина, варфарина, циклоспорина, фенобарбитала, оральных контрацептивов и некоторых других лекарственных средств, что ограничивает или исключает их совместное применение. Единственный побочный эффект препаратов зверобоя – реакция фотосенсибилизации кожи к ультрафиолетовому облучению.

Валериана лекарственная (Valeriana officinalis) – одно из главных растений, применяемых в лечении невротических расстройств, главным образом легкой степени тяжести. Нейробиологические механизмы эффекта валерианы включают агонистическое влияние на бензодиазепиновые рецепторы и потенцирование ГАМК-ергической медиации за счет облегчения выброса ГАМК и ингибиции ее обратного захвата. Нейропротективный эффект валерианы рассматривается как защита центральной нервной системы от стрессорных воздействий. Несмотря на то, что экстракт валерианы метаболизируется системой цитохрома P450, он практически не влияет на метаболизм других препаратов. Спектр побочных эффектов валерианы

ограничивается индивидуальной непереносимостью и аллергическими реакциями.

Пустырника трава (Herba Leonuri) регулирует функциональное состояние центральной нервной системы, оказывает успокаивающее действие, снижает повышенную нервную возбудимость, потенцирует снотворный эффект, проявляет антагонизм по отношению к судорожному действию аналептиков. Эффективен при психастении, неврастении и неврозах, сопровождающихся бессонницей, чувством напряженности и повышенной реактивностью. Корректирует функциональные расстройства ЦНС и вегетативной нервной системы в преклимактерическом и климактерическом периодах. Оказывает отрицательное хронотропное действие, регулирует сердечный ритм при вегетососудистой дистонии, проявляет кардиотонические свойства, понижает артериальное давление. При сердечно-сосудистых нарушениях, в том числе при артериальной гипертензии, стенокардии, кардиосклерозе и миокардите, сердечной слабости оказывает благоприятный эффект на течение заболевания.

Мелиса лекарственная (Melissae officinalis) содержит эфирное масло с сильным лимонным запахом благодаря входящим в состав таким веществам, как цитраль, цитронеллаль, мирцен, гераниол, а также дубильные вещества, каротин, слизь, смола, аскорбиновая, кофеиновая, олеаноловая, урсоловая кислоты, минеральные соли, сахара. Растение оказывает седативный эффект и обладает анксиолитическим, антидепрессивным, спазмолитическим иммуномодулирующим противовирусным, антиаллергическим и антимикробным свойствами. Широкий спектр терапевтического действия препаратов мелиссы лекарственной обусловлен содержанием разных биологически активных веществ. Седативный эффект проявляется благодаря альдегиду, относящемуся к терпеноидам – цитронеллаль, а спазмолитические свойства, благодаря гераниолу и цитронеллолу. Фенилпропаноиды – розмариновая, кофейная, хлорогеновая и другие гидроксикоричные кислоты – следует рассматривать как биологически активные соединения, ответственные за противовирусные, иммуномодулирующие, антигистаминные, антиоксидантные и антимикробные свойства субстанций данного растения. *Показания к применению препаратов травы мелиссы лекарственной следующие:* неврозы, мягкая форма артериальной гипертензии, легкие формы ишемической болезни сердца, острые и хронические желудочно-кишечные заболевания, дискинезии, дисбактериоз, ферментопатии, метеоризм, острые и хронические воспалительные заболевания органов дыхания, как бактериального, так и вирусного генеза, нарушения менструального цикла, климактерические расстройства, токсикозы беременности; иммунодефицитные состояния.

Вереск обыкновенный (Calluna vulgaris) ценят за способность выступать в качестве противовоспалительного, антисептического, мочегонного, вяжущего, отхаркивающего, потогонного и седативного средства. В настоящее время

вереск широко используется официальной медициной западных стран, особенно востребован он в Германии, где траву выписывают при проблемах со сном, ревматических болях и как диуретическое средство. Установлено, что растение оказывает легкое седативное действие и применяется при нарушении сна.

Барвинок малый (Vinca minor) содержит свыше 20 алкалоидов группы индола, близких по природе к резерпину, среди которых – винкамин, изовинкамин, винкаминорин, минорин, винин, пубесцин, эрвамин. Барвинок содержит тритерпеновые сапонины, рутин, каротин, дубильные вещества, органические кислоты – яблочную и янтарную, фитостерин, сахара и минеральные соли, урсоловую кислоту, флавоноидный гликозид – робинин. Интерес к изучению алкалоидов барвинка малого связан с их сходством в химическом отношении с резерпином, являющимся высокоэффективным средством. Галеновы препараты из травы барвинка малого и сумма алкалоидов обладают седативным, сосудорасширяющим, гипотензивным свойствами. Они расширяют преимущественно сосуды головного мозга, усиливают мозговой кровоток, улучшая снабжение мозга кислородом; повышают диурез, а также улучшают функциональное состояние миокарда. Алкалоид винкамин умеренно понижает артериальное давление и обладает седативными свойствами. Расслабляет гладкую мускулатуру сосудов головного мозга, адаптирует церебральное кровообращение к метаболическим потребностям мозга. Ингибирует фосфодиэстеразу, повышает содержание цАМФ в тканях мозга. Снижает концентрацию интрацеллюлярного кальция в тромбоцитах. Усиливает поглощение и обмен глюкозы, улучшает оксигенацию ткани мозга. Повышает умственную работоспособность, облегчает процесс запоминания. Тормозит адгезию и агрегацию тромбоцитов, следствием чего является уменьшение вязкости крови.

Выводы. Галеновы препараты зверобоя продырявленного, валерианы лекарственной, пустырника травы, мелисы лекарственной, вереска обыкновенного и барвинка малого могут быть перспективными лекарственными средствами в комплексном лечении мягких и умеренных тревожно-депрессивных расстройств.

Литература

1. Ефремова, И. Н. Разработка комплексного адаптогенного средства на основе фитопрепаратов женьшеня, эхинацеи и солодки : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.25 / И. Н. Ефремова ; Белорус. гос. мед. ун-т. - Минск, 2004. - 20 с.
2. Знагулова, А. В. Фармакогностическое исследование одуванчика лекарственного (*taraxacum officinale wigg.*) : дис. ... канд. мед. наук 14.04.02 – фармацевтическая химия, фармакогнозия /А.В. Знагулова ; Самарский государственный медицинский университет – Самара, 2016. – 132 с.
3. Шарофова, М.А. Экспериментальное изучение лекарственных растений, применяемых в медицинской системе Авиценны : дис.....докт. мед. наук.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕКОТОРЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Волох Е. В., Копытов А. В., Гиндюк А. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. В последние годы большое внимание уделяется изучению проблем нарушения здоровья детей и подростков. Многие исследователи акцентируют внимание на ухудшении показателей физического и психического здоровья представителей данной возрастной группы, проявляющимися снижением доли здоровых детей, ростом хронической патологии и функциональных отклонений, нарушениями физического развития [2, 3]. Наибольший рост заболеваемости отмечают со стороны патологии опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, органа зрения, нервно-психической неустойчивости, в снижении функциональных возможностей и сопротивляемости организма [1]. Особо уязвимая группа – дети и подростки с нервно-психическими нарушениями, наиболее часто проявляющимися среди современного подрастающего поколения синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), который оказывает влияние не только на психическое здоровье, но и на физическое развитие индивида, а также здоровье в целом. СДВГ характеризуется запаздыванием нормального функционирования центральной нервной системы со сложностями обработки информации, сопровождающимися отклонениями в развитии двигательной сферы в виде слабо реагирующих вестибулярных раздражений, двигательной расторможенности, недостаточности в пространственной координации и синхронности движений, дифференцировке мышечных усилий и их неполноценности, нарушений в автоматичности защитно-компенсаторных движений, проявлений дизритмий, синкинезий [4]. Кроме того, у детей с СДВГ отмечается недостаточная функциональная адаптация ведущих систем организма [4].

Цель – изучение фактических данных состояния здоровья детей и подростков с индикацией особенностей в группе несовершеннолетних с признаками СДВГ.

Методы исследования. Выборка исследования представлена 215 учащимися и студентами 12-17 лет. Для комплексной оценки состояния здоровья детей и подростков проведен анализ данных медицинской документации с последующим сравнительным анализом групп здоровья и для занятий по физической культуре, имеющих отклонений в состоянии здоровья. Скрининг СДВГ производился с помощью опросника Коннерса, на

основании результатов которого проведено разделение выборки на группы сравнения: респонденты с СДВГ и без данной патологии.

Результаты и их обсуждение. В ходе исследования установлено, что доля респондентов с признаками СДВГ составила 47,0% выборки, среди которых 19,8% опрошенных с умеренно выраженными и 80,2% – с выраженными проявлениями данной патологии.

В результате сравнительного анализа состояния здоровья детей и подростков двух групп исследования установлена равная встречаемость соматической патологии среди гиперактивных детей и подростков и среди респондентов без СДВГ. Таким образом, имеют те или иные нарушения здоровья 95,0 и 91,2% представителей каждой из групп, соответственно.

Между детьми и подростками двух групп установлены различия в распространенности отклонений со стороны отдельных систем организма. Наиболее распространены среди респондентов без признаков СДВГ (СДВГ-) заболевания органов зрения (50,9%), на втором месте – патология опорно-двигательного аппарата (ОДА) (45,6%), на третьем – сердечно-сосудистой системы (27,2%). Среди детей и подростков с особенностями психического здоровья в виде СДВГ (СДВГ+) чаще встречаются заболевания ОДА (54,5%), на втором месте – органов зрения (45,5%), на третьем – сердечно-сосудистой системы (42,6%). При этом доля респондентов с сердечно-сосудистой патологией в группе «СДВГ-» в 1,6 раза меньше, чем в группе «СДВГ+». Распространенность патологий по другим системам органов в изучаемых группах респондентов также имеет особенности (рис. 1).



Рисунок 1 – Распространенность патологий по системам органов в группах респондентов

В ходе исследования проведен анализ данных о распределении опрошенных по группам здоровья с учетом индикации у них симптомов СДВГ по результатам проведенного скрининга. Сравнительный анализ распределения современных детей и подростков по группам здоровья показал, что если в группе «СДВГ-» к I группе здоровья, т. е. к абсолютно здоровым, были отнесены 11,4% представителей данной группы, то в группе «СДВГ+» таких детей и подростков было 8,9%. В выборке наибольшая доля респондентов II группы здоровья, к которой относят детей с функциональными отклонениями, часто- и/или длительно болеющих и с особенностями физического развития (50,9 и 43,6% в группах исследования, соответственно) и лиц, страдающих хроническими заболеваниями в стадии компенсации, отнесенных к III группе здоровья (35,9 и 46,5%, соответственно). IV группа здоровья (дети с хроническими заболеваниями в стадиях суб- или декомпенсации) немногочисленная: 1,8 и 1,0%, соответственно (рис. 2).

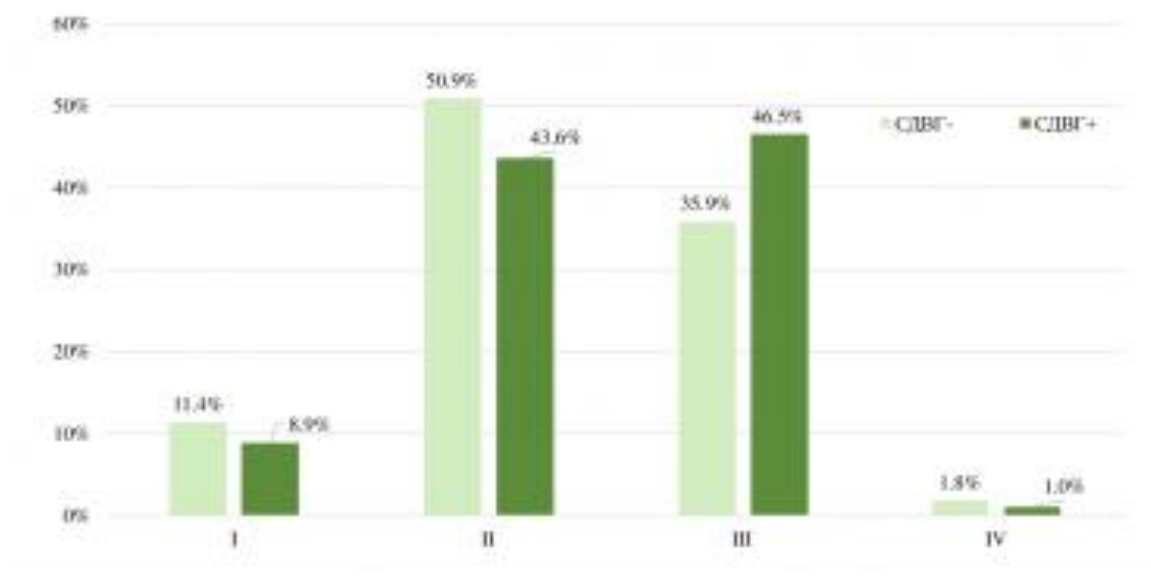


Рисунок 2 – Распределение опрошенных по группам здоровья с учетом наличия признаков СДВГ

Среди опрошенных из группы «СДВГ+» 11,9% респондентов относятся к специальной медицинской группе для занятий по физической культуре (ФК) по причине наличия отклонений со стороны отдельных систем организма, тогда как среди опрошенных без признаков гиперактивности таких в 2,3 раза меньше (5,2%) (рис. 3).

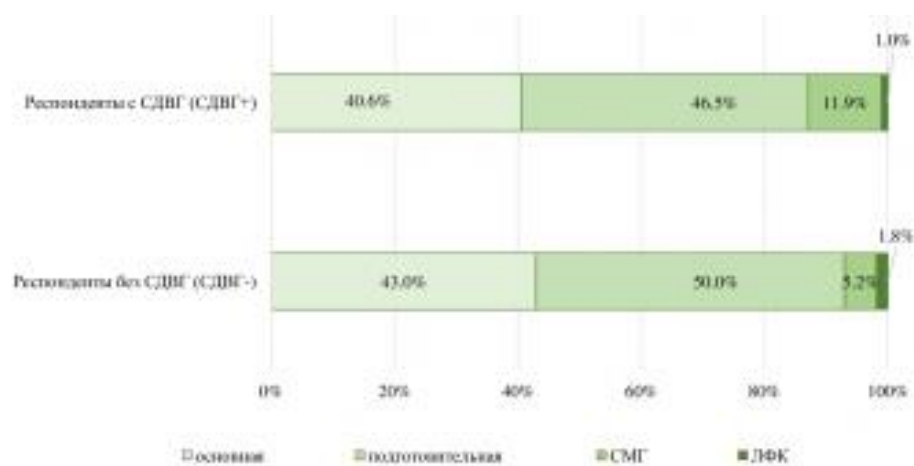


Рисунок 3 – Распределение опрошенных по группам для занятий по ФК с учетом наличия симптомов СДВГ

В результате сравнительного анализа физического развития респондентов двух групп как одного из критериев комплексной оценки состояния здоровья отмечено, что обе группы однородны по данной характеристике. Физическое развитие, соответствующее возрастной норме, определяемое как гармоничное, установлено у 59,6% опрошенных без признаков СДВГ и у 57,4% – с СДВГ. Дисгармоничное с избытком массы тела – у 10,5 и 8,9% респондентов, а с дефицитом массы – у 23,7 и 26,8% опрошенных каждой группы, соответственно. Оценку физического развития как резко дисгармоничное с избытком массы тела получили 6,2% опрошенных в группе «СДВГ+» и 6,9% – в группе «СДВГ-».

Выводы. В результате комплексной оценки состояния здоровья респондентов установлены особенности распространенности патологий по системам органов в группе детей и подростков с особенностями психического функционирования. Среди респондентов с признаками СДВГ чаще, чем у их сверстников без дефицита внимания и гиперактивности, выявляются хронические заболевания в стадии компенсации и ограничения двигательного режима в форме занятий ФК в специальной медицинской группе. Выявленные особенности респондентов с дефицитом внимания и гиперактивности представляют собой факторы риска их здоровью и подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к разработке мер медицинской профилактики для данной категории детей и подростков.

Литература

1. Анисимова, А. В. Современные проблемы формирования здоровья детей и подростков / А. В. Анисимова, Н. К. Перевощикова // Мать и дитя в Кузбассе. – 2013. – № 2 (53). – С. 8-14.

2. Гузик, О. Е. Состояние здоровья учащихся как индикатор интенсивности образовательного процесса / Е. О. Гузик, И. А. Ненартович, А. А. Галашевская [и др.] // Современные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и терапии : сборник материалов

Республиканской научно-практической конференции с международным участием, Гродно, 24-25 сентября 2020 года / отв. ред. А. С. Александрович. – Гродно: Гродненский государственный медицинский университет, 2020. – С. 95-100.

3. Кучма, В. Р. Популяционное здоровье детского населения, риски здоровью и санитарно-эпидемиологическое благополучие обучающихся: проблемы, пути решения, технологии деятельности / В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева, И. К. Рапопорт [и др.] // Гигиена и санитария. – 2017. – №10 (96). – С. 990-995.

4. Соловьёва, Н. Г. Уровень физической подготовленности учащихся с синдромом дефицита внимания и гиперактивности / Н. Г. Соловьёва, Ю. Г. Наапетян, Т. Л. Смородская // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. – 2017. – №2. – С. 95-101.

МЕТОД ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ

Воронец А. В., Букин С. И.

*Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»,
Гродно, Беларусь*

Актуальность. Процесс диагностики острых психотических расстройств, связанных с употреблением (отменой) алкоголя (ОПРА), имеет высокую значимость для практического здравоохранения в связи с наличием реальной угрозы здоровью пациента из-за развивающихся ургентных осложнений, в том числе с нарушением сознания и психомоторным возбуждением, представляющим угрозу жизни и здоровью как пациентов, так и медицинского персонала.

Психические расстройства, обусловленные приемом (отменой) алкоголя, в классических случаях проявляющиеся характерной клинической картиной, распознаваемой визуально и в интервью, не всегда очевидны вследствие диссимуляции пациентом болезненных переживаний.

Патоморфоз клинической картины, превалирование в ней субъективных жалоб соматического характера, ранние сроки госпитализации, недостаточность опроса и осмотра пациента в ряде случаев приводят к ошибкам, особенно в приемных отделениях многопрофильных больниц, в диагностике данных состояний и обуславливают госпитализацию пациентов в состоянии нарастающей отмены приема алкоголя, в соматические отделения, минуя реанимационные отделения (палаты).

Цель – разработка эффективного метода прогнозирования вероятности развития ОПРА (шкалы оценки вероятности развития острых психотических расстройств (делирия), связанных с употреблением алкоголя (ШОВД)).

Была проведена исследовательская работа по выделению совокупности параметров, простых для понимания и получения, позволяющих с высокой вероятностью предположить развитие у пациента ОПРА.

Методы исследования. Для выделения значимых для последующего анализа характеристик пациентов проведено когортное аналитическое исследование (сплошная выборка) выписных эпикризов пациентов, находившихся на стационарном лечении в наркологическом отделении УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» (далее – Центр) (1409 случаев), выписанных с диагнозом F10.40 (алкогольный делирий) в количестве n=235 (17%). Анализу подвергнуты параметры: пол, возраст, место жительства, наследственная отягощенность, образование, семейный статус, работа, судимость, наркологический учет, лечение в наркологическом стационаре, длительность запоев, время с последнего «запойного» употребления алкоголя, толерантность к спиртному, судороги в анамнезе, перенесенные соматические заболевания, наличие в клинической картине при госпитализации тревоги, страха, беспокойства, агрессии, раздражительности, суетливости, возбужденности, психомоторного возбуждения, дезориентировки, бредовых идей, галлюцинаций и иллюзий, тремора, слабости, нарушения аппетита и сна.

Кластерный анализ полученных данных позволил выделить значимые характеристики пациента (опытная совокупность признаков) с развившимся алкогольным делирием в условиях стационара: пол, образование, семейный статус, предпочитаемые спиртные напитки, длительность запоя, время с последнего «запойного» употребления алкоголя, толерантность к спиртному, сопутствующая соматическая патология.

На каждого пациента, госпитализировавшегося в наркологическое отделение Центра, заполнялись оценочные шкалы опытной совокупности признаков (ОШОС).

В результате анализа ОШОС (276 случаев, 100%) установлено следующее.

ОПРА в структуре заболеваемости целевой группы составили 33% (F10.31 – 25 случаев, 9,1%; F10.40 – 18 случаев, 6,5%; F10.41 – 21 случай, 7,6%; F10.52 – 27 случаев, 9,8%).

F10.2 встречается в 15 случаях (5,4%), F10.24 – 261 случаев (94,6%); F10.30, F10.71, F11.22 - по 4 случая (1,4%), F10.31 – 25 случаев (9,1%), F10.39 – 16 случаев (5,8%), F10.40 – 18 случаев (6,5%), F10.41 – 21 случай (7,6%), F10.52 – 27 случаев (9,8%). На остальные виды психических расстройств приходится от 1 до 3 случаев, или от 0,4 до 1,1%.

В 65% случаев F10.24 сочетается с F10.30. При этом на F10.40, F10.41 приходится 39 случаев (43%) из всех острых психотических расстройств.

Результаты и их обсуждение. В соответствии с задачами работы выделены 4 уровня группировки признаков из опытной совокупности признаков (табл. 1):

Острые психотические расстройства как объект исследования группируются в третьем по значимости уровне кластеров, из чего следует их обусловленность признаками более высоких (1-2) уровней.

Признаки «семейный статус», «толерантность к спиртному» и «длительность запоя» для задачи работы неинформативны в связи с их низкой репрезентативностью: количество случаев «семейный статус» (холост и другое) встречается 126 и 150 раз (разница 15%), «толерантность к спиртному» (менее 1 л и более 1 л крепких напитков) встречается 142 и 133 раза, соответственно (разница 7%), «длительность запоя» (менее 2 недель и более 2 недель) встречается 146 и 124 раза (разница 16%).

Таблица 1. – Группировка опытной совокупности признаков

Кластер		Уровни			
№	уровень	1	2	3	4
1	1	ссп			
2	2		тол, дз, сс		
3	2		впу		
4	3			псн, обр	
5	3			F10.30, F10.31, F10.40, F10.41, F10.50	
6	4				пол, F10.24

Примечания – I. ссп – сопутствующая соматическая патология; II. тол – толерантность к спиртному; III. дз – длительность запоя; IV. сс – семейный статус; V. Впу – время с последнего «запойного» употребления спиртного; VI. псн – предпочитаемые спиртные напитки; VII. обр – образование

С использованием критериев оценки признаков этапа сплошной выборки сформирована «Шкала оценки вероятности развития острых психотических расстройств (делирия), связанных с употреблением алкоголя (ШОВД)», соответствующая целям и задачам работы (табл. 2):

Таблица 2. – Шкала оценки вероятности развития острых психотических расстройств (делирия), связанных с употреблением алкоголя (ШОВД)

№	Признак	Показатель	Баллы	
			показателя	случая
1	Образование	средне-специальное	1	
2	Предпочитаемые спиртные напитки	крепкие (40° и выше)	1	
3	Количество дней с последнего «запойного»	двое суток и менее, нет данных	1	
		трое суток	2	

	употребления			
4	Сопутствующая патология	патология пищеварительной системы, травмы	1	
		иная (в т. ч. сочетанная) соматическая патология, отсутствие значимых системных расстройств	2	
ИТОГО			8	

Примечания –

1. При отсутствии в параметре значений, в столбец «Баллы/случая» выставляется «0».
2. 4-5 баллов – имеется вероятность развития алкогольного делирия. Нуждается в круглосуточном наблюдении или в госпитализации в реанимационное отделение (палату).
3. Шесть и более баллов – высокий риск развития делирия. Нуждается в госпитализации в реанимационное отделение (палату)

Выводы. Шкала оценки вероятности развития острых психотических расстройств (делирия), связанных с употреблением алкоголя (ШОВД), не относится к категории диагностических инструментов, она не предопределяет характер лечебно-диагностических мероприятий в отношении пациентов.

ШОВД – инструмент измерения вероятности развития психотического расстройства, связанного с употреблением алкоголя, в условиях приемных отделений многопрофильных больниц с целью определения тактики наблюдения пациентов, диагностика данных заболеваний у которых затруднена.

Литература

1. Иванец Н. Н. Наркология: национальное руководство / Под. ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Гофман А. Г. Алкогольные психозы: клиника, классификация. / А. Г. Гофман, М. А. Орлова, А. С. Меликсетян // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. XX, № 1. – С. 5-12.
3. Казаковцев Б. А. Психические расстройства и расстройства поведения (F00 – F99) (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) / Под общ. ред. Казаковцева Б. А., Голланда В. Б. – М.: Минздрав России, 1998. – 512 с.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

Воронко Е. В., Спасюк Т. И.

Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность. Здоровье – это сложное многомерное явление, отражающее биологические, социальные, психологические, духовные аспекты жизни человека. В биологическом аспекте анализа понятия «здоровье» [1] рассматривается здоровье личности или группы людей определенного пола, возраста, образа жизни, состояния болезни, определяется физическое здоровье.

В социальном аспекте рассматривается здоровье [2] как социокультурная переменная, детерминированная социальными условиями, культурным контекстом, этническим укладом; здоровье человека, отдельных групп и общества связано с процессом социализации, то есть формированием социальной идентичности, чувства принадлежности к своей социальной группе. Духовный аспект анализа понятия [1] рассматривает философия, связывая здоровье с состоянием гармонии и постижением духовности как человеческой сущности. Психологический аспект анализа понятия «здоровье», характерный в основном для психиатрии, медицинской и педагогической психологии, рассматривает структуру личности, условия и факторы, формирующие ее здоровье и нездоровье.

Цель – теоретико-библиографический анализ понятий "психологическое здоровье" и "психическое здоровье" в научной литературе.

Методы исследования. Теоретическое исследование (анализ документов).

Результаты и их обсуждение. В медицинской литературе психическое здоровье определяется как состояние благополучия, в котором человек реализует свои способности, может противостоять обычным жизненным стрессам, продуктивно работать и вносить вклад в свое сообщество. В этом позитивном смысле психическое здоровье – основа благополучия человека и эффективного функционирования сообщества [1].

Рассматривая здоровье в качестве оптимальной предпосылки для выполнения человеком «запредельных» жизненных целей, связанных с поиском ответов на смыслообразующие вопросы, В. А. Ананьев [4] определил его признаки. Среди них: структурная и функциональная сохранность систем и органов человека и такие действительно психологические критерии, как индивидуальная приспособляемость к физической и общественной среде и сохранность привычного самочувствия. В комплексе характеристик самочувствия можно выделить отсутствие боли, настроение, качество и количество сна, аппетит, продуктивность деятельности, степень утомляемости, количество межличностных связей, степень, частоту, продолжительность переживания положительных эмоций.

Рассмотрение проблемы психического здоровья позволяет не только дать определение термина, но выделить уровни и признаки психического здоровья. Б. С. Братусь [5] акцентирует, что психическое здоровье не однородное образование, но имеющее уровневое строение. Уровень психофизиологического здоровья определяется особенностями нейрофизиологической организации актов психической деятельности. Уровень индивидуально-психологического здоровья зависит от способностей человека строить и использовать адекватные способы реализации смысловых устремлений. Личностно-смысловой уровень здоровья определяется качеством смысловых отношений. Согласимся с тем, что психологический аспект проблемы психического здоровья подчеркивают оценочные характеристики. Субъективное осознание здоровья или нездоровья порой более значимо для

личности, чем реальная болезнь. Полагаем, речь идет о психологическом здоровье, ибо психическое нездоровье адекватно определить самочувствие не позволяет.

Уровень индивидуально-психологического здоровья, понимаемого как эмоциональное благополучие и духовная гармония личности, выделенный Б. С. Братусем [5], получил самостоятельное развитие в трудах И. В. Дубровиной [6]. Автор отмечает, что основа психологического здоровья – полноценное психическое развитие на всех этапах онтогенеза, внимание к внутреннему миру человека, к его интересам, уверенности или неуверенности в своих силах, к отношениям с окружающим миром, людьми, общественным событиям. Психологическое здоровье относится к личности в целом, находится в тесной связи с душевным комфортом, в основе которого – духовное развитие человека. Такое здоровье делает личность человека самодостаточной, способной понимать себя, принимать себя, развиваться в контексте взаимодействия с окружающими людьми и в условиях культурных, социальных, экономических и экологических реальностей окружающего мира [6, с. 8].

Выводы. Анализ разных подходов к проблеме здоровья позволяет разграничить психическое здоровье и психологическое здоровье.

Психическое здоровье – состояние душевного благополучия с отсутствием болезненных психических проявлений, обеспечивающее адекватную регуляцию поведения и деятельности человека. В литературе приводятся разнообразные варианты критериев психического здоровья: соответствующая возрасту зрелость эмоционально-волевой и интеллектуальной сфер личности; способность к самореализации, умение ставить цели и достигать их, возможность самокоррекции [7]; психические свойства (оптимизм, уравновешенность, адекватный уровень притязаний), психические состояния (эмоциональная устойчивость, зрелость чувств, свободное проявление чувств и эмоций), психические процессы (адекватное восприятие себя, удержание информации в памяти, критичность мышления) [8]. Цитируемые источники понятия «психологическое здоровье» не вводят, поэтому полагаем, что выделенные критерии, кроме, возможно, адекватности мыслительной деятельности, относятся к здоровью скорее психологическому, нежели к здоровью психическому.

Психологическое здоровье – определенный уровень личностного развития, позволяющий успешно применять разные способы взаимодействия человека с окружающей средой и накапливать позитивные новообразования.

Литература

1. Что такое Здоровье? Значение и толкование слова *zdorovje*, определение термина [Электронный ресурс] // Крупнейший сборник онлайн-словарей onlinedics.ru. – Режим доступа: <http://www.onlinedics.ru/slovar/fil/z/zdorovje.html>. – Дата доступа: 06.02.2020.

2. Социологическая энциклопедия / А. Б. Александрова [и др.] ; под общ. ред. А. Н. Данилова. – Минск : Беларус. энцыкл., 2003. – 380 с.
3. Психическое здоровье [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> – Дата доступа: 25.10.2022.
4. Ананьев, В. А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / В. А. Ананьев ; С.-Петербур. мед. акад. последиплом. образования. – СПб., 1998. – 46 с.
5. Братусь, Б. С. Аномалии личности / Б. С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 304 с.
6. Руководство практического психолога: психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы : метод. пособие / А. Д. Андреева [и др.] ; под ред. И. В. Дубровиной. – М. : Академия, 1995. – 167 с.
7. Человек: анатомия, физиология, психология : энцикл. ил. слов. / под ред. А. С. Батуева, Е. П. Ильина, Л. В. Соколовой. – СПб. [и др.] : Питер : Питер пресс, 2007. – 672 с.
8. Никифоров, Г. С. Психическое здоровье / Г. С. Никифоров // Психология : учебник / В. М. Алахвердов [и др.] ; отв. ред. А. А. Крылов. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М., 2008. – С. 581–588.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЦЕНКИ САМОАКТИВАЦИИ С ВОЛЕВОЙ САМОРЕГУЛЯЦИЕЙ ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЛИЦ

Григорьева И. В., Кононов С. С.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Актуальность. За последние несколько десятилетий исследователи в разных областях социальных наук предположили существование двух отдельных систем, лежащих в основе человеческой деятельности. Данная точка зрения нашла отражение в теории о двойной мотивации чувствительности к подкреплению поведения. Данная теория исходит из активизации двух систем: вознаграждения и подавления. Система вознаграждения чувствительна к сигналам вознаграждения и мотивирует действия; система подавления реагирует на карательные стимулы и служит для подавления поведения, которое может быть не одобрено социумом [1].

Цель – изучение взаимосвязи оценки самоактивации и волевой саморегуляции у зависимых от алкоголя лиц.

Методы исследования. Исследование проводилось сотрудниками ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» в условиях пенитенциарной системы на базе лечебно-трудового профилактория

(ЛТП) № 5 ДИН МВД Республики Беларусь. Были обследованы 250 мужчин в возрасте от 24 до 60 лет.

Основная группа (I группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, находящиеся в условиях ЛТП в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие метод психотерапии лица с синдромом зависимости от алкоголя, склонные к агрессивному поведению (150 пациентов).

Группа сравнения (II группа) – пациенты с синдромом зависимости от алкоголя, находящиеся в условиях ЛТП, в возрасте от 21 до 60 лет, проходящие стандартную программу медико-социальной реадaptации (100 пациентов).

Использованные психодиагностические методы: Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции» – для определения уровня развития волевой саморегуляции; опросник BIS/BAS – для оценки чувствительности к положительным и отрицательным стимулам лиц с синдромом зависимости от алкоголя.

Для статистического анализа использовался пакет SPSS 19.0. Для оценки различий между двумя независимыми выборками применен U-критерий Манна-Уитни; для установления взаимосвязи использован коэффициент корреляции Спирмена: для определения силы и направленности связи между несколькими факторами.

Результаты и их обсуждение. Результаты оценки чувствительности к положительным и отрицательным стимулам по BIS-BAS у пациентов I, II группы с синдромом зависимости от алкоголя при помощи U критерия Манна-Уитни выявили: по показателю BAS «Преобладание» ($U=7490$; $p=0,915$) среднего уровня по шкале BAS «Настойчивость» ($U=6875$; $p=0,226$) и шкале BAS «Поиск удовольствий», высокого уровня по шкале BAS «Реактивность» ($U=7505$; $p=0,936$) на стимулы и награды. Отмеченный высокий уровень показателей по шкале BIS ($U=7100$; $p=0,422$) свидетельствует о значительной чувствительности зависимых от алкоголя лиц к отрицательным стимулам, снижению настойчивости в достижении желаемого, основанном на памяти предыдущих неудачных попыток, высоком уровне жизненного пессимизма, депрессивности и тревожности.

Отмеченный у 90% лиц показатель выше среднего уровня по шкале BAS «Настойчивость», у 85% лиц по шкале BAS «Поиск удовольствий» и у 70% лиц по шкале BAS «Реактивность» свидетельствует о достаточной силе действия алкогольных стереотипов и той настойчивости, с которой зависимые лица отстаивают алкогольные ценности, преобладании гедонистических и гиперактивирующих установок в приеме спиртного. Полученные показатели систем поведенческой активации (BAS) подтвердили наличие сильного желания в приеме алкоголя, несмотря на состояние изоляции в условиях ЛТП. Наличие высоких показателей в системе поведенческого торможения (BIS) более чем у 75% лиц подтверждает, что ведущим мотивом потребления алкоголя было желание ослабить свои негативные эмоции и напряжение, справиться с текущим дистрессом.

Результаты оценки по тесту «Исследование волевой саморегуляции» у пациентов I, II групп с синдромом зависимости от алкоголя при помощи U-критерия Манна-Уитни показали преобладание среднего уровня настойчивости ($U=7118$; $p=0,441$), самообладания ($U=6630$; $p=0,140$), высокого общего уровня саморегуляции ($U=6881$; $p=0,234$). Полученные данные высокого общего уровня саморегуляции могут быть связаны с проблемами в организации жизнедеятельности зависимых от алкоголя лиц и отношениях с окружающими. Часто такой уровень может отражать дезадаптивные черты личности и формы поведения.

Отмеченные средние и низкие баллы по общей шкале саморегуляции: в I группе – у 31% лиц, во II группе – у 38% лиц подтверждают, что эти лица относятся к группе чувствительных и эмоционально неустойчивых, ранимых и неуверенных в себе лиц. Им свойственна импульсивность, двойственность целеполагания и неустойчивость собственных намерений, что связано с незрелостью самоорганизации и выраженной чувствительностью натуры, не подкрепленной способностью к рефлексии и самоконтролю.

Низкие уровни настойчивости и самообладания свидетельствуют о нарушениях в развитии свойств личности, неумении строить отношения с другими людьми и адекватно реагировать на разные жизненные ситуации. Слабым компонентом волевой саморегуляции у 30% лиц явился показатель настойчивости, что указывает на неспособность доводить начатое дело до конца, низкую способность противостоять фрустрирующим ситуациям, связанным с соблазном приема алкоголя.

Взаимосвязь оценки чувствительности к положительным и отрицательным стимулам с волевой саморегуляцией зависимых от алкоголя лиц I и II группы показала:

Слабую отрицательную связь у лиц I группы по шкале BIS со шкалой «Настойчивость» ($R=-0,197$; $p=0,015$) и у лиц II группы ($R=-0,218$; $p=0,029$), шкалой «Общий уровень волевой саморегуляции» у I группы ($R=-0,209$; $p=0,011$) и у II группы ($R=-0,219$; $p=0,029$), указывает на сильное влияние негативного опыта и блокировку побудительного и исполнительского процесса преодоления трудностей на пути к достижению цели.

Слабую отрицательную связь у лиц I группы по шкале «Самообладание» с BAS «Настойчивость» ($R=-0,296$; $p<0,01$), BAS «Поиск удовольствий» ($R=-0,317$; $p<0,01$), BAS «Реактивность» ($R=-0,188$; $p=0,021$), BIS ($R=-0,240$; $p<0,01$); слабая отрицательная связь у лиц I группы по шкале «Общий уровень волевой саморегуляции» с BAS «Настойчивость» ($R=-0,217$; $p=0,007$), BAS «Поиск удовольствий» ($R=-0,226$; $p=0,011$) показывают, что в условиях конфликта жизненных задач разных уровней они испытывают истощение в системе положительных и негативных стимулов.

Выводы. Лица первой группы могут по мере выделения собственной значимости становятся более фиксированными на поиске удовлетворения, употребление алкоголя служит способом нивелирования внутренних

фрустраций, связанных с переживаниями между желаемым признанием и реальным разрушающим взаимное доверие деструктивным поведением. Негативный опыт блокирует побудительные и исполнительные процессы преодоления трудностей на пути к достижению цели, а условиях конфликта жизненных задач разных уровней они испытывают истощение.

Лица II группы при влечении к алкоголю стремятся стенично удовлетворить это любым доступным образом, они более фиксированные на поиске удовлетворения, а ситуациях напряжения они разрешают и поддерживают программу приоритета собственных интересов над чужими. Негативный опыта мешает в преодолении трудностей на пути к достижению цели.

Обе группы характеризуются снижением контроля побуждений, искажении процессов восприятия и мышления, в виде общей тенденции к искажению фактов.

Важным в закреплении новых стандартов у зависимых от алкоголя лиц является доминирование осознанности и ответственности к жизненной трезвости, подчинение динамическому процессу саморазвития, перевод конкуренции в сотрудничество с позитивной коммуникативной направленностью.

Полученные данные взаимосвязей позволили учесть двойственный характер системы самоактивации и включить перемежающую последовательность в процессе психокоррекции зависимых от алкоголя лиц: важность опыта эмоциональной поддержки (BAS), нивелирование и переформирование негативного опыта (BIS), переоценки субъективной значимости собственной личности с активизацией осознанности и конструктивного выбора действенных инструментов трезвости (BAS), выработку системы противодействия зависимым стимулам и вызовам (BIS), интеграции ценности трезвомыслия в систему жизнедеятельности (BAS).

Литература

1. Carver C., Scheier M. Self-regulation of affect and action // Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications.2011; 2:600
2. Kamarajan C. Neural reward processing in human alcoholism and risk. A focus on event-related potentials, oscillations, and neuroimaging. Neuroscience of alcohol. Academic Press.2019; 259-267.
3. Koob G. Alcoholism: allostasis and beyond. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 2003;27(2): 232-24doi: 10.1097/01.ALC.0000057122.36127.C2
4. Kuntsche E., Kuntsche S., Thrul J., Gmel G. Binge drinking: Health impact, prevalence, correlations and interventions. Psychology & health. 2017;(32) 8:976-1017.
5. Ramchandani V., Stangl B., Blaine S., Plawecki M., Schwandt M., Kwako L., Zakhari S. Stress vulnerability and alcohol use and consequences: From

human laboratory studies to clinical outcomes. *Alcohol*. 2018; 72:75-88. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.06.001>

6. DeWall, C. N., Chester D. S. Taming the impulsive beast: Understanding the link between self-regulation and aggression. *Self-regulation and ego control*. 2016; 6:165-181. doi:10.1016/b978-0-12-801850-7.00009-3

7. Ганишина, И. С. Психология аддиктивного поведения осужденных / И. С. Ганишина, Т. В. Кириллова. – Ульяновск: «Зебра», 2018.– 169 с.

8. Baumeister, R. F. Uses of self-regulation to facilitate and restrain addictive behavior. *Addictive behaviors* / R. F. Baumeister, A. J. Vonasch. – 2015. – Т.44. – С. 3- doi: <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.09.011>

ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Громова Н. В., Подоляк М. В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Актуальность. Распространенность транссексуализма в мире, по некоторым данным, колеблется от 1:40 000 до 1:100 000 населения. Количество пациентов с гендерной дисфорией, обратившихся с заявлением о необходимости изменения половой принадлежности в Межведомственную комиссию по медико-психологической и социальной реабилитации лиц с синдромом отрицания пола при Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, стремительно возрастает. За период с октября 2009 года по декабрь 2021 года всего обратилось 346 человек, в том числе с января 2020 по декабрь 2021 – 85 (25% от общего числа).

Формирование пола человека рассматривается с учетом его диморфизма и строится на мультидетерминантной модели, которая включает три уровня: 1) биологические детерминанты: пол генетический; пол гонадный; пол гормональный; пол морфологический; 2) промежуточные: пол гражданский; пол паспортный, определяемый акушерами по морфологическому полу; 3) социально-психологические: половая идентичность, половая роль и сексуальная ориентация, представляющие собой этапы психосексуального развития.

Итогом психосексуального развития является психический пол, определяемый совокупностью характеристик психической деятельности и поведения индивида, которые в субъективной и объективной интерпретации могут быть отнесены к признакам пола (Введенский Г.Е., 2000).

Вопросы помощи, поддержки и лечения становятся актуальными как в рамках малоизученности данной тематики, так и необходимости своевременного реагирования на выраженную гендерную дисфорию, проявляющуюся снижением качества жизни, ухудшением

психоэмоционального состояния, нарушением социализации, повышенными рисками суицидальных мыслей и суицидального поведения в течение жизни.

Из имеющихся психотерапевтических методов лечения пациентов с обсессивно-компульсивными, диссоциативными (конверсионными), ипохондрическими расстройствами и расстройствами личности, а также пациентов с изначально высокими показателями по шкалам «Паранойяльность» и «Психотизм» (опросник SCL-90) свою эффективность доказал метод личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии.

Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (далее – ЛОРП) – это патогенетический метод психотерапии, разработанный для лечения пациентов с невротическими расстройствами. На становление данного метода существенное влияние оказала «патогенетическая концепция психотерапии», основные положения которой как системы ЛОРП были сформулированы В.М. Мясищевым на основе психологии отношений в 30-40-х годах XX века. Разработке групповой формы ЛОРП способствовали работы Б.Д. Карвасарского (1975), В.А. Мурзенко (1975), Г.Л. Исуриной (1983), Е.В. Кайдановской (1987) и др. [1, с. 3]. С целью оптимизации психотерапевтического процесса в ЛОРП интегрированы релевантные ей принципы и технические приемы когнитивно-поведенческой психотерапии, клиент-центрированной терапии, гештальт-терапии (Александров А.А., 1992; Федоров А.П. 1992, и др.), что позволяет интенсифицировать групповые процессы, способствуя быстрому достижению терапевтического эффекта.

ЛОРП направлена на коррекцию деструктивных отношений, связанных с субъективной установкой на психотравмирующую ситуацию, обусловивших невротическую симптоматику и способствующих ее поддержанию.

Задачи ЛОРП:

- глубокое и всестороннее изучение личности пациента: специфики формирования, структуры и функционирования его системы отношений, особенностей его эмоционального реагирования, мотивации, потребностей;
- выявление и изучение этиопатогенетических механизмов, способствующих возникновению и сохранению невротического состояния и симптоматики;
- достижение у пациента осознания и понимания причинно-следственных связей между особенностями его системы отношений и его заболеванием;
- изменение и коррекция нарушенной системы отношений пациента с невротическим расстройством;
- при необходимости помощь пациенту в разумном разрешении его психотравмирующей ситуации, изменении его объективного положения и отношения к нему окружающих [2, с.287].

Цель. О применении ЛОРП у пациентов с расстройствами половой идентификации сведений не имеется. В рамках поиска эффективных методов по улучшению качества жизни таких пациентов и с целью клинического и психологического исследования процесса и механизмов лечебного действия в государственном учреждении «Республиканский научно-практический центр» начато применение краткосрочного варианта групповой ЛОРП.

Методы исследования. В нашей работе психологическое исследование проводилось с использованием следующих методик: «МиФ» (маскулинность и фемининность) (Т.А. Бессонова, 1994; Н.В. Дворянчиков, 1998), «Кодирование (З. Старович, 1992; А.А. Ткаченко, Г.Е. Введенский, Н.В. Дворянчиков, 2001)», «ЦТО» (цветовой тест отношений) (А.Е. Эткин, 1985, 1987), «ФПО» (Фигура-Поза-Одежда) (Д.К. Саламова, С.Н. Ениколопов, Н.В. Дворянчиков, 2001).

Результаты и их обсуждение. В результате применения краткосрочной групповой ЛОРП к пациентам, обратившимся за изменением половой принадлежности, установлены изменения в сфере межличностного взаимодействия. Можно говорить о достижении одной из целей ЛОРП: изменение неадаптивного стереотипа поведения.

По результатам опросника «Чем для меня является групповая психотерапия» можно отметить наиболее значимые следующие утверждения: «стало немного проще и спокойнее позиционировать себя в обществе и принимать себя в целом», «возможность в первую очередь посмотреть на себя со стороны», «легче справиться с тревогой, стать более уверенным в себе, повысить коммуникабельность за счет общих интересов», «получилось чувствовать себя намного комфортнее на постоянной основе, не используя дополнительные социальные маски».

Выводы. Применение данного метода оказывает влияние на следующие сферы: познавательную, эмоциональную и поведенческую, что является необходимым фактором улучшения качества жизни пациентов при расстройствах половой идентификации.

Литература

1. Мизинова, Е. Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах : автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.04 / Е. Б. Мизинова ; СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева. – СПб., 2004. – 26 с.
2. Психотерапия : учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 864 с.

ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ НОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИКО-ПРАВОВОЙ КАТЕГОРИИ – ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА

Дукорский В.В.¹, Скугаревский О.А.², Остянко Ю.И.¹, Мистюкевич Д.П.¹

Государственный комитет судебных экспертиз Республики Беларусь¹,

Минск, Беларусь

Белорусский государственный медицинский университет², Минск, Беларусь

Актуальность. Белорусские практикующие юристы и судебные психиатры отмечают, что существующие подходы к установлению "морального вреда" нельзя признать оптимальными, не требующими теоретической и законодательной доработки. В данной статье представлен взгляд специалистов сферы психического здоровья на перспективы замены категории "моральный вред" на более релевантную - "психическая травма".

Цель. Оценить перспективы создания новой медико-правовой категории "психическая травма".

Методы исследования. Описательный

Результаты и их обсуждение. Одной из задач правового государства является защита прав и законных интересов потерпевших, а также возмещение причиненного им преступлением вреда. Согласно статистическим данным в Республике Беларусь за последние годы из всех судебно-психиатрических экспертиз (далее - СПЭ), проведенных по уголовным делам, только около четырех процентов были проведены в отношении лиц, признанных потерпевшими. По нашему мнению, сравнительно небольшое количество СПЭ данного вида, с учетом высокой юридической значимости, может свидетельствовать о наличии возможностей для их дальнейшего развития [1].

Наиболее часто при проведении экспертных исследований психического состояния потерпевших рассматриваются вопросы диагностики критериев беспомощного состояния (ст.ст. 139, 147, 149, 154, 166, 167 Уголовного кодекса (далее – УК) Республики Беларусь и способности правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для уголовного дела, и давать о них показания (ст. 228 Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь). В отдельных случаях также изучается вопрос установления тяжести телесных повреждений в форме психических расстройств, возникших у потерпевших в результате уголовных правонарушений (ст. 147 УК). Здесь следует указать, что уголовно-правовые критерии определения перечисленных состояний используются следственными и судебными органами исключительно в целях квалификации преступного деяния. Данные критерии не имеют никакого значения для разрешения гражданско-правового спора о компенсации за вред, причиненный здоровью потерпевших [1, 2].

Такую модель построения уголовного судопроизводства известный английский ученый Э. Эшуорт называет «парадигмой наказания». Ее смысл

заключается в том, что ключевой целью уголовного процесса является применение наказания (репрессии), которое восстанавливает «мир» между государством и преступником. При этом интересы потерпевшего отодвигаются на второй план, хотя он и имеет право заявить гражданский иск в уголовном процессе о возмещении причиненного ему преступлением вреда. При этом потерпевший, пострадав от преступления один раз, фактически страдает вторично, когда вынужден давать показания, являться в следственные органы, суд, обращаться к адвокатам, участвовать в процессуальных действиях и т.п. Такое положение в науке называется «вторичной виктимизацией», избежать которой при традиционной системе уголовной юстиции почти никогда не удается. В этом состоят издержки «парадигмы наказания». В ответ на кризис традиционной карательной модели правосудия появились «восстановительное правосудие», основная цель которого состоит не в наказании и каре обвиняемого, а в восстановлении нанесенного жертве психического и материального ущерба, а также социальной реабилитации преступника с целью предотвращения рецидива с его стороны [3]. В настоящее время уже существует отечественный законодательный механизм компенсации психического ущерба. Он может быть реализован через медико-правовую категорию «моральный вред» [4, 5].

Вместе с тем используемый в отечественном законодательстве термин «моральный вред» едва ли может быть признан удачным, поскольку понятие «мораль» наделен скорее философским содержанием и никак не отражает человеческих страданий, выражающихся нарушением психической деятельности, что ставит в тупик самих же потерпевших, которые нуждаются в компенсации, а сами не обращаются за ней. Еще одним важным аспектом, который в значительной степени связан с неразработанностью законодательства, является недостаточная юридическая грамотность населения, что проявляется в традиционной чрезвычайно малой обращаемости граждан в суд в отношении возмещения причиненного им «морального вреда». Наиболее приемлемым, по нашему мнению, в данном контексте является термин «психическая травма». В ряде стран (Великобритания, Франция, Испания, Германия, США и др.) к настоящему времени накоплена достаточно богатая практика применения аналогичного правового института. Содержание, которое белорусский законодатель вкладывает в понятие «морального вреда», в общем своем контексте соответствует зарубежным взаимозаменяемым понятиям «психиатрической травмы» (*psychiatric injury*) и «психологической травмы» (*psychological injury*) [1, 2, 4, 5].

Между тем существуют исключительно медицинские (психиатрические) причины необращаемости потерпевших в суд за компенсацией. Так, третьим диагностическим критерием [критерий В] посттравматического стрессового расстройства, развившегося в результате правонарушения, является избегание обстоятельств, напоминающих о пережитом либо ассоциирующихся со стрессором.

Еще одной особенностью, что также связано с недостаточной теоретической и законодательной проработкой обсуждаемой проблематики, является чрезвычайно редкое участие в судебном процессе специалистов сферы психического здоровья. Привлечение квалифицированных психиатров и психологов, на наш взгляд, является обязательным условием всесторонне объективного судебного разбирательства в контексте установления наличия психической травмы («морального вреда») и ее выраженности.

Специалисты сферы психического здоровья могут уже на самом начальном этапе диагностики значительно поспособствовать доказательному установлению психической травмы свои пациентам. Так, само разъяснение пациенту необходимости обращения в суд по поводу наличия у него психического расстройства вследствие совершения в отношении противоправных действий будет огромным шагом в восстановлении прав потерпевших, компенсация, полученная по решению суда, позволит улучшить оказание специализированной помощи. Вместе с тем самим специалистам следует весьма подробно описывать само травматическое событие и симптомы полученного расстройства, что обеспечит доказательность наличия самой травмы и причинно-следственной связи между травмирующим событием и психическим расстройством.

Выводы. Таким образом, развитие категории "психическая травма" в сфере отечественного психического здоровья в значительной степени будет содействовать гуманизации отечественного законодательства, что будет способствовать становлению института восстановительного правосудия в Республике Беларусь.

Литература

1. Скугаревский, О. А. Перспективы медико-правовой категории «психическая травма» в рамках отечественной судебно-экспертной практики / О. А. Скугаревский, Е. Д. Евтухович, В. В. Дукорский // Законность и правопорядок. – 2022. – № 3. – С. 32–36.

2. Евтухович, Е. Д. Область психической травмы: перспективы перехода от квалификации тяжести и характера преступления к основанию для назначения компенсации потерпевшим [Электронный ресурс] / Е. Д. Евтухович, О. А. Скугаревский, В. В. Дукорский // Сборник тезисов XVII съезда психиатров России совместно с международным Конгрессом Всемирной психиатрической ассоциации «Интердисциплинарный подход к коморбидности психических расстройств на пути к интегративному лечению», 15-18 мая 2021 г., г. Санкт-Петербург / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. – Режим доступа: <http://psychiatr.ru/events/833>. – Дата доступа: 19.09.2022.

3. Зайцева, Л. Л. Восстановительное правосудие – альтернатива уголовному преследованию / Л. Л. Зайцева // Судебная практика в контексте принципов законности и права / под ред. В.М. Хомич и др. – Минск, 2006. – С. 298–306.

4. Скугаревский, О. А. На пути от морального вреда к психической травме / О. А. Скугаревский, Ю. И. Остянко, В. В. Дукорский // Судовы Веснік. – 2021. – № 1. – С. 62–66.

5. Перспективы категории «психическая травма» в рамках российско-белорусской медико-юридической реальности / О. А. Скугаревский [и др.] // Вопросы охраны психического здоровья. – 2022. – № 1. – С. 53–59.

ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСКАГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ

Зычков Г. В., Бизюкевич С. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. В настоящее время хронизация болевого синдрома приобретает статус глобальной медико-социальной проблемы в связи с увеличением темпа распространенности, высокой коморбидностью и негативным влиянием на качество жизни пациентов [2]. Согласно современным представлениям, хронический болевой синдром утратил значение в рамках лишь «физиологического аспекта», а, напротив, рассматривается в виде интегрального комплекса, включающего нейрофизиологический, аффективный, когнитивный, социокультурный и ситуативный компоненты [1].

Своевременные нейробиологические исследования позволяют констатировать патогенетическую связь между хронической болью и разными психоэмоциональными нарушениями. Одной из ведущих гипотез возникновения данной связи выступает так называемый перекрест между зонами, участвующими в формировании психоэмоциональных проявлений, и зонами, подвергающимися дезадаптивной нейропластичности при хроническом болевом синдроме [2, 5].

В клинической практике хронический болевой синдром обнаруживает наибольшую коморбидность с тревожно-депрессивными нарушениями. Так, на долю возникновения депрессивных нарушений у пациентов с хронической болью приходится более 50% случаев, на долю тревожных расстройств – более 30% [2]. Возникновение данной взаимосвязи характеризуется определенной двунаправленностью, то есть боль, депрессия и тревога действуют как взаимоусиливающие факторы друг для друга, что приводит к значительному нарушению функционирования и увеличению продолжительности симптоматических проявлений. Кроме того, в ряде случаев появлению тревожно-депрессивной симптоматики у пациентов с хроническим болевым синдромом не придается особого значения, симптомы аффективных расстройств не подвергаются диагностической оценке и, соответственно, не

лечатся, что в конечном итоге приводит к персистированию симптомов и хронизации процесса [3].

Цель – оценить взаимосвязь хронического болевого синдрома с тревожно-депрессивными нарушениями и дезорганизацией основных сфер жизнедеятельности у пациентов с дискогенной радикулопатией.

Методы исследования. В исследование были включены пациенты неврологического отделения УЗ «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно» в количестве 63 человек с «дискогенной радикулопатией» и болевым синдромом длительностью более трех недель. Из них 30 мужчин и 33 женщины в возрасте от 45 до 70 лет (средний возраст пациентов – $62,06 \pm 1,6$ года).

Методики исследования: «Визуальная аналоговая шкала оценки боли» (ВАШ); «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS). Полученные данные обработаны с использованием лицензионной версии программы STATISTICA 10.0. Для оценки связи выраженности хронического болевого синдрома с тревожно-депрессивными нарушениями у пациентов, страдающих дискогенной радикулопатией, применяли χ^2 Пирсона и таблицы сопряженности. Различия считались достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Согласно анализу данных, полученных по методике «HADS», показатели выраженности тревоги распределились следующим образом: отсутствие тревоги наблюдалось в 4,8% ($n=3$) случаев; субклинический уровень – в 63,5% ($n=40$); клинический уровень – в 31,6% ($n=20$). В свою очередь у пациентов вне зависимости от степени выраженности болевого синдрома – «умеренный» ($n=14$; 22,2%), «сильный» ($n=41$; 65,1%) или «нестерпимый» ($n=8$; 12,7%) – преобладал субклинический уровень тревоги ($n=10$, 15,9%; $n=25$, 39,7% и $n=5$; 7,9%, соответственно). Статистической значимой связи между показателями тревоги и выраженностью болевого синдрома в данном исследовании не получено ($p > 0,05$). Возможно, отсутствие вышеуказанной взаимосвязи может быть обусловлено длительностью болевого синдрома, а не его выраженностью. Согласно исследованиям А. Michaelides и соавт., наиболее значимая корреляционная связь отмечается между тревожными расстройствами и острым периодом болевого синдрома (длительностью менее трех месяцев), что на начальных этапах приводит к заметному снижению болевого порога, а в дальнейшем способствует хронизации боли [4].

Тем не менее, статистически значимая зависимость была установлена между показателями «сильная» боль и субклиническим/клиническим уровнем депрессии ($\chi^2=16,05$, $df=4$, $p=0,003$). Среди исследуемой группы пациентов симптомы субклинической депрессии выявлены в 46% ($n=29$) случаев, симптомы клинической депрессии – в 42,9% ($n=27$), отсутствие депрессии наблюдалось лишь у 11,1% ($n=7$) пациентов. Исходя из полученных данных, у 88,9% пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом, выявляются депрессивные переживания субклинической/клинической выраженности. Характерно, что при «умеренной» степени выраженности боли преобладала

субклиническая депрессия (n=8; 27,6%), а при «сильной» и «нестерпимой» степени выраженности – клиническая депрессия (n=21; 33,3% и n=6; 7,9%, соответственно). Полученные показатели (предположительно) отражают теоретические данные о положительной корреляции между выраженностью болевого синдрома и тяжестью депрессивных проявлений [1, 2, 4].

Выводы. Результаты проведенного исследования в должной степени отражают наличие статистически значимой связи между хронической болью и депрессивными проявлениями, что также находит подтверждение в ряде других научных изысканий. В свою очередь, несмотря на отсутствие достоверной связи между выраженностью боли и тревожными расстройствами, частота их возникновения остается значимым показателем при подборе соответствующих терапевтических мер.

Таким образом, несмотря на имеющиеся научные исследования, посвященные взаимосвязи хронического болевого синдрома и психоэмоциональных нарушений, данная проблема остается недооцененной в связи с отсутствием должных диагностических требований в рамках реальной клинической практики, а также вследствие недостаточной информированности врачей соматического профиля. Меры диагностики, профилактики и лечения тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с хроническим болевым синдромом до конца не нашли своего решения и нуждаются в дальнейших научных изысканиях.

Литература

1. Бородулина, И. В. Распространённость депрессивных симптомов у пациентов с хронической пояснично-крестцовой радикулопатией / И. В. Бородулина // Доктор.Ру. – 2021. – № 9. – С. 26-30.
2. Волель, Б. А., Петелин, Д. С., Рожков, Д. О. Хроническая боль в спине и психические расстройства / Б. А. Волель, Д. С. Петелин, Д. О. Рожков // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2019. – № 11. – С. 17-24.
3. Табеева, Г. Р. Коморбидность хронической боли и депрессии у неврологических больных / Г. Р. Табеева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2013. – № 3. – С. 4-12.
4. Depression, anxiety and acute pain: links and management challenges / Michaelides A. [et al.] // Postgraduate Medicine. – 2019. – Vol. 131. – P. 438-444.
5. The Link between Depression and Chronic Pain: Neural Mechanisms in the Brain / J. Sheng [et al.] // Neural Plasticity. – 2017. – Vol. 4. – P. 1-10.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Ким Д. П., Ашуров З. Ш.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Существующий мировой опыт в наркологии говорит о необходимости применения специфических методов и приемов психотерапевтической работы с ними. Это обусловлено различиями в клинике алкогольной зависимости у женщин и мужчин [1]. Анализ современных тенденций в медицине, ежегодное увеличение роста пациентов с алкогольной зависимостью приводит к заключению, что необходимо создание новых подходов в терапии алкогольной зависимости [2]. Современные отечественные и зарубежные ученые соглашаются в том, что наилучшие результаты и стойкую ремиссию болезни дает правильное сочетание психофармакотерапии и психокоррекции.

Цель – оценка эффективности психотерапевтической коррекции эмоционально-личностных нарушений у пациентов с алкоголизмом.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе Городского наркологического диспансера г. Ташкента и Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра наркологии. Все пациенты проходили лечение на добровольной основе в стационарных условиях в 2016-2019 гг. Для соблюдения принципа однородности материала были определены основные критерии отбора пациентов. Наличие у всех исследованных полностью сформированного синдрома зависимости от алкоголя (F10.24, F 10.26 по МКБ-10) или 2 стадии алкоголизма, а именно сочетание: патологического влечения к алкоголю, нарушения способности контролировать прием алкоголя, наличия абстинентного синдрома с характерными психопатологическими и сомато-неврологическими компонентами, "плато" толерантности, которому предшествовало повышение дозы алкоголя, прогрессирующего забвения альтернативных интересов в пользу употребления алкоголя, продолжения употребления алкогольных напитков вопреки явным признакам вредных последствий. Методом случайной выборки проведено обследование, лечение и последующее катamnестическое наблюдение, были обследованы 140 человек в возрасте от 25 до 57 лет.

На основе показателей анкеты пациенты мужского пола преобладают в возрасте 36-45 лет, у женщин с алкогольной зависимостью одинаковые показатели в возрасте 25-35 лет и 36-45 лет. Средняя длительность катamnестического наблюдения составила $1,17 \pm 0,12$ года (min – 1 год., max – 2,5 года).

Результаты и их обсуждение. С целью оценки эффективности метода психотерапии у пациентов с алкогольной зависимостью по шкале «Общее клиническое впечатление – общее улучшение» (CGI) (Огибалова Т. В., Ненастьева А. Ю., 2008) проведена сравнительная оценка разных видов психотерапии в исследуемых группах. Таким образом, для пациентов с алкогольной зависимостью женского пола наиболее подходящей была музыкотерапия и когнитивно-поведенческая психотерапия. У женщин с алкогольной зависимостью в I группе данные по шкале «Общее клиническое впечатление» показали наиболее высокое значение по шкале «Без изменений состояния» – 8 человек (25%) и «Минимальное улучшение» – 20 человек (62,5%). У женщин во II группе наивысшими показателями были по шкале «Выраженное улучшение» – 14 (43,8%) и «Значительное улучшение» – 8 человек (25%). В основных группах пациентов после лечения по всем параметрам шкалы «Общее клиническое впечатление» зафиксировано значительное улучшение. Редукция показателей шкалы наиболее быстро происходила в группе женского пола, где было совокупное применение КПТ и музыкотерапия. Несколько медленнее шло улучшение у пациентов мужского пола в этой группе.

В группе пациентов мужчин лучшие результаты показала групповая рациональная психотерапия в комбинации с когнитивно-поведенческой психотерапией. В I группе высокие баллы отмечены по шкале «Выраженное улучшение» – 21 человек (55,3%) и «Значительное улучшение» – 10 человек (26,3%). Во II группе у пациентов мужского пола высокие показатели по шкале «Минимальное улучшение» – 19 человек (50%) и «Без изменений состояния» – 12 человек (31,6%).

В I группе пациенты мужского пола показали наибольшую эффективность после психотерапии в комплексной схеме «рациональная семейная и когнитивно-поведенческая психотерапия», у мужчин выраженное улучшение отмечено у 21 пациента, у женщин – 0 ($p < 0,03$). Во II группе у женщин с алкогольной зависимостью хорошие результаты с улучшением показали 14 пациенток, у мужчин – 0 ($p < 0,01$).

На протяжении срока катамнестического наблюдения многим обследованным пациентам удавалось воздерживаться от употребления алкогольных напитков, т. е. устанавливалась терапевтическая ремиссия, длительность которой составляла до 6 месяцев у 45,7% от числа всех, находившихся под наблюдением, свыше 6 месяцев – у 54,3%.

Пациенты II группы (мужчины), несмотря на проводимые психофармако- и психотерапевтические мероприятия, имели короткие ремиссии (до 6 мес.), чем женщины (8,6%) и мужчины 32,9%, (соответственно), что имело несколько лучшие значения по сравнению с результатами у пациентов I группы у женщин. Пациенты (мужчины) в I группе имели достоверно более длительные ремиссии, чем во II группе, и примерно в одинаковом количестве случаев сохраняли трезвость до 6 месяцев или более.

На протяжении срока катamnестического наблюдения многим обследованным удавалось воздерживаться от употребления алкогольных напитков, т. е. устанавливалась терапевтическая ремиссия, длительность которой составляла до 6 месяцев у 45,7% от числа всех, находившихся под наблюдением, свыше 6 месяцев – у 54,3%.

Для определения патологического влечения к алкоголю у пациентов мы применяли опросник “Тяга к алкоголю” (The Alcohol Urge Questionnaire (AUQ)), 1995, Бон до начала терапии и в конце нашего исследования.

Анализ результатов показал, что до терапии и у мужчин, и у женщин в обеих группах наблюдались высокие показатели, то есть желание употребить спиртное на тот момент практически в равной степени присутствовало у всех пациентов ($p^1 < 0,05$). После терапии I у пациентов-мужчин снизилось желание употребить алкоголь, что подтверждают показатели – до терапии – 6,97, после терапии – 1,46 ($p^1 < 0,05$). У пациентов женского пола данный показатель снижен незначительно, что и подтверждает длительность ремиссии после окончания терапии ($p^1 > 0,05$).

Пациенты, получавшие терапию II, также отмечают снижение тяги к употреблению алкоголя, однако у женщин этот показатель значительно ниже, чем у мужчин, несмотря на то, что изначально у всех пациентов баллы по опроснику «AUQ» достаточно высокие. У женщин после терапии II снижается желание употребить алкоголь – 1,58 ($p^2 < 0,05$), что также отражается на длительности полного воздержания от алкоголя на протяжении исследования; у мужчин эти показатели практически не изменились, что говорит о возможности скорого срыва или рецидива заболевания ($p^2 > 0,05$).

Выводы. Соответственно, учет гендерных особенностей при проведении дифференцированного лечения существенно повышал эффективность наркологической помощи. Как следует из изложенного, только комплексное воздействие помогало добиться значимых положительных результатов: дольше удерживать пациентов в лечебной программе, обеспечить непрерывность и этапность лечения, сформировать и поддерживать установки на воздержание от алкоголя, способствовать пониманию пациентами своих характерологических особенностей, обучить поддержанию продуктивных межличностных отношений, добиться социальной адаптации.

Литература

1. Рохлина М. Л. Наркомании и токсикомании // Руководство по психиатрии. Т.2. -М.: Медицина, 2019. - С.339.
2. Garbutt J. C. Pharmacological treatment of alcohol dependence: a review of the evidence// J. A. M. A. -2019.-Vol. 281, № 14.-P. 131.

ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Климович Е. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. В наше время все больше внимания уделяется проблеме аддиктивного поведения. Все больше доказательных баз, которые указывают на то, что данная проблема – сложный психобиосоциальный феномен, который включает социокультуральные, психологические и биологические факторы. Поэтому изучение данного вопроса – многонаправленный процесс.

Профилактика – одно из самых перспективных направлений в борьбе с АЗ. Создаются многочисленные программы для населения, состоящего на наркологическом учете, способствующих максимальной ремиссии, а также пропаганда здорового образа жизни. Анализ данных подходов к профилактике АЗ указывает на недостаточную работу с детьми и подростками [6, 9].

Анализ родительско-детских отношений (РДО) – перспективное направление как в изучении и понимании развития АЗ у детей и подростков, так и в профилактической работе.

Цель – анализ РДО и влияние на причины потребления алкоголя детьми и подростками.

Методы исследования. Произведен поиск по электронным базам данных: «PubMed», «The Cochrane Library», «Medline», «Research Gate», «PsycInfo». Для идентификации соответствующих исследований использовалась комбинация ключевых слов: «алкогольная зависимость», «злоупотребление алкоголем», «алкоголь», «подростки», «подростковая алкогольная зависимость», «семья», «влияние семьи на формирование алкогольной зависимости», «родительско-детские отношения», «дисгармоничная семья», «гармоничная семья» (на русском и английском языках).

Результаты и их обсуждение. Подростковый возраст – зона риска для формирования аддиктивного поведения, т. к. в этот период происходит становление личности, понимание и осознание своего собственного «Я», формируются нравственные ориентации и уровень психологической устойчивости. В данный возрастной промежуток личность подростка диффузна, наполнена переживаниями и тревогой, в то же время присутствует внутренняя пустота, которую необходимо заполнить [3, 4].

Основная роль в будущем благополучии подростка отведена родителям. В. Н. Дружинин называет семью первичной микросредой, в которой ребенок живет как в коконе. Поэтому стиль РДО имеет основное влияние в развитии как аддиктивного, так и девиантного поведения. Дисгармоничный стиль РДО может стать ключевым в развитии АЗ. Как результат, изучение РДО с

последующей коррекцией – перспективное направление в лечебно-профилактической работе с детьми и подростками, страдающими АЗ [2, 7].

В семье существует огромное количество факторов, влияющих на психическое формирование ребенка, основной из них – это «родитель» как субъект взаимодействия. Во взаимодействии между родителем и ребенком имеет значение пол родителя, возраст, темперамент, тип взаимодействий, религиозность, национальность родителей, социальный и интеллектуальный уровень.

Причины нарушений РДО разнообразны. К примеру, если взглянуть через призму концепции Э. Эриксона, важен баланс между «родитель, который оберегает» и «родитель, который дает свободу». Если отсутствует равновесное значение, подросток может начать употреблять алкоголь, показывая таким образом свою независимость [1, 5, 8].

Согласно К. Роджерсу, важный компонент развития зрелой личности – равновесное состояние между «Я-идеальное» и «Я-реальное». Явное несоответствие может привести к повышению уровня тревоги, что также может привести к аддиктивному и/или девиантному поведению.

На сегодняшний день существует огромное количество классификаций РДО, в основе которых лежат как поведенческие составляющие, так и эмоциональные. Существует классификация РДО, составленная А. Я. Варгой и В. В. Столиным. Главный компонент в данной классификации – эмоциональное взаимодействие между родителем и ребенком [1, 2]. Они описали виды РДО и сформировали группы.

«Принятие-отвержение». Эта шкала имеет два полюса, которые характеризуются игнорированием интересов ребенка, отсутствием уважения, раздражением и обидой по отношению к ребенку.

Шкала «Кооперация» – социально желательный и приемлемый образ РДО. Характеризуется поощрением инициативы, пониманием и принятием точки зрения ребенка, а также безвозмездной помощью.

Шкала «Симбиоз» – оценивается межличностная дистанция в РДО. Высокое значение данного показателя указывает на стремление родителя и ребенка быть одним целым. Если взрослый берет на себя чересчур много ответственности, лишая тем самым самостоятельности ребенка, формируется образ беззащитного и зависимого ребенка. В свою очередь низкий показатель указывает на имеющуюся психологическую дистанцию в РДО. Такие взаимоотношения между родителями и детьми заставляют проявлять самостоятельность и полагаться только на себя.

Шкала «Авторитарная гиперсоциализация». Высокий показатель указывает на явную авторитарную роль родителей. Как результат, ребенок должен соблюдать безоговорочное послушание, дисциплину при глубоко запущенном механизме контроля переходит на рутинные дела. При низком показателе нарушается формирование границ дозволенного.

Шкала «Маленький неудачник» характеризуется восприятием и пониманием ребенка. При высоких показателях родители инфантилизируют ребенка, формируя в нем незрелость, несостоятельность и выученную беспомощность. Низкий показатель указывает на то, что родители верят в своего ребенка, в его силы и способности.

Важно понимать, что достоверный результат дает только оценка всех шкал и их соотношения между собой.

Анализируя взаимоотношения родителя и ребенка, можно разделить влияние на ребенка как гармоничное и дисгармоничное. В основе – критерии, включенные в данную классификацию, такие как уровень протекции, степень удовлетворения потребностей ребенка, адекватность выраженности требований к ребенку как на психологическом, так и на бытовом уровне [3, 8].

Процесс воспитания ребенка несет в себе двухстороннюю направленность – меняя психоэмоциональное состояние родителей, меняется и состояние ребенка. Важное значение имеет характер и тип отношения родителя к ребенку. Подавление интересов ребенка, обесценивание его потребностей, эмоциональная депривация, критика его мнения и действий, отсутствие интереса к его внутреннему миру, деспотичность, авторитарность ломает внутренний стержень ребенка и формирует незрелую личность, которая характеризуется несамостоятельностью, неуверенностью. В таких случаях подросток хочет найти спокойствие и/или уйти от контроля через потребление алкоголя. Если присутствуют гипертимные черты, реакция на родителей будет проявляться конфликтами и ссорами. И в каждой ситуации будет иметь место прием алкоголя как способ снижения стресса и как проявление протеста [1, 5].

Отсутствие душевной близости и эмоционального контакта, жестокое отношение к ребенку приводит к увеличению как личностной, так и ситуативной тревожности. Как результат, подростки стремятся найти способ снизить уровень тревожности, чаще всего посредством потребления алкоголя.

Считается, что психологические причины тяги к алкоголю заключаются в получении чувства спокойствия и временный уход от проблемы, посредством опьяняющих свойств алкоголя. В результате, мотивация потребления алкоголя заключается в смягчении или устранении явлений эмоционального дискомфорта.

Выводы. В ходе анализа родительско-детских отношений, характеризующихся как дисгармоничные, которые включают гипопротекцию, неустойчивость стиля воспитания и неразвитость родительских чувств, можно утверждать, что дети, находящиеся в таких условиях, страдают повышенной тревожностью, как личностной, так и ситуативной. Как результат, подростки стремятся снизить уровень тревожности через потребление алкоголя. Посредством личностных мотивов потребления алкоголя подросток пытается снизить эмоциональное напряжение, решить внутриличностные конфликты. Поэтому в группу риска развития АЗ, помимо отягощенной наследственности, необходимо включить дисгармоничные РДО [2, 5].

Таким образом, формируется связь РДО – психологический дискомфорт – потребление алкоголя. Поэтому анализ с последующей коррекцией РДО – одно из основных направлений в профилактике подростковой АЗ.

Литература

1. Алехин А. Н., Локтева А. В. Клинико-психологические аспекты алкоголизации подростков // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. 2011. № 12. С. 11-15.
2. Дружинин В. Н. Психология семьи .- СПб.:Питер 2006 – 176 с.
3. Каширская Е. И. Механизмы и факторы риска формирования наркотической и алкогольной зависимости у детей и подростков // Наркология. 2010. Том 9, вып. 2. С. 75-80.
4. Куликов А. М., Медведев В. П. Пубертатный период – проблемы подростков и родителей // Школа здоровья.- 2002.-№ 1.- С. 37.
5. Лукашук А. В., Меринов А. В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2014. № 4. С. 82-87.
6. Руководство по наркологии / под ред. Н.Н. Иванца.-М.: Медпрактика. – 2002. – Т. 1. – С. 182 – 188.
7. Чукреева В. В. Влияние семьи на развитие личности ребенка, его благополучие.- Пермь: Меркурий, 2011. - С. 180-183.
8. Styles and Their Effects // Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology / Cambridge, MA: Elsevier Inc., 2019. P. 1–33.
9. Perry CL, Kelder SH. Models for effective prevention. Journal of Adolescent Health 1992;13:355 -63.

ПРИМЕНЕНИЕ КНИСТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Климович Н. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Депрессивные, тревожные и соматоформные расстройства, являясь одними из наиболее частых причин психосоциальной дезадаптации, имеют важное медицинское, экономическое и социальное значение. Результаты исследований как в нашей стране, так и за рубежом показывают неуклонный рост распространенности этих расстройств. Отечественные и зарубежные исследования показывают, что признаки тревожных и депрессивных расстройств выявляются у каждого четвертого пациента учреждений первичной медицинской помощи. В практике участковых терапевтов, врачей общей практики наиболее часто наблюдаются стертые формы тревожных и депрессивных расстройств. В их клинической картине доминируют субдепрессивные, тревожные, вегетативные, болевые, диссомнические и

астенические симптомокомплексы. Лечение и реабилитацию этих вариантов клинического течения тревожно-депрессивных расстройств целесообразно проводить с использованием немедикаментозных методов, наиболее естественный и доступный из которых – анималотерапия.

Последние десятилетия метод лечения и реабилитации тревожно-депрессивных расстройств с помощью животных или их образов – анималотерапия (пет-терапия), признан достаточно эффективным и получил широкое распространение как в европейских странах, так и в США. В настоящее время ряд научных учреждений проводят следования по изучению эффективности воздействия животных на человека.

Цель – анализ использования метода канистерапии в лечении тревожно-депрессивных расстройств.

Методы исследования. Обзор печатных работ и электронных ресурсов эффективности применения канистерапии в реабилитации тревожно-депрессивных расстройств.

Результаты и их обсуждение. Выделяют анималотерапию, ненаправленную, заключающуюся в контакте с животными в домашних условиях без понимания их терапевтического значения и психокоррекционной работы, направленную, представляющую собой специально разработанные и научно обоснованные терапевтические и психокоррекционные программы с использованием животных или их образов. В ряде зарубежных стран работают организации, которые занимаются оказанием помощи людям с физическими или психическими проблемами посредством анималотерапии. Их объединяет использование в лечебном и реабилитационном процессе одомашненных животных, чаще всего собак, кошек, кроликов и птиц, в качестве терапевтического средства. В программах анималотерапии принимают участие медики, социальные работники, психологи. Существует много видов анималотерапии, но в настоящее время наиболее изучены и широко практикуются по всему миру: канистерапия, или терапия с участием собак; иппотерапия – терапия с участием лошадей; фелинотерапия, или терапия с участием кошек; дельфинотерапия – терапия с участием дельфинов. Собака – наиболее распространенный биологический вид, используемый в анималотерапии. В реабилитации тревожно-депрессивных расстройств канистерапия выполняет следующие функции: способствует гармонизации психического состояния, снижению уровня тревожности, напряженности, повышению эмоционального фона; стимулирует эмоциональную сферу; нормализует вегетативные функции; повышает уровень коммуникативных навыков; способствует дестигматизации. Преимущество собак – их дружелюбие, желание взаимодействовать и готовность демонстрировать безусловное принятие человека. Собаки хорошо улавливают эмоциональное состояние человека. В зависимости от диагноза пациента и терапевтических целей для нужд психотерапии подбирают как энергичных, так и спокойных собак. Животных легко содержать, легко транспортировать, они быстро

адаптируются к новой обстановке. Собаки одомашнены очень давно, поэтому они – привычные для человека животные и могут использоваться на терапевтических занятиях в качестве средства, обеспечивающего положительный настрой пациента. Присутствие собаки актуально на занятиях лечебной физкультурой, реабилитационных мероприятиях и даже на уроках у логопеда. Однако мотивационная функция – не единственная функция собак-ассистентов. Положительное влияние собаки на человека обеспечивает возможности реализации следующих задач:

1. Выход из стрессовой ситуации. Иногда общение с собакой, выполняющей роль преданного слушателя, гораздо эффективнее даже доверительного разговора с близким человеком.

2. Мотивация к двигательной активности. Так как собак надо выгуливать, это может послужить поводом для прогулки даже у того, кто не видит других причин выйти на улицу.

3. Положительное влияние на внимание. Собаки способны обеспечить хорошую динамику у пациентов с агрессией и гиперактивностью, направляя и концентрируя внимание пациента на себе. Особенно актуально это для детей дошкольного и школьного возраста.

4. Стабилизация психического состояния. Медицинские исследования показывают, что при таких состояниях, как аутизм, гиперактивность, синдром Дауна, детский церебральный паралич, присутствие собаки или процедуры анималотерапии снижают уровень стресса, снижают избыточную тревожность, обеспечивают более положительный эмоциональный фон.

В занятиях анималотерапией могут использоваться самые разные породы собак, а также беспородные животные, однако лучше всего подходят собаки, соответствующие определенному стандарту. Мелкие породы часто применяются для взрослых пациентов, в работе с пожилыми пациентами. Крупные собаки актуальны для подростков и детей. Наименее подходят для канистерапии декоративные породы собак, так как их особенность заключается в быстрой утомляемости и отказе от работы. К недостаткам использования собак в анималотерапии можно отнести возможный предыдущий негативный опыт взаимодействия с животными, который, у подавляющего большинства пациентов связан именно с собаками. Собаки могут быть слишком сенсорно чувствительными для пациентов, испытывающих затруднения в обработке сенсорной информации. Во всех этих случаях использование собаки требует дополнительного времени для их ассимиляции в процедуру терапии. Показания к канистерапии: нарушения психической сферы; нарушения физической сферы; нарушения интеллектуальной сферы; нарушения общественной сферы. Противопоказания к канистерапии: аллергия на шерсть собаки; открытые раны; заболевания кожи; инфекционные заболевания; повышенная температура; общие противопоказания к анималотерапии. Существуют следующие методы канистерапии: встреча с собакой, обучение с собакой, терапия с собакой. Встреча с собакой имеет целью создание позитивного контакта между

участниками и собакой. Под руководством канистерапевта во время непринужденной игры пациенты привыкают к контакту с собакой, гладят ее, дают команды. Передаются положительные эмоции участникам, происходит получение удовольствия от общения с собакой, преодоление страха в отношениях с окружающей средой. В зависимости от терапевтических задач занятия могут иметь форму индивидуальных встреч или групповой работы. Цель такого занятия – улучшение интеллектуальной и познавательной сферы ребенка, что требует определенной подготовки и разработки сценария. Занятия, как правило, проходят в детских садах и школах. Собака используется в качестве «научного помощника», мотивирует к обучению и благодаря созданию благоприятных условий увеличивает возможность усвоения знаний. Ребенок охотнее запоминает содержание, героем которого становится его новый друг – собака. Обучение с собакой помогает детям со сниженным восприятием или нежеланием (по разным причинам) усвоения знаний и посещения школы. Терапия с Собакой – это комплекс упражнений, направленных на конкретную, запланированную реабилитационную цель, для которой составляется методика, согласованная с реабилитологом или лечащим врачом. Метод характеризуется индивидуальным подходом к каждому участнику, его возможностям и потребностям. Самая эффективная форма терапии с собакой – индивидуальное занятие или занятия в очень маленьких группах, как правило, не более 3 человек.

Выводы. Канистерапия – эффективный немедикаментозный метод в комплексном лечении и реабилитации тревожно-депрессивных расстройств у взрослых пациентов, детей и подростков. Достоинство метода заключается в широком выполнении реабилитационных задач и в отсутствии побочных эффектов

Литература

1. Канистерапия в Москве: «Солнечный пес» // Общество ответственных собаководов: всероссийский портал. [Электронный ресурс] – Режим доступа. URL: <http://www.bestaff.ru/train-your-dog/dogs-lifesavers/9396-canis-therapy.html>. – Дата доступа 10.10.2022.
2. Кожина, А. М. Канистерапия в системе реабилитации тревожных и депрессивных расстройств у подростков / А. М. Кожина, А. А. Черкасова // Модель психосоциальной реабилитации детей с различными психическими и поведенческими расстройствами: I Международная конференция, Харьков, 7-8 ноября 2013 г. – Харьков, 2013. – С. 79-81.
3. Никольская, А. В. Ненаправленная анималотерапия : Позитивные и негативные аспекты взаимодействия с собакой у детей и взрослых / А. В. Никольская, Н. А. Ульянова. – М., 2009. – 208 с.

КОМОРБИДНОСТЬ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ

Копытов А. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Тема коморбидности широко дискутируется в современной психиатрии и наркологии. К настоящему времени крупномасштабные эпидемиологические исследования во многих странах показали, что треть всех текущих заболеваний населения отвечает большим, чем одно расстройство, диагностическим критериям. Выделяют следующие виды коморбидности: модель, ориентированная на дискриптивные диагностические классы – наличие более одного расстройства у человека в определенный период жизни и модель, рассматривающая относительный риск человека с наличием одного расстройства приобрести другое расстройство.

АЗ – сложная биопсихосоциальная проблема, которая имеет большое количество факторов, поэтому изучение патопсихологических особенностей подростков, употребляющих алкоголь, трактуется необходимостью получения новых и более полных данных по проблеме АЗ и факторов, влияющих на ее развитие.

Осознание влияния сопутствующей психопатологии на развитие и течение алкогольной зависимости – один из ключевых моментов в разработке как профилактических, так и лечебных программ для подростков, злоупотребляющих алкоголем.

Цель – определить профиль выраженности психопатологической симптоматики у подростков, страдающих алкогольной зависимостью, для последующего обоснования профилактических и лечебных мероприятий.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 305 подростков, из них 40,3% (123) женского и 59,7% (182) мужского пола. Средний возраст исследуемых обеих групп составил $15,9 \pm 0,8$ года. Общая выборка была разделена на основную группу (ОГ) из 285 подростков, имеющих проблемы с алкоголем (страдающих алкогольной зависимостью или употреблением алкоголя с вредными последствиями). Средний возраст в ОГ составил $15,98 \pm 0,05$ года. КГ состояла из 120 подростков, не имеющих алкогольных проблем, которые на момент проведения исследования были учениками гимназии. Статистически значимых различий по долевого распределению субъектов в ОГ и КГ в зависимости от гендерного фактора ($\chi^2=1,92$; $p=0,17$) и возраста не имелось ($F=0,83$; $p=0,35$).

Социально-демографические сведения о пациентах были собраны посредством структурированного интервью, Белорусского индекса тяжести аддикции для клинического применения и обучения («Б-ИТА», версия 2.3-3.01.2001) [6]. Диагностика АЗ производилась в соответствии с критериями МКБ-10, скрининг-теста AUDIT.

Обследование выполнялось не ранее чем через 10 дней после последнего факта употребления алкоголя, при отсутствии клинических признаков состояния отмены.

Критерии исключения. Из исследования исключались пациенты с: острыми и хроническими соматическими заболеваниями; систематически употребляющие другие (кроме алкоголя для лиц ОГ) ПАВ; выраженными когнитивными нарушениями, мешающими целенаправленной коммуникации и выполнению тестов; другими расстройствами, препятствующими выполнению заданий; отказом от участия в исследовании.

В исследовании был использован “Опросник выраженности психопатологической симптоматики” (Symptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), предназначенный для оценки профиля выраженности психопатологической симптоматики у психиатрических пациентов и здоровых лиц [187, 188].

Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS-17.0 [5].

Результаты и их обсуждение. При статистической обработке данных получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1. – Выраженность психопатологической симптоматики по опроснику SCL-90-R в исследуемых группах (в баллах)

Шкалы	Исследуемые группы		p
	ОГ	КГ	
Соматизация (SOM)	0,42±0,03	0,21±0,01	<0,05
Обсессивно-компульсивные расстройства (О-С)	0,34±0,01	0,08±0,02	<0,05
Межличностная сензитивность (INT)	0,57±0,01	0,13±0,01	<0,05
Депрессия (DEP)	0,33±0,01	0,32±0,02	=0,84
Тревожность (ANX)	0,54±0,01	0,28±0,02	<0,05
Враждебность (HOS)	0,36±0,01	0,05±0,01	<0,05
Фобическая тревожность (PHOB)	0,2±0,01	0,09±0,02	<0,05
Паранойяльные симптомы (PAR)	0,01±0,002	0,02±0,001	=0,57
Психотизм (PSY)	0,01±0,002	0,05±0,02	=0,53
Дополнительные симптомы (Add)	0,08±0,007	0,07±0,02	=0,75
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,31±0,004	0,22±0,03	<0,05
Общее число утвердительных вопросов (PST)	22,5±0,2	18,1±0,6	<0,05
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,27±0,01	1,1±0,02	<0,05

Полученные результаты (табл. 1) свидетельствуют о том, что подростки, страдающие АЗ, имеют более высокие показатели по всем шкалам, за исключением шкал «депрессия», «паранойяльные симптомы» и «психотизм». Учитывая, что показатели по шкалам «паранойяльные симптомы» и

«психотизм» имеют крайне низкие значения (практически в пределах погрешности), последующий анализ их значений не производился.

Таким образом, у лиц подросткового возраста с АЗ (по сравнению с лицами КГ) в дополнение к алкогольным проблемам имеются психопатологические симптомы, которые свидетельствуют о некоторых изменениях в сфере психического функционирования. Спектр психопатологических нарушений у субъектов ОГ отражает преимущественно вегетативный, невротический, эмоциональный уровни реагирования.

В профиле психопатологической симптоматики у лиц ОГ наиболее актуальные симптомы – «межличностная сензитивность», «тревожность», «соматизация».

«Межличностная сензитивность» характеризует личностную неадекватность и неполноценность, обычно в ситуациях, когда человек сравнивает себя с другими. Дискомфорт, самоосуждение и чувство беспокойства в процессе межличностного взаимодействия характеризуют проявления этого синдрома. Субъекты с высокими показателями по данной шкале сообщают об обостренном восприятии чувства собственного Я и негативных ожиданиях при межличностном взаимодействии и любых контактах с окружающими [7]. При наличии данного симптома спиртное употребляется в качестве «средства, облегчающего коммуникацию».

«Тревожность» в рекомендациях авторов опросника клинически связана с высоким уровнем манифестированной тревожности. В этих случаях главный признак – свободно плавающая тревога. Клинически это проявляется ощущением, что тревога не ассоциирована с конкретными ситуациями или предметами, а чувство страха пронизывает все пространство. Основные симптомы – нервозность, напряжение, тремор, приступы паники и чувство ужаса [7]. Для данного контингента более специфичны повышенная нервозность и напряжение. При наличии тревожности и депрессивности алкоголь употребляют в основном для коррекции эмоционального состояния, так как алкоголь – наиболее доступное и дешевое средство.

Нарушения, представленные в опроснике под названием «соматизация», отражают дистресс, возникающий из-за телесных ощущений. Сюда относятся множественные жалобы с фиксацией на дисфункциях кардиоваскулярной, гастроинтестинальной, респираторной и других систем. Также частыми субъективно представляемыми симптомами бывают головные боли, другие боли, общий мышечный дискомфорт и в дополнение – соматические эквиваленты тревожности. Высокие баллы по этой шкале, которые имеют место у исследуемых основной группы, могут свидетельствовать о наличии проблем в кинестетической сфере у данной группы лиц. Нарушения в сфере ощущений формируют подсознательную мотивацию к ее «оживлению», активизации или релаксации. Психоактивные вещества при воздействии на организм имеют все эти эффекты. Алкоголь в том числе. Кроме того, алкоголь легкодоступен, распространенное и легальное психоактивное вещество. Поэтому подростки

активно его используют для коррекции проблем кинестетической сферы. Систематическое употребление достаточно быстро приводит к формированию употребления с вредными последствиями и зависимости. Это один из актуальных механизмов формирования фармакологических зависимостей в подростковом и молодом возрасте.

Проведен статистический анализ количества субъектов в подгруппах, у которых значения превышали нормативные показатели по этим актуальным шкалам. В последующем эти данные могли бы позволить произвести расчет специфичности этих симптомов для лиц ОГ. На основании данных, представленных выше, произвели расчет отношения шансов вероятности наличия алкогольных проблем при сопутствующей психопатологической симптоматике у лиц ОГ. Данные представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Наиболее актуальные психопатологические симптомы по опроснику SCL-90-R у лиц-подростков с АЗ

Шкалы	OR	95% CI	Se (%)	Sp (%)	AUC	p
Соматизация (SOM)	16,2	2,1-122,4	46	95	0,7	<0,05
Межличностная сензитивность (INT)	16,9	2,2-127,6	47	95	0,71	<0,05
Тревожность (ANX)	31,7	7,2-140,4	77,8	90,0	0,84	<0,05
Враждебность (HOS)	4,54	0,6-34,6	19	95	0,61	<0,05
Фобическая тревожность (PHOB)	3,8	1,2-11,7	47,7	80,0	0,63	<0,05
Общее число утвердительных вопросов (PST)	12,8	4,8-33,7	89,5	60,0	0,75	<0,05
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	5,4	1,9-14,8	79,1	58,8	0,69	<0,05

Данные, представленные в таблице 2 (показатели OR и доверительных интервалов), свидетельствуют о том, что у подростков и молодых людей с алкогольными проблемами, в сравнении с субъектами из группы контроля, имеют место коморбидные психопатологические симптомы, которые могут влиять на риск формирования алкогольного аддиктивного поведения и усугублять его течение.

К наиболее актуальным психопатологическим симптомам (по результатам проведенного исследования, представленным в таблице 2, относятся «соматизация», «межличностная сензитивность», «тревожность», «фобическая тревожность» и симптоматический дистресс.

Выводы:

1. Подростки, страдающие алкогольной зависимостью, отличаются от сверстников, не имеющих алкогольных проблем, наличием сопутствующей психопатологической симптоматики.

2. Среди психопатологических симптомов у подростков, страдающих алкогольной зависимостью, наиболее актуальные и специфические – «межличностная сензитивность», «тревожность» и «соматизация», отражающие проблемы в эмоционально-вегетативном функционировании и проблеме коммуникативных отношений.

3. Полученные данные желательно учитывать при проведении лечебных и профилактических мероприятий у данного контингента.

Литература

1. Егоров А. Ю., Игумнов С. А. Расстройства поведения у подростков: клинико-психологические аспекты. СПб.: Речь, 2005. 436 с.

2. Наркология: национальное руководство/под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. - Москва:ГЭОТАР - Медиа, 2008. – 720 с.

3. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (B-ASI) / В. Б. Поздняк [и др.] // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – Минск, 2001. – Режим доступа: <http://www.beldrug.org>.

4. Comorbidity of affective disorders and alcohol use disorder/D. Pringuey [et al.] // L'Encéphale. – 2014. – Vol. 40, №. 3. – P. 3–7.

МЕТОД НОРМОКСИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ КОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Копытов Д. А., Скугаревская М. М., Копытов А. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Синдром алкогольной зависимости (АЗ) сопряжен с серьезными психическими и физическими расстройствами, связанными с высоким риском смерти. Цели лечения для пациентов с синдромом отмены алкоголя (СОА) состоят в том, чтобы уменьшить симптомы абстиненции, предотвратить судороги, алкогольный делирий, смерть, подготовить пациента к длительному воздержанию от употребления алкоголя. Адекватное и быстрое лечение уменьшает тяжесть последующих эпизодов отмены и риск того, что пациент возобновит употребление алкоголя.

Применение исключительно ЛС способствует порой формированию нежелательных последствий для соматической и когнитивной сфер. Вследствие массивной инфузионной и симптоматической медикаментозной терапии зачастую происходит увеличение интоксикационной нагрузки на организм, что может усугублять уже имеющиеся нарушения в психическом и соматическом

статусе пациента. Поэтому разработка эффективных, лечебных мероприятий по коррекции нарушенных функций организма при СОА до настоящего времени не перестает быть актуальной задачей наркологии.

Цель исследования – разработать комплексный метод лечения синдрома отмены алкоголя с использованием нормоксической лечебной компрессии для повышения эффективности лечебного процесса.

Методы исследования. Обследованы 160 пациентов в состоянии СОА степени тяжести: 56 чел. составили основную группу (ОГ); 62 чел. – группу сравнения (ГС); 42 чел. – контрольную группу (КГ). Все пациенты страдали АЗ и находились на стационарном лечении в ГУ «РНПЦ психического здоровья». Из клинической группы лиц, которым проводилось лечение только с помощью применения ЛС, выбыли 10 чел., которые досрочно прекратили терапию в связи с отсутствием желаемого эффекта и скорости купирования текущего состояния СОА. Данные пациенты исключены из исследования.

Участников исследования методом рандомизации с использованием компьютерного вычисления случайных чисел распределили на три группы: основная группа (ОГ) получала комплексное лечение (стандартная терапия лекарственными средствами – СТЛС – в сочетании с НЛК); группа сравнения (ГС) – комплексное лечение (СТЛС в сочетании с ГБО); группа контроля (КГ) – терапию в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи.

Средний возраст пациентов в исследуемых группах не имел статистически значимых различий и составил: в ОГ – $38,3 \pm 1,3$ года; в ГС – $40,2 \pm 1,3$ года; в КГ – $38,8 \pm 1,3$ года. Лица мужского пола составляли 83,1%, женского – 16,9%, в исследуемых группах, соответственно: ОГ – 83,93 и 16,07%; ГС – 85,49 и 14,51%; КГ – 80,96 и 19,04%.

Исследуемые группы не различались между собой по количеству лиц с наличием хронических соматических заболеваний: в ОГ – 12,5%; в ГС – 17,1%; в КГ – 19,4% (внутри каждой из групп). Не было различий между группами по долевого внутригрупповому распределению лиц с наличием в анамнезе опыта длительного приема ЛС: в ОГ – 12,5%; в ГС – 17,1%; в КГ – 25%. В исследуемых группах имелись пациенты, страдающие гепатитами: в ОГ – 6,3%; в ГС – 17,1%; в КГ – 5,8%. Курили: в ОГ – 56,3%; в ГС – 97,1%; в КГ – 94,1%. Среди участников во всех группах не было субъектов, употреблявших ранее и на момент поступления другие психоактивные вещества, кроме алкоголя. Стаж употребления алкоголя в группах: ОГ – $16,5 \pm 2,1$ года; ГС – $20,9 \pm 2,6$ года; КГ – $17,6 \pm 2,2$ года. Средняя продолжительность запоев: ОГ – $13,5 \pm 2,3$ дня; ГС – $14,6 \pm 1,7$ дня; КГ – $14,6 \pm 1,7$ дня.

Методы исследования: клинический с динамическим наблюдением за состоянием исследуемых; психометрический; статистический.

Основные клинические характеристики синдрома отмены анализировались ежедневно. Пациентам всех групп для купирования СОА производилось назначение ЛС в соответствии с Клиническим протоколом оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими

расстройствами. Для оценки выраженности проявлений СОА использовалась шкала CIWA-A – оценочная шкала выраженности симптомов СОА [1]. Методика НЛК проводилась с использованием портативной барокамеры VITAERIS-320. Портативная барокамера VITAERIS-320 имеет регистрационное удостоверение Министерства здравоохранения Республики Беларусь (регистрационный номер декларации соответствия: ТС № ВУ/112 11.01. ТР 020 029 00740 от 11.03.2015) и соответствует требованиям технического регламента Таможенного союза («Электромагнитная совместимость технического средства» ТР ТС 020/2011).

Результаты и их обсуждение. *Изменение патологического влечения к алкоголю при синдроме отмены алкоголя в процессе лечения.*

В результате статистической обработки данных, полученных по «Шкале патологического влечения к алкоголю», произведена оценка эффективности соответствующих лечебных мероприятий, которые были проведены во всех группах. Критерием оценки эффективности определенного терапевтического воздействия был абсолютный показатель в баллах в первый, второй, третий и седьмой день пребывания в стационаре. Применение в комплексном лечении СОА метода НЛК, по сравнению с применением только методов СТЛС, позволяло эффективнее снижать степень тяжести ПВА от момента начала терапии. Это происходило после первого дня лечения, преимущественно за счет вегетативной ($p < 0,05$), с третьего дня – аффективной ($p < 0,05$) составляющей ПВА. Применение в комплексном лечении СОА метода ГБО, по сравнению только со СТЛС, позволяло эффективнее снижать степень тяжести ПВА с третьего дня комплексной терапии. Это происходило преимущественно за счет аффективной составляющей ПВА, а на пятый день терапии – также за счет вегетативной и идеаторной составляющих.

Сравнивая результаты эффективности купирования ПВА при СОА у лиц ОГ и ГС, следует отметить, что применение НЛК в комплексном лечении было более эффективным, по сравнению с ГБО, в отношении снижения тяжести ПВА преимущественно за счет вегетативного компонента, а преимущество ГБО перед НЛК – за счет аффективного.

Изменение купирования психопатологической симптоматики при синдроме отмены алкоголя. Произведена оценка по «Шкале динамики психопатологических расстройств в алкогольном абстинентном синдроме, постабстинентном состоянии, ремиссии». Оценка состояния по всем психопатологическим симптомам в динамике в каждой из групп и сравнительная межгрупповая оценка эффективности применяемых процедур производилась ежедневно. Основным критерий эффективности – показатель количества дней, в течение которых происходило купирование того или иного психопатологического симптома. У пациентов ОГ в более короткие сроки, по сравнению с субъектами КГ, происходило купирование «осознаваемой потребности в алкоголе», «дисфории», «заторможенности», «неустойчивости внимания», «выраженной истощаемости (утомляемости)». Это может

свидетельствовать о более быстром купировании как явлений потребности в алкоголе, гипостенической астении с явлениями дисфории при использовании в комплексном лечении метода НЛК, а также в некоторой степени замедляло купирование эмоциональных реакций (тревоги, напряженности, подавленности) по сравнению с применением СТЛС. Сравнительный анализ пациентов ГС с субъектами КГ показал, что купирование симптомов «осознаваемая потребность в алкоголе», «напряженность», «тревожность», «дисфория», «подавленность», «заторможенность», «расстройства сна (бессонница)», «неустойчивость внимания», «чувство вины», «выраженная истощаемость (утомляемость)», «пониженный фон настроения» происходило в более короткие сроки. Это может свидетельствовать о более быстром купировании практически всех психопатологических симптомов, за исключением эмоциональной лабильности, гиперестезии, ажитации при использовании ГБО+ СТЛС.

Сравнивая результаты лечения СОА у лиц ОГ и ГС, следует отметить, что применение ГБО в комплексном лечении психопатологических симптомов СОА было более эффективно, по сравнению с НЛК, в отношении купирования эмоциональных реакций «напряженности», «тревожности», «подавленности», «чувства вины», «пониженного настроения». Оба метода кислородотерапии, применяемые в комплексном лечении со СТЛС, не имели преимущества друг перед другом в отношении купирования таких симптомов, как «осознаваемая потребность в алкоголе», «дисфория», «выраженная истощаемость (утомляемость)», «неустойчивость внимания».

Динамика соматоневрологических нарушений при синдроме отмены алкоголя в процессе лечения. У субъектов ОГ и ГС, по сравнению с КГ ($p < 0,05$), быстрее происходило купирование «обложенности языка». Преимуществ между методами НЛК и ГБО при коррекции соматических нарушений при СОА не выявлено. Включение в комплексное лечение СОА метода НЛК позволяет быстрее ($p < 0,05$) произвести купирование соматических симптомов со стороны ЖКТ в виде «диареи» и «отрыжки». Применение НЛК в комплексном лечении СОА,

по сравнению со СТЛС, позволяло быстрее купировать «головную боль», «нистагм», выполнение «координаторных проб» ($p < 0,05$). Применение ГБО в комплексном лечении СОА, по сравнению со СТЛС, позволяло быстрее купировать «головную боль», «нистагм», «атаксию» ($p < 0,05$). Сравнительный анализ ГБО и НЛК в комплексном лечении СОА позволяет констатировать преимущества ГБО перед НЛК по более быстрому купированию «головной боли» и «атаксии», НЛК в отношении выполнения «координаторных проб».

Выводы. Применение метода НЛК в комплексе со СТЛС СОА, по сравнению с применением СТЛС, позволяет более эффективно снижать тяжесть общего патологического влечения к алкоголю: с первого дня терапии – преимущественно за счет вегетативной и идеаторной ($p < 0,05$), а с третьего дня – аффективной ($p < 0,05$) составляющей ПВА. НЛК более эффективна после

первого дня лечения, в сравнении с методом ГБО, для купирования вегетативного и идеаторного компонентов патологического влечения к алкоголю ($p < 0,05$), а ГБО – перед НЛК за счет аффективного компонента.

Метод НЛК в комплексном лечении СОА, по сравнению с применением только СТЛС, позволяет уменьшить сроки купирования: «осознаваемая потребность в алкоголе» ($p < 0,05$), «заторможенность», «неустойчивость внимания», «дисфория» ($p < 0,05$), «выраженная истощаемость (утомляемость)» ($p < 0,05$), «неустойчивость внимания» (OR=9,4; 95% CI [1,1-81,7]; $p < 0,05$). Метод НЛК в комплексном лечении менее эффективен, по сравнению с ГБО, в отношении купирования показателей «напряженность» ($p < 0,05$), «тревожность» ($p < 0,05$), «чувство вины» ($p < 0,05$), «расстройства сна (бессонница)» ($p < 0,05$).

Включение в комплексное лечение метода НЛК позволяет быстрее (по сравнению с СТЛС терапией только лекарственными средствами или ее сочетанием с ГБО) произвести более быстрое купирование диареи ($p < 0,05$) и отрыжки ($p < 0,05$). По сравнению с СТЛС, применение НЛК в комплексном лечении синдрома отмены алкоголя средней степени тяжести позволяло быстрее купировать головную боль, нистагм, выполнение координаторных проб ($p < 0,05$).

Литература

1. Наркология: нац. рук. / под ред. Н. Н. Иванца, И. П. Анохиной, М. А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
2. Lieber, C. S. Alcohol and the liver: metabolism of alcohol and its role in hepatic and extrahepatic diseases / C. S. Lieber // Mt. Sinai J. Med. 2000. – Vol. 67, № 1. – P. 84–94.
3. Лелевич, С. В. Нарушения метаболизма глюкозы в скелетной мускулатуре крыс в динамике алкогольного абстинентного синдрома / С. В. Лелевич, А. Н. Бородинский // Вопросы наркологии. – 2008. – № 5. – С. 87–92.
4. Кондрашенко, В. Т. Алкоголизм / В. Т. Кондрашенко, А. Ф. Скугаревский; под ред. П. П. Волкова. – Минск: Беларусь, 1983. – 288 с.

КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Королева Е. Г.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Краткосрочная терапия содержит тщательно подобранную последовательность психотерапевтических программ, обусловленную необходимостью решения проблемы комплексно, начиная с ее истоков. Так, к примеру, курс «Управление гневом и тревогой» как компонент когнитивно-бихевиоральной психотерапии, не будет эффективным без предварительной коррекции виктимности в случае сформировавшейся агрессивной виктимной

предиспозиции личности. А работа над построением отношений требует в качестве подготовки проработку курса «Коррекция негативных детско-родительских программ», ведь человек со сценарием жертвы часто бессознательно выбирает для партнерства социально адаптированного психопата. Не будет успешным курс «Построение партнерских отношений» и без предшествовавшей ему коррекции созависимости, потому что в таком случае человек бессознательно все равно придет к созависимым отношениям – с неясными личностными границами, скрытой борьбой за власть и схемой «треугольник Карпмана» (Жертва-Агрессор-Спасатель – модель отношений, где Агрессор преследует Жертву, та ищет Спасателя, который позволяет ей на время стать Агрессором) в отношениях, манипуляциями и неискренностью. То есть психотерапевт вначале должен понять, в чем состоит проблема клиента, потом выяснить наиболее глубинную причину проблемы, а затем назначить правильную последовательность необходимых психотерапевтических программ. Эта последовательность в каждом случае индивидуальна. Такой метод работы приводит к положительному эффекту самым быстрым и, главное, надежным способом с предсказуемым результатом, который вы одобрили на первичной консультации. При строительстве дома возведению стен предшествует работа над фундаментом, при лечении зубов перед установкой коронки заранее пломбируют каналы. Так же и в психотерапии – прежде чем решать проблемы, лежащие на поверхности, нужно провести подготовительную работу на более глубоких уровнях. И тогда – кирпичик на кирпичик, шаг за шагом – каждая консультация будет дополнять предшествовавшую и готовить почву для следующей.

Цель. Психотерапевт играет решающую роль в краткосрочном терапевтическом процессе. Хотя уже давно и широко признается, что положительные отношения между психотерапевтом и клиентом – необходимый компонент успешной терапии, нигде это требование не является столь настоятельным, как в рамках краткосрочной модели. В этом как раз и состоит одно из существенных различий между долговременной и долгосрочной терапией чувства эмоциональной теплоты, расположения и восхищения, испытываемые клиентом по отношению к психотерапевту. Но терапевту приходится активно добиваться этих чувств от клиента во многих краткосрочных терапевтических модальностях.

Методы исследования. Обзор современной литературы по проблематике исследования.

Результаты и их обсуждение. *Психодинамически ориентированные подходы.* Во многих краткосрочных психодинамических методиках для разъяснения происхождения психопатологии используется динамическая терминология наряду с терминологией объектных отношений. Питер Сифнеос описал краткосрочную, провоцирующую тревогу, психотерапию (short-term anxiety-provoking psychotherapy [STAPP]) как основанную на представлении о том, что психологические проблемы начинаются в детстве в рамках отношений

с членами семьи и сложившиеся в то время стереотипы отношений переносятся во взрослую жизнь, где они продолжают вызывать трудности. Цель STAPP – вызвать «корректирующий эмоциональный опыт», когда клиент достигает инсайта в отношении своего поведения, приводящего к динамическому разрешению детских конфликтов.

Поведенческие подходы. Поведенческая терапия основана на экспериментально установленных законах научения, накопила солидную базу данных, подтверждающих ее теорию и практику. Ее методики широко используются и легко укладываются в границы, хотя имеется множество примеров долговременной поведенческой терапии. Типичная поведенческая терапия проводится в три этапа. Во-первых, идентифицируется поведение-мишень, требующее изменения. Во-вторых, идентифицируются подкрепления, поддерживающие это поведение, а также другие подкрепления, обычно действующие в жизни клиента. Наконец, разрабатывается экспериментальная программа манипулирования подкреплениями для формирования нового (целевого) поведения. Терапевт и клиент получают информацию об успехе вмешательства по реакции клиента.

Когнитивные подходы. Один из наиболее эффективных видов ранней терапии – рационально-эмотивная терапия поведения, цель которой – помочь клиенту осознать, что тягостные чувства и дезадаптивное поведение – результат иррациональных мыслительных стереотипов и убеждений клиента. После того как эти стереотипы и убеждения обнаруживаются, ставятся под вопрос и изменяются, отрицательные эмоции и неадекватное поведение убывают или сходят на нет. Этот вид терапии основан на применении мощной методики для выявления и оспаривания иррационального мышления. В конечном счете клиент овладевает методом, используемым терапевтом, чтобы при повторном появлении иррациональных мыслей больше не зависеть от терапевта.

Стратегические вмешательства. Пример терапии, основанной на стратегическом вмешательстве, – сфокусированная на решении сокращенная терапия (solution-focused brief therapy). Эта модель соответствует общим элементам когнитивной терапии предлагает свои решения, исходя из наблюдения, что теоретически для всех предъявляемых проблем и симптоматического поведения имеются исключительные ситуации или периоды времени, когда проблема или симптом перестают проявляться. Считается, что ключ к изменению – фокусирование внимания на этих исключениях, а не на анализе проблемы. Вмешательства сконцентрированы на простоте таких исключений и, поскольку эти исключения исходят от клиента, отражают уважение и уверенность терапевта в способности клиента находить решения. Этот подход был адаптирован для работы с лицами, страдающими от злоупотребления алкоголем.

Статус краткосрочной терапии. Возможно, наиболее яркий пример современного статуса краткосрочной модели – корпорация American Biodyne,

Inc. – организация по охране психического здоровья. Эта частная корпорация поддерживает компоненты психического здоровья 5 млн чел., имеющих разные контракты медицинского страхования. Используемая модель когнитивной терапии представляет собой сокращенную периодическую психотерапию в течение жизненного цикла (ВІТ), которая описана Николасом Каммингсом. Начало когнитивной терапии совпадает с движением за общественную систему психического здоровья середины 1960-х гг. Она рассматривалась как метод обеспечения широких слоев населения помощью при использовании меньших ресурсов. Статус когнитивной терапии существенно изменился с того времени, когда она считалась малоэффективной практикой, проводимой психотерапевтами с минимальной подготовкой или в случаях, когда что-то препятствовало не ограниченной во времени терапии. Дальнейшему продвижению этого процесса способствуют многие факторы, включают большой объем накопленных результатов исследований, демонстрирующих, что когнитивная терапия и не ограниченная по времени психотерапия неразличимы по достигаемой ими эффективности. Все большее количество учреждений обращается в своей деятельности к спланированной, ограниченной по времени модели в силу имеющихся финансовых ограничений. Современное состояние научных исследований и клинической практики дает достаточно солидное обоснование целесообразности использования когнитивной терапии.

Выводы. В современной терапевтической практике актуально применение методов краткосрочной психотерапии.

Литература

1. Абабков В. А. Проблема научности в психотерапии. - СПб., 1998.
2. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. - М., 1995.
3. Александров А. А. Современная психотерапия. - СПб., 1997.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. – М., Ростов-на-Дону, 1997.
5. Амбрумова А. Г., Полеев А. М. Телефонная психотерапевтическая помощь. Телефон доверия в системе социально-психотерапевтической службы. – М., 1988.
6. Ананьев В. А. Введение в потрясающую психотерапию // Журнал практического психолога. - 1999. - № 7-8. - С. 41-72.

О КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА

Кулемзина Т. В.

*Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького,
Донецк, Россия*

Актуальность. Проблема женского алкоголизма актуальна вследствие значительного роста и распространения среди лиц разных возрастных и профессиональных категорий. Такого рода зависимость провоцирует значительные последствия медико-социального, психологического, юридического и экономического характера. Женщины, страдающие алкоголизмом, вследствие демонстрации быстрых темпов социальной деградации наиболее уязвимы в условиях социального неблагополучия [2, 3, 5].

Цель – продемонстрировать конституциональный подход к проблеме женского алкоголизма в соотнесении с базовыми положениями традиционной китайской философии и медицины.

Методы исследования. Диагностические приемы традиционной китайской медицины: осмотр, опрос, выслушивание, пальпация, пульсовая диагностика [1, 4].

Результаты и их обсуждение. У пациенток 1 группы модель поведения характеризовалась категоричностью, негативной оценкой окружающих обстоятельств и людей, несогласием с выставленным диагнозом, неприятием чужого мнения по поводу причины ее (пациентки) заболевания и предлагаемой со стороны врача помощи, упертостью, удовлетворением от создания конфликтных ситуаций, постоянностью возражений и повышенным тоном беседы (практически криком) с частым использованием бранных слов. Причиной злоупотребления они считали недооценку своих профессиональных качеств со стороны начальства и неустроенность личной жизни из-за «отсутствия настоящих и достойных мужчин». Конституциональные признаки соотносились с проявлениями гамма-варианта. В этой группе преобладающими были нозологии с акцентом на печень и желчный пузырь.

Пациентки 2 группы отличались внешними проявлениями повышенных эмоциональных реакций, перепадами настроения, многословием, желанием в разговоре с врачом приобрести союзника в понимании их зависимости как выхода из тяжелой и напряженной работы (вследствие необходимости иметь несколько источников зарабатывания денег и наличия эмоционального выгорания). По их мнению, алкоголь помогал им «заснуть, едва коснувшись подушки». Как правило, эти пациентки были одиноки (имея за плечами несколько браков и 2-3 детей от разных отцов), предпочитали застолья в кругу подруг с однотипным образом жизни, «по редким выходным и под хорошую еду». Конституциональные проявления были соотнесены с проявлениями бета-варианта. У пациенток этой группы преобладала сердечно-сосудистая патология.

Пациентки 3 группы, как правило, неработающие, не отличались эмоциональностью, скорее вязкостью и постоянным проговариванием ситуации, способствовавшей возникновению зависимости (к примеру, «выявление тяжелого заболевания»). При этом пациентки рассчитывали на сочувственное отношение к себе, жалость и оправдание их поведения. Более того, альфа-вариант проявлялся и в том случае, когда соматический диагноз был снят либо вследствие ошибочности, либо вследствие излечения (или достижения стойкой ремиссии). При опросе пациентками было зафиксировано, что распитие спиртных напитков происходило совместно с членами семьи, являясь неотъемлемым ежедневным семейным ритуалом. В подавляющем большинстве случаев соматическая патология была связана с поджелудочной железой и желудком.

Пациентки 4 группы причиной своей зависимости называли депрессию, возникшую после развода («из-за ухода мужа к молодой» после 20-ти лет брака). Режим запойного типа, как правило, отличался периодами (протяженностью в 1 – 2 недели), провоцируемыми либо встречей с бывшим мужем, либо напоминанием о нем от третьих лиц. В межприступные периоды этих пациенток характеризовали как исполнительных и профессиональных сотрудников, которых начальство предпочитало нагружать работой, «чтобы не занимались глупостями». Имели убеждение, что могут «самостоятельно бросить пить, но еще не пришло время». Употребление алкоголя предпочитали в небольших компаниях, в которых была возможность поделиться своими переживаниями. Преваляровала патология дыхательной системы.

Пациентки 5 группы обосновывали свою зависимость «неудавшейся личной жизнью» вследствие «невозможности вовремя стать матерью после нескольких попыток, в том числе и ЭКО». Конституционально такие женщины имели слабые возможности к реализации материнской функции (невозможность забеременеть и выносить ребенка), осложненные возможными прерываниями беременности в молодом возрасте. Как правило, такие пациентки, будучи в браке, боялись «остаться одной» и постоянно испытывали всевозможное некорректное отношение со стороны мужа, предпочитая употреблять алкоголь в одиночестве, изыскивая для этого тщательно подготовленные «удобные моменты». Конституциональные соматические проявления наблюдались со стороны почек и мочевого пузыря.

Выводы. Классификация конституциональных признаков человека (рассматриваемая в традиционной восточной философии) основана на характеристике пяти основных элементов Вселенной (групп), среди прочих, указывает и на психологические особенности, которые предрасполагают к формированию алкогольной зависимости, помогают диагностически выявить скрываемые проявления и прогнозировать эффективность лечения.

«Отчего люди пьют? Оттого, что после выпивки все наполняется смыслом, все достигает высшего накала. Вывод: люди пьют от беспомощности или в знак протеста» (Альбер Камю).

Литература

1. Белоусов, П. В. Теоретические основы китайской медицины / П. В. Белоусов. – Алматы, 2004. – 160 с.
2. Гилязева, Г. А. Особенности депрессивных расстройств у одиноких женщин, страдающих алкоголизмом: дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 / Гилязева Г. А. – Москва, 2018. – 159 с.
3. Денисович, Л. Г., Лопатин, В. В., Лопатина, Т. Н. Социальные аспекты женского алкоголизма / Л. Г. Денисович, В. В. Лопатин, Т. Н. Лопатина // Врач. – 2018. – 29 (4). – С. 9–12.
4. Мачоча, Дж. Психика в китайской медицине. Лечение психоэмоциональных проблем с помощью акупунктуры и китайских трав / Дж. Мачоча; пер. с англ. – М.: Синофарм, 2013. – 704 с.
5. Николкина, Ю. А. Влияние социально-демографических факторов на клинические проявления алкогольной зависимости у женщин: автореф. ... канд. мед. наук: 14.01.27 / Николкина Ю. А. – Санкт-Петербург, 2013. – 30 с.

КОМОРБИДНОСТЬ ПСОРИАЗА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Маркевич Е. Б.

Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Актуальность. Псориаз – одна из наиболее актуальных проблем современной психодерматологии, обусловленной его распространенностью, хроническим рецидивирующим течением заболевания, особенностями клинических проявлений и вынужденной необходимостью в постоянном лечении. Являясь одним из самых распространенных в мире хронических дерматозов, он негативно влияет на социальный статус пациентов и их межличностные взаимоотношения, создает ощутимые препятствия в повседневной жизни, снижает работоспособность и социальную активность пациентов, приводит к существенному ухудшению качества их жизни, что и определяет медико-социальную значимость проблемы. Высокий уровень заболеваемости псориазом на нынешнем этапе развития цивилизации объясняется стремительным темпом жизни общества, увеличением эмоциональной нагрузки, требующей огромных нервных и интеллектуальных усилий, исходя из чего псориаз нередко относят к группе так называемых «болезней цивилизации» [1].

Цель – оценка частоты и спектра психических расстройств, показателей психоэмоциональной сферы у пациентов с псориазом.

В последние годы наблюдается рост заболеваемости хроническими дерматозами, в том числе и псориазом, при котором регистрируется высокая распространенность психических расстройств. В связи с этим наибольший интерес для дерматолога представляют психосоматические болезни –

соматические расстройства, которые возникают под влиянием или при участии эмоционального напряжения, в частности психических воздействий, испытанных пациентом с кожной патологией в прошлом или в настоящее время. Отнесение псориаза к разряду психосоматических заболеваний кожи основано на огромном клиническом материале, позволяющем проследить очевидную взаимосвязь между эмоционально-стрессовыми ситуациями и манифестацией дерматоза.

В то же время во многих исследованиях показаны не только психосоматические, но и соматопсихические механизмы, поскольку кожные заболевания способствуют развитию психических расстройств. В таком случае дерматоз является не следствием, а причиной возникновения и развития психических нарушений, вызывает у пациента беспокойство, приводит к развитию хронического стресса, что в свою очередь ухудшает течение болезни. Не случайно до 5% лиц с псориазом страдают выраженными депрессивными расстройствами [2].

Психопатологическая симптоматика у пациентов с псориазом чаще всего представлена эмоциональной неустойчивостью, тревожностью, раздражительностью, депрессией. Факторы, способствующие развитию психических расстройств при псориазе, – социальная тревога, страх инвалидизации, длительность, упорство и непредсказуемость течения заболевания, тягостные ощущения зуда и боли, внешне заметный и уродующий характер высыпаний. Длительное течение псориаза влечет за собой нарушение сна, аппетита, депрессию при одновременном снижении качества жизни пациента, в том числе за счет психологической составляющей. В результате возникает своеобразный «порочный круг» – псориазическая болезнь [3].

Одной из причин, обостряющих псориаз, служит стресс. Стрессовые события часто называются пациентами причиной появления или обострения болезни, 60% из которых утверждали, что стресс, эмоциональное напряжение, психические травмы были причинными факторами для развития заболевания. Возникающее у пациентов с псориазом невротическое состояние может быть первичным, если оно предшествует появлению кожного заболевания, или вторичным, когда является результатом имеющегося дерматоза и приводит к психологическим проблемам, усугубляющим психическое состояние пациентов. У лиц с псориазом обнаружены существенные различия в способности противостоять стрессам и справляться с их последствиями. В свою очередь переживания и эмоциональное напряжение, психогенные факторы, снижающие качество жизни пациентов, отрицательно влияют на течение патологического процесса и эффективность терапии псориаза [4].

К отличительным личностным чертам пациентов с псориазом можно отнести неустойчивое эмоциональное состояние, повышенную тревожность, ипохондрию и мнительность, конфликтность, что приводит к значительной психологической дезадаптации и нарушениям межличностных отношений, а впоследствии и к определенной социальной изоляции [1].

В последние годы значительно увеличился интерес специалистов к проблеме тревожности и депрессии при дерматозах. У 13,1% пациентов с псориазом наблюдаются тревожные расстройства. Показано, что личностная тревожность у пациентов, страдающих псориазом, выше реактивной [2].

Депрессию принято считать коморбидным псориазу состоянием, которое не просто сопутствует дерматозу, но имеет общие с ним патогенетические особенности, обусловленные развитием системного иммуновоспалительного процесса в организме. Высокий уровень психологического стресса, негативные представления о своей внешности и более низкий уровень эмоциональной и социальной поддержки, наличие других сопутствующих заболеваний – это факторы, предрасполагающие к развитию депрессии при псориазе. Исключением могут быть более молодые пациенты с тяжелым псориазом, у которых сам псориаз выступает фактором риска. Высокая частота коморбидной депрессии у пациентов с псориазом характеризуется плохой приверженностью к лечению, отрицательным терапевтическим ответом и худшими результатами. Результаты некоторых исследований показывают, что женщины были более склонны к депрессивным симптомам и психологическим расстройствам. Возможной причиной высокой распространенности депрессии у пациентов с псориазом при оценке самооценки может быть чрезмерный акцент на внешности. Пациенты с ранним началом псориаза были значительно более депрессивными и тревожными, чем пациенты с поздним проявлением заболевания [6].

Таким образом, у лиц с псориазом наблюдается значительная частота тревожных, депрессивных расстройств как психогенного, так и соматогенного характера, невротического уровня, а также расстройств личности [3].

Большинство пациентов с псориазом средней и тяжелой степени (96%) сообщили о зуде. Зуд – это клинически важный симптом псориаза, который оказывает большое влияние на качество жизни. Существуют исследования, показывающие, что пациенты с псориазом с сильным зудом имеют более высокие баллы по депрессии и тревоге, а также выявляют такие черты характера, как соматическая тревога, озлобленность, недоверие и физическая агрессивность. Выявлена также прямая положительная связь между выраженностью кожного зуда и тяжестью депрессии у пациентов с псориазом. Сильный зуд может способствовать возникновению негативного аффективного состояния, а депрессия может усилить восприятие зуда и быть предрасполагающим фактором [5].

Результаты и их обсуждение. Психические расстройства при псориазе включают тревогу, депрессию, обсессивно-компульсивное расстройство, а также психотические расстройства. В структуре психической патологии пациентов, страдающих кожными заболеваниями, депрессии составляют 60-80%, расстройства личности – 40-60%, тревожные расстройства – до 30% [3].

Выводы. В настоящее время сочетание тяжелого течения псориаза с психическими расстройствами скорее правило, чем исключение. На фоне

псориаза часто развиваются тревожные, депрессивные расстройства как психогенного, так и соматогенного характера, расстройства личности, что подтверждает целесообразность проведения психодиагностических исследований у пациентов с данной патологией и применения, наряду с традиционными медикаментозными методами, психологической коррекции и психотерапии.

Применение только медикаментозных методов лечения приводит к утяжелению течения сочетанной патологии, ухудшению ее прогноза, росту расходов на лечение, что в конечном итоге ведет к полипрагмазии. Одновременное назначение большого количества лекарственных препаратов делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты, а у пациентов пожилого возраста приводит к резкому росту местных и системных нежелательных эффектов. Описанная выше сочетанная патология должна нацеливать врача-дерматовенеролога на персонифицированный, а не на болезнь-ориентированный подход к диагностике, лечению, профилактике и прогнозу псориаза, ассоциированного с психическими расстройствами.

Литература

1. Beisebaeva U. T., Al'menova L. T., Khabizhanov A. B. The influence of the prevalence of the skin process on the dermatological index of the quality of life of patients with psoriasis. *Vestnik Kazakhskogo natsional'nogo meditsinskogo universiteta*. 2018; 3: 457-459. (In Russ.)
2. Kwon C. W., Fried R. G., Nousari Y. F. et al. Psoriasis: Psychosomatic, somatopsychic, or both? *Clin Dermatol*. 2018; 36(6): 698-703. DOI: 10.1016/j.clindermatol.2018.08.009.
3. Leon A., Levin E. C., Koo J. Y. Psychodermatology: an overview. *Semin. Cutan. Med. Surg.* 2013; 32(2): 64–67. DOI: 10.12788/j.sder.0002.
4. Jose M. R., Menon S. B. Cognitive emotional regulation, perceived stress and psychological general well-being in patients with skin diseases: a comparative study. *Int. J. Indian Psychol.* 2017; 4: 5–19. DOI: 10.25215/0404.002.
5. Remröd Ch., Sjöström K., Svensson A. Pruritus in psoriasis: a study of personality traits, depression and anxiety. *Acta. Derm. Venereol.* 2015; 95: 439–443. DOI: 10.2340/00015555-1975.
6. Wojtyna E. Gender, body image and social support: biopsychosocial determinants of depression among patients with psoriasis. *Acta. Derm. Venereol.* 2017; 97: 91–97. DOI: 10.2340/00015555-2483.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ

Марковцова О. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. По данным Всемирной организации здравоохранения [1], онкологические заболевания органов женской репродуктивной системы – самые частые формы злокачественных опухолей у женщин. Статистические данные последних лет показывают, что в Республике Беларусь происходит значительное увеличение числа пациентов (по данным Министерства здравоохранения, число случаев установленного диагноза онкологии органов женской репродуктивной системы: в 2010 г. – 7557 случаев, в 2014 г. – 7890 случаев и в 2019 г. – 9155 случаев), омоложение контингента болеющих, в т. ч. лиц детородного возраста [2]. Психические расстройства у пациенток со злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы – актуальная проблема, т. к. они значительно ухудшают прогноз течения онкологического заболевания и снижают вероятность благоприятного исхода [3].

Цель – изучить роль онкологической патологии в возникновении психических расстройств у пациенток со злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы по данным доступных литературных источников.

Методы исследования. Проведен анализ доступных литературных источников PubMed, Sci-Hub, КиберЛенинка, EORTC.

Результаты и их обсуждение. Увеличение числа пациентов со злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы и омоложение этого контингента приводит к тому, что увеличивается число пациенток с психическими расстройствами, манифестирующими на фоне возникновения онкологического заболевания [4]. И одна из задач современной психоонкологии – своевременное выявление, диагностика и лечение психических расстройств, которые значительно снижают качество жизни онкологического пациента, рассматриваются как один из факторов, ухудшающих клиническое течение основного заболевания, прогноз и выживаемость [5].

Общая черта онкологических заболеваний и психических расстройств, помимо их взаимосвязанности, заключается в том, что они занимают большую долю в глобальном бремени болезней (Global Burden of Disease) [6], а также в числе значимых причин инвалидности (Years Lived with Disability) [7]. Учитывая частоту сопутствующих психических расстройств при онкологических заболеваниях [8], их влияние на качество жизни пациента, на

здоровье общества в целом [3], данная категория расстройств является предметом эпидемиологических исследований и метаанализов [9].

Расстройства адаптации, тревожные и депрессивные расстройства – наиболее распространенные психологические проблемы у онкологических пациентов. Современные исследования показывают, что их возникновение, частота и интенсивность, кроме социально-демографических характеристик, во многом зависят от клинических характеристик самого заболевания – стадия, вид лечения, локализация опухоли, наличие определенных соматических симптомов (боль, утомляемость, инвалидизация) [10]. Так, например, 42% пациентов с раком молочных желез имеют какое-либо психическое расстройство, наиболее изучены депрессивные и тревожные расстройства [11]. Это связано с частотой возникновения данной патологии, травматичностью, опыта установления диагноза и его весьма специфичным и значительным влиянием как на физическое и функциональное, так и на психосоциальное благополучие женщины. Диагностика рака молочной железы вызывает негативные эмоциональные состояния: реакции отрицания и гнева, тревожные и депрессивные состояния, страхи и беспокойства, связанные, например, с боязнью изменения внешности из-за мастэктомии, страх перед предстоящим лечением, страх болевых ощущений, страх смерти, снижение либидо, что в совокупности приводит к изменению привычного образа жизни, возникновению социальных проблем или проблем во взаимоотношениях и к значительному снижению качества жизни [10]. Невзирая на прогресс в области лечения онкологических заболеваний, сохраняющиеся риски возникновения осложнений и рецидивов до сих пор становятся причиной нарушения психоэмоционального состояния пациенток. Особое значение имеет тот факт, что терапия рака груди влияет на все аспекты женственности, в т. ч. сексуальность, возможность вынашивания и вскармливания детей, ну и на сам внешний вид женщины, ее привлекательность [11].

По литературным данным, пациенты с онкологическими заболеваниями в 5 раз чаще впадают в состояние депрессии, чем те, у кого нет онкологического заболевания. И так же каждый четвертый пациент, имеющий депрессию, болен онкологическим заболеванием. Данные литературных источников показывают связь между депрессивными расстройствами и онкологией – в два-три раза выше частота, чем в общей популяции, и колеблется в пределах 4-60% (в среднем 25-30%). Различия в частоте депрессивных расстройств обусловлены клинической формой, критериями и методами диагностики депрессии, а также типа, стадии онкологического заболевания и применяемого метода лечения [12].

Большое количество исследований за более чем 40 лет изучения этой проблемы сводятся к мнению, что основную трудность в распознавании симптомов депрессии представляет то, что они могут относиться к основному онкологическому заболеванию. Исследования Deckx и др. показали, что 82% депрессивных расстройств у онкологических пациентов были обнаружены

именно из-за наличия апатии и усталости [13]. Поэтому важно в лечении таких пациентов давать адекватную оценку их психоэмоциональному состоянию, оценивать наличие симптомов депрессии или тревоги для того, чтобы назначить симптоматическую терапию и проводить психоонкологическую поддержку [14].

Недостаток времени, знаний и навыков оценки психоэмоционального состояния со стороны врачей соматического профиля, отказ пациентов обсуждать эмоциональные проблемы с лечащим врачом, – дополнительные факторы, затрудняющие выявление психических расстройств у онкологических пациентов [14]. И как следствие – негативные последствия психических расстройств, которые влияют на субъективное восприятие соматических симптомов, исключают веру в выздоровление, заставляют пациента отказываться от лечения онкологического заболевания, что, соответственно, ухудшает прогноз заболевания, ожидаемое время выживания и является потенциальным риском к суициду [15] [16]. Ряд данных свидетельствует о том, что врачи-онкологи наименее обеспокоены психоэмоциональным состоянием пациента, так как основной упор в их работе делается на стабилизацию соматического состояния и достижения ремиссии [14]. В связи с чем такие пациенты не всегда попадают в поле зрения специалистов, оказывающих психиатрическую помощь, и не назначается адекватная терапия имеющихся психических расстройств.

Выводы. Выявленные психопатологические синдромы у пациентов со злокачественными новообразованиями органов женской репродуктивной системы не имеют специфичности и характеризуются полиморфностью, что объясняется соматическим состоянием пациенток. Соматический статус пациенток усложняет и маскирует клинические проявления психических расстройств. Отмечено отсутствие общей таксономии психопатологических синдромов у данной категории онкологических пациентов, что усложняет формирование единого подхода к своевременному выявлению психических расстройств, психофармакотерапии и реабилитации таких пациентов.

Литература

1. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries / H. Sung [et al.] // *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. – 2021.- Vol. 71. – P. 209-249.
2. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных белорусского канцер-регистра за 2010-2019 гг / А.Е. Океанов [и др.]. – Минск: Государственное учреждение «Национальная библиотека Беларуси», 2021. – 289 с.
3. Cancer and mental health-a clinical and research unmet need / A. Purushotam [et al.] // – *Annals of Oncology*. - 2013. – Vol. 24. – P. 2274-2278.
4. Psychosexual dysfunction in women with gynaecological cancer following radical pelvic surgery / Corney R. [et al.] // – *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. - 1993. – Vol. 100. – P. 1100.

5. Harrison J. Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients / Maguire P. - Cambridge; The British Journal of Psychiatry. - 1994 – Vol. 165 – P. 593 - 598.
6. GBD 2017: Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 [Electronic resource] / Spencer L .J. [et al.] // The Lancet - 2018 – Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673618322797> - 32593067 - Date of access: 21.10.2022
7. Institute for Health Metrics and Evaluation. Findings from the Global Burden of Disease Study 2017 [Electronic resource] / Nomura S. [et al.] // The Lancet - 2018 - Mode of access: http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/policy_report/2019/GBD_2017_Booklet.pdf - Date of access: 29.10.2022
8. Comorbidity of common mental disorders with cancer and their treatment gap: findings from the World Mental Health Surveys [Electronic resource] / Nakash O. [et al.] // Psychooncology – 2014 - Mode of access: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.337223\(1\)](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/pon.337223(1)) - Date of access: 20.10.2022.
9. Four-week prevalence of mental disorders in patients with cancer across major tumor entities [Electronic resource] / Mehnert A. [et al.] // J Clin Oncol – 2014 - Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25287821/> - Date of access: 20.10.2022.
10. Alleviating the breast cancer experience: a plea for psycho-oncology [Electronic resource] / Hermelink K. [et al.] // Breast Care – 2015 - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4464027/> - Date of access: 20.10.2022.
11. Assessment of depression and anxiety in breast cancer patients: prevalence and associated factors [Electronic resource] / Tsaras K. [et al.] // Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. - 2018 - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6103579/> - Date of access: 20.10.2022.
12. The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: prevalence and severity of depressive symptoms [Electronic resource] / Hartung T.J. [et al.] // Eur J Cancer. – 2017. - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8652041/> - Date of access: 21.10.2022.
13. The value of fatigue severity to rule out depression in older adult patients with cancer [Electronic resource] / Deckx L. [et al.] // Oncol Nurs Forum. – 2015. - Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26148326/> - Date of access: 23.10.2022.
14. Prevalence of depression in cancer patients: a meta-analysis of diagnostic interviews and self-report instruments [Electronic resource] / Krebber A.M.H. [et al.]

// Psycho-Oncology. – 2014. - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282549/> - Date of access: 23.10.2022.

15. Depressive spectrum disorders in cancer: prevalence, risk factor and screening for depression: a critical review [Electronic resource] / Caruso R. [et al.] // Acta Oncol. – 2017. - Mode of access: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/0284186X.2016.1266090?needAccess=true> - Date of access: 23.10.2022.

16. Clinical characteristics of depressive disorders in inpatients with malignant tumors [Electronic resource] / Liu Z. [et al.] // Int J Clin Exp Med. – 2017. – Mode of access: <https://e-century.us/files/ijcem/10/8/ijcem0052654.pdf> - Date of access: 23.10.2022.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМОМ И АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 лет

Мармыш Д. А.¹, Станько Э. П.²

*Могилевский областной наркологический диспансер¹, Могилев, Беларусь
Гродненский государственный медицинский университет², Гродно, Беларусь*

Актуальность. Эпидемиологические показатели развития наркологической ситуации, связанной с зависимостью от алкоголя, – один из критериев оценки эффективности мероприятий по противодействию распространения алкогольной зависимости [1]. Выявление основных тенденций и динамическое наблюдение за показателями, характеризующими распространение алкоголизма, составляют основу мониторинга наркологической ситуации [2].

Цель исследования – установить тенденции основных показателей наркологической ситуации, обусловленной зависимостью от алкоголя в Республике Беларусь в 2012-2021 гг.

Задача исследования – оценить динамику алкоголизма и алкогольных психозов в Республике Беларусь в период с 2012 по 2021 гг.

Методы исследования. Проведен анализ статистических данных по заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами в Республике Беларусь за последние 10 лет. Используются официальные статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь [3]. Методология ретроспективного эпидемиологического анализа по изучению ситуации, связанной с алкоголизмом и алкогольными психозами (динамический ряд: 2012-2021 гг.), представлена расчетами интенсивных показателей заболеваемости, качественно-количественными характеристиками их динамического ряда. За единицу наблюдения принят каждый случай

синдрома зависимости от алкоголя и алкогольных психозов в течение 2012-2021 гг.

Для проведения анализа использовался такой показатель, как первичная заболеваемость (впервые выявленная заболеваемость) – совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных в отчетном году на 100 тыс. населения. Первичная заболеваемость характеризует частоту возникновения новых случаев болезни в данном году. Имеющиеся данные позволили осуществить расчет показателей за временной период 2012-2021 гг. с учетом современных представлений и требований [2, 4]. Обработка осуществлялась в модуле «Анализ временных рядов» пакета статистических программ Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. В 2012 г. на учете в организациях здравоохранения Республики Беларусь на конец года по поводу алкоголизма и алкогольных психозов состояли 23742 чел., что составляет 250,8 случаев на 100 тыс. населения. В Могилевской области на учете в 2012 г. состояли 2889 чел., показатель распространенности составил 30,5 случая на 100 тыс. населения.

Установлено, что за последние 10 лет заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами снизилась в Республике Беларусь на 45,7%, в Могилевской области – на 41,5% (рисунок 1).

Среднее значение коэффициента наглядности по отношению к 2012 г. по Республике Беларусь составило +76,7%, по Могилевской области – +79,3%. Коэффициент наглядности по отношению к предыдущему году в 2021 г. составил в Республике Беларусь +98,4%, в Могилевской области – +108,4%.

Значения абсолютного прироста отличались неустойчивостью, имели по Республике Беларусь отрицательный знак. Так, величина абсолютного прироста в 2021 г. по Республике Беларусь составила -2,1 при среднем значении -12,7. Абсолютный прирост заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами по Могилевской области был неустойчивым, однако в 2017 и 2021 гг. имел положительные значения. Средняя величина абсолютного прироста по Могилевской области составила -1,4. Темп прироста заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами в Республике Беларусь за последние 10 лет имел отрицательные значения, среднее значение составило -6,39%. В Могилевской области темп прироста заболеваемости алкоголизмом и алкогольными психозами, несмотря на положительные значения в 2017 (+7,8%) и 2021 (8,4%) гг., в среднем за изучаемый период имел отрицательное значение и составил -5,14% (рисунок 2).

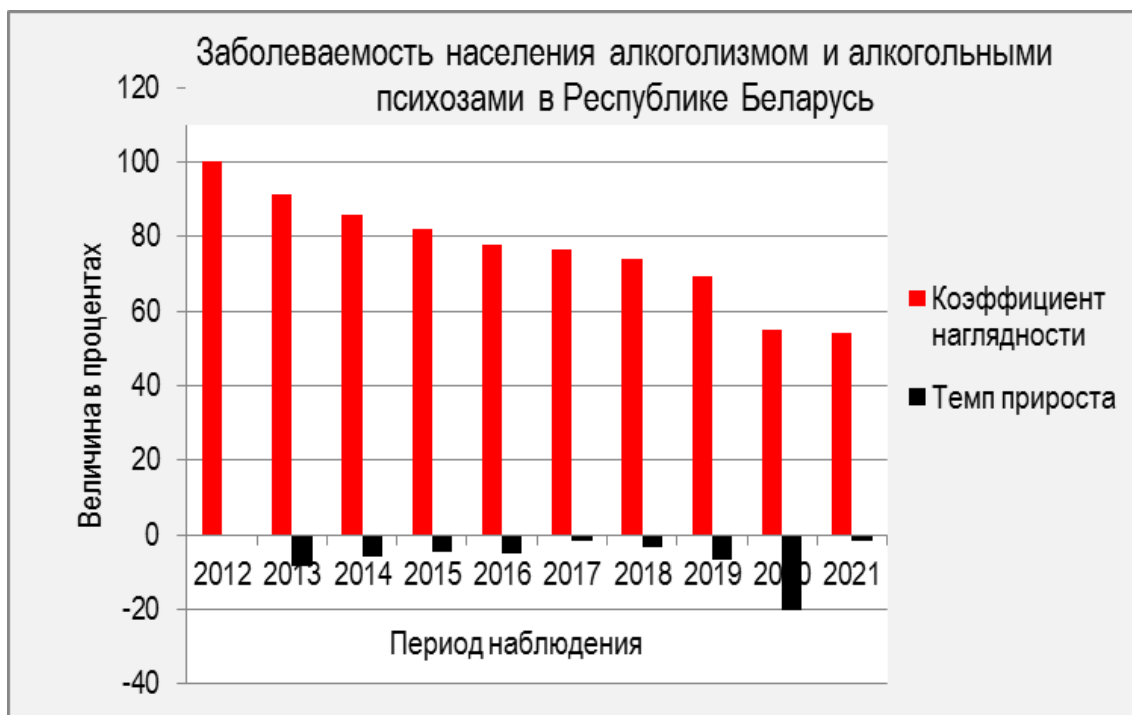


Рисунок 1

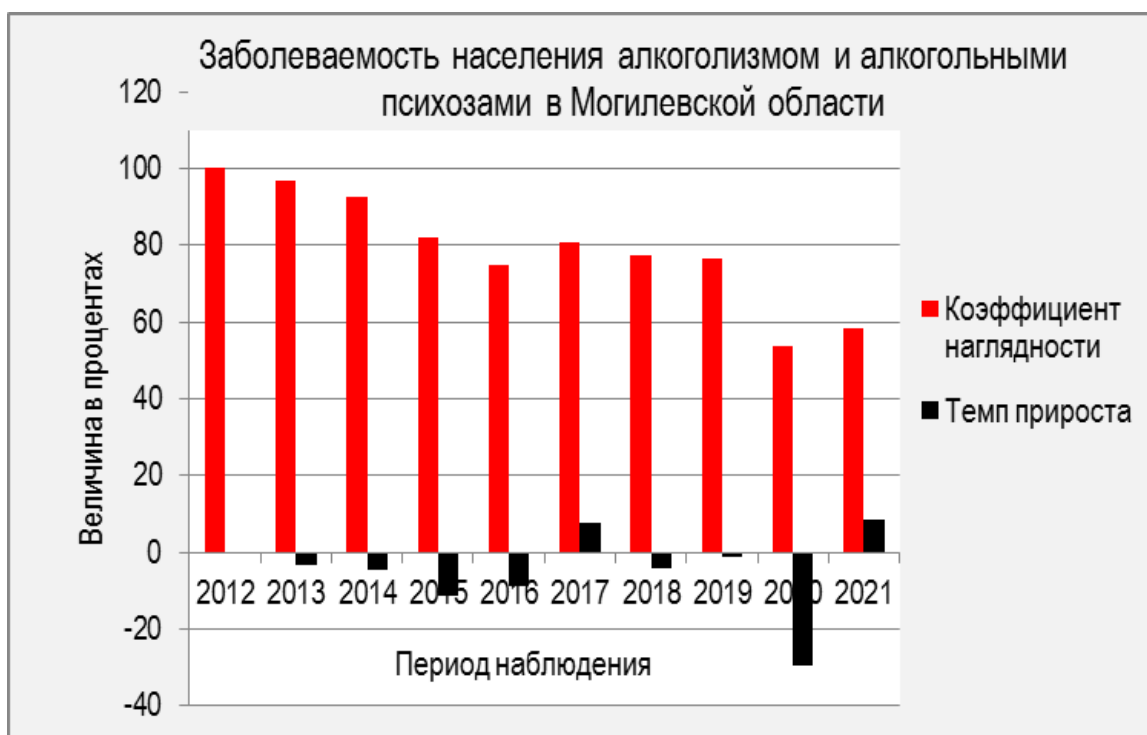


Рисунок 2

1% прирост положительным был по Республике Беларусь и по Могилевской области. Среднее значение 1% прироста по Республике Беларусь составило +1,98, по Могилевской области – +0,25.

Выводы. Заболееваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами имеет нисходящую направленность, выраженную в большей степени в Республике Беларусь и Могилевской области за последние 10 лет. Снижение

заболеваемости населения алкоголизмом и алкогольными психозами может отражать эффективность проводимых профилактических мероприятий.

Полученные эпидемиологические данные следует использовать в клинической практике для проведения мониторинга наркологической ситуации, разработки оперативных и перспективных межведомственных планов и профилактических программ для разных групп населения.

Литература

1. Позднякова, М. А. Эффективность мероприятий по профилактике злоупотребления алкоголем и табакокурения / М. А. Позднякова, Л. А. Егерова, С. О. Семисынов // Современные проблемы гигиены, токсикологии и медицины труда. – 2020. – С. 207-214.

2. Кошкина, Е. А. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е. А. Кошкина [и соавт.]. – Litres, 2020 – 287 с.

3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 16.10.2022.

4. Подкорытова, О. А. Анализ временных рядов / О. А. Подкорытова, М. В. Соколов. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2017. – 267 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО НАРКОМАНИЯМ И ТОКСИКОМАНИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012–2021 гг.

Мармыш Д. А.¹, Станько Э. П.²

*Могилевский областной наркологический диспансер¹, Могилев, Беларусь
Гродненский государственный медицинский университет², Гродно, Беларусь*

Актуальность. В последние годы наблюдалась относительная стабилизация распространенности наркоманий и токсикоманий в Республике Беларусь. Несмотря на это, вопросы профилактики остаются актуальными [1]. Выявление тенденций, характеризующих распространение наркоманий, составляет основу мониторинга наркологической ситуации в республике [2]. Предметом исследования стали показатели заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями в Республике Беларусь и Могилевской области в сравнении.

Цель исследования – установление основных тенденций потребления наркотических и токсикоманических средств в Республике Беларусь и Могилевской области в сравнении в 2012-2021 гг.

Задача исследования – оценить динамику наркоманий и токсикоманий в Республике Беларусь и Могилевской области в сравнении за последние 10 лет.

Методы исследования. Проведен анализ статистических данных по заболеваемости населения наркоманиями и токсикоманиями в Республике Беларусь и Могилевской области за последние 10 лет. Используются

официальные статистические данные Национального статистического комитета Республики Беларусь [3]. Методология ретроспективного эпидемиологического анализа по изучению ситуации, связанной с наркоманиями и токсикоманиями (динамический ряд: 2012-2021 гг.), представлена расчетами интенсивных показателей заболеваемости, качественно-количественными характеристиками их динамического ряда. За единицу наблюдения принят каждый случай синдрома зависимости от наркотиков и других психоактивных веществ (ПАВ) в течение 2012-2021 гг.

Для проведения анализа использовался такой показатель, как первичная заболеваемость (впервые выявленная заболеваемость) – совокупность заболеваний, впервые зарегистрированных в отчетном году на 100 тыс. населения. Первичная заболеваемость характеризует частоту возникновения новых случаев болезни в данном году. Имеющиеся данные позволили осуществить расчет показателей за временной период 2012-2021 гг. с учетом современных представлений и требований [4]. Обработка осуществлялась в модуле «Анализ временных рядов» пакета статистических программ Statistica 10.0.

Результаты и их обсуждение. В 2012 г. число впервые установленных случаев наркоманий и токсикоманий в организациях здравоохранения Республики Беларусь составило 1653 чел., что составляет 17,5 случаев на 100 тыс. населения. В Могилевской области число впервые установленных случаев наркоманий и токсикоманий в 2012 г. составило 150 чел., или 14,0 случаев на 100 тыс. населения.

Установлено, за последние 10 лет уровень заболеваемости (с впервые установленным диагнозом) населения наркоманиями и токсикоманиями снизился в Республике Беларусь в среднем на 46,2% и составил в 2021 г. 4,9 случая на 100 тыс. населения. В Могилевской области заболеваемость наркоманиями и токсикоманиями снизилась на 49% и составила в среднем 4,1 случая на 100 тыс. населения (рисунок 1).



Среднее значение коэффициента наглядности по отношению к 2012 г. по Республике Беларусь составило +53,8%, по Могилевской области – +51,2%. Коэффициент наглядности по отношению к предыдущему году в 2021 г. составил в Республике Беларусь +99,3%, в Могилевской области – +125,0%.

Значения абсолютного прироста отличались неустойчивостью, имели по Республике Беларусь показатель с отрицательным значением (кроме 2020 г.). Так, величина абсолютного прироста в 2021 г. по Республике Беларусь

составила -1,57 при такой же величине среднего значения. Абсолютный прирост заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями по Могилевской области был неравномерным, средняя величина абсолютного прироста составила -0,2. Темп прироста заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями в республике за последние 10 лет имел отрицательные значения, кроме 2020 г. (+6,7), среднее значение составило -14,1%. В Могилевской области темп прироста заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями был неравномерным, имел как отрицательные, так и положительные (2014 г. – +5,53%, 2018 г. – +21,3%, 2020 г. – +0,6%) значения. В среднем за изучаемый период темп прироста по Могилевской области составил -13,3% (рисунок 2).



1% прирост был положительным как по Республике Беларусь, так и в Могилевской области. Среднее значение 1% прироста по Республике Беларусь составило +0,1, по Могилевской области – +0,01.

Выводы. За последние десять лет наблюдается тенденция к снижению уровня заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями как в Республике Беларусь, так и в Могилевской области. Это может быть связано с влиянием социальных и экономических факторов, профилактических мероприятий, направленных на снижение потребления наркотиков и пропаганду здорового образа жизни. Территориальные различия в заболеваемости наркоманиями и токсикоманиями присутствуют. Несмотря на положительные тенденции,

распространение наркоманий и токсикоманий в Республике Беларусь – одна из актуальных социальных проблем, влияющих на здоровье и благополучие населения. Нужен поиск новых мер по профилактике распространенности наркоманий. Наряду с правовыми и ограничительными мерами, предпринимаемыми государством для борьбы с наркоманиями и токсикоманиями, необходимо проведение фундаментальных исследований причин появления этих болезней.

Литература

1. Бруснева, В. В. Проблемы совершенствования профилактики наркомании в молодежной среде / В. В. Бруснева, Л. А. Бруснев, В. В. Горбунова // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – №. 3. – С. 131-133
2. Кошкина, Е. А. Медицинские, социальные и экономические последствия наркомании и алкоголизма / Е. А. Кошкина [и соавт.]. – Litres, 2020 – 287 с.
3. Национальный статистический комитет Республики Беларусь [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://belstat.gov.by/>. – Дата доступа: 16.10.2022.
4. Подкорытова, О. А. Анализ временных рядов / О. А. Подкорытова, М. В. Соколов. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2017. – 267 с.

СМЕРТНОСТЬ ОТ СЛУЧАЙНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ. АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК УМЕРШИХ

Мармыш Д. А.

Могилевский областной наркологический диспансер, Могилев, Беларусь

Актуальность. Синдром зависимости от алкоголя (алкоголизм) – одна из важных проблем белорусского общества. Широкая доступность и реклама алкогольных напитков, относительно низкая цена на алкогольную продукцию, социальная и психологическая напряженность, неорганизованность досуга и отдыха способствуют алкоголизации населения, включая подрастающее поколение. Отравления этиловым спиртом занимают ведущее место среди бытовых отравлений по абсолютному числу летальных исходов.

Смерть от случайного отравления алкоголем – насильственная смерть, вызванная острой экзогенной интоксикацией организма этиловым спиртом при его высоких концентрациях в крови. Этиловый спирт (этанол) оказывает выраженное токсическое действие на организм человека и является мощнейшим цитоплазматическим ядом. В большинстве случаев смерть наступает непосредственно от токсического действия этанола на дыхательный центр, вызывая его паралич. Доказано также прямое кардиотоксическое действие этилового спирта на метаболизм миокарда и угнетение его

сократительной способности с развитием сердечно-сосудистой недостаточности.

В Республике Беларусь отмечается высокий уровень потребления алкоголя среди населения, а также высокий показатель смертности от случайных отравлений алкоголем, что создает реальные угрозы для развития общества. Проводимая в республике профилактическая работа по предупреждению алкоголизации населения – несистемная, вследствие чего обречена на неэффективность. Большинство населения имеет ошибочное убеждение, что все проблемы, связанные с потреблением алкоголя и возникающими последствиями, лежат в зоне компетенции системы здравоохранения, в частности наркологической службы.

В белорусском обществе сложилось социальное противоречие между потребностями общества в устойчивом демографическом, экономическом, социальном и культурном развитии, снижении алкоголизации населения, с одной стороны, и заинтересованностью предприятий промышленности и торговли (часто негосударственной формы собственности) в получении дохода от производства и продажи алкогольной продукции, с другой.

Ценовая политика в области реализации алкоголя, широкая продажа алкогольной продукции в шаговой доступности, вблизи жилых домов, школ, на автозаправочных станциях, в том числе в ночное время, спровоцировала ситуацию, когда алкогольная продукция в республике – самая доступная.

Цель – изучение и анализ основных социально-демографических характеристик пациентов, умерших от случайного отравления алкоголем. Интерпретация результатов с целью установления причин высокого уровня смертности от случайных отравлений алкоголем.

Методы исследования. Первичной информацией для анализа стали протоколы разбора случаев смерти от случайного отравления алкоголем (далее – протокол) жителей Могилевской области. Данные протоколы предоставляются учреждениями здравоохранения Могилевской области в УЗ "Могилевский областной наркологический диспансер". По данным государственного комитета судебных экспертиз, за 2021 г. от случайных отравлений алкоголем умерли в Могилевской области 192 человека.

Проведен анализ 61 протокола разбора случая смерти от случайного отравления алкоголем жителей Могилевской области в 2021 г.

Результаты и их обсуждение. Распределение умерших в зависимости от социально-демографических характеристик:

пол – 17 женщин (27%) и 44 мужчины (73%);

возраст – 0-20 лет – 0 умерших; 20-30 лет – 1 умерший (1,6%); 31-40 лет – 10 умерших (16%); 41-50 лет – 21 умерший (34%); 51-60 лет – 18 умерших (29%); старше 60 лет – 11 умерших (19%);

место проживания – город 39 (64%), сельская местность 22 (36%);

состоял(а) под наблюдением у врача-нарколога – состоял(а) 17 (27%), не состоял(а) 44 (73%);

место смерти – учреждение здравоохранения – 3 (4%), дома – 24 (39%), другое место (улица) 34 (57%);

социальный статус – работает 17 (27%), не работает 37 (60%), пенсионер – 7 (13%);

семейное положение – женат/замужем – 13 (21%); разведен/холост – 11 (19%); проживает один – 37 (60%);

анализ диспансеризации (общелечебная сеть) – регулярно наблюдались – 11 (18%), не обращались в поликлинику более 1 года – 50 (82%);

диспансерное наблюдение у врача-нарколога (из 17 умерших, состоящих под наблюдением) – 2 регулярно посещали врача-нарколога (11%), 15 уклонялись от диспансерного наблюдения (89%).

Из приведенного выше анализа видно, что мужчины в 2,5 раза чаще умирают от случайных отравлений алкоголем, в основном в возрасте от 41 до 60 лет (63%), чаще городские жители (64%). В молодом возрасте (до 30 лет) зарегистрирован лишь один случай смерти.

Как правило, погибали от случайных отравлений алкоголем одиноко проживающие, не работающие граждане (60%), с низкой социальной активностью, длительно не обращающиеся в учреждения здравоохранения, в том числе за помощью к врачу-наркологу.

Чаще всего смерть наступала на дому или на улице, лишь в 3 случаях смерть была констатирована в учреждении здравоохранения.

Приведенный выше анализ свидетельствует о том, что проблема смертности от случайных отравлений алкоголем не является чисто медицинской, как и проблема потребления населением алкоголя в целом. Большинство умерших от алкоголя не попадали в поле зрения наркологической службы, не обращались длительное время за медицинской помощью в учреждения здравоохранения, и смерть их наступила в подавляющем большинстве случаев вне организаций здравоохранения.

Выводы:

1. Анализ протоколов разбора случаев смерти от случайного отравления алкоголем показал, что в большинстве случаев от отравления алкоголем умирают мужчины, проживающие в городе, в возрасте от 31 до 60 лет, не состоящие под наблюдением (на учете) у врача-нарколога, длительно не обращающиеся за медицинской помощью и уклоняющиеся от диспансеризации в поликлинике, не работающие, одиноко проживающие; смерть наступает по месту жительства или на улице.

2. Причинами смертности от случайных отравлений алкоголем становятся широкая доступность алкогольной продукции, социальная отчужденность отдельных индивидов, низкая приверженность к лечению и обращению в учреждения здравоохранения, одиночество и отсутствие занятости.

3. Уровень оказания медицинской помощи, в частности наркологической, существенно не влияет на смертность от случайных отравлений алкоголем.

4. Проблема пьянства и алкоголизма, а также проблема смертности от случайных отравлений алкоголем имеет комплексный экономический, социальный, культурный, правовой и медицинский характер. Комплекс мер по предупреждению и противодействию пьянству и алкоголизму, предупреждению смертности от отравления алкоголем, должен в первую очередь включать:

- оптимизацию объема и структуры производства и реализации алкогольных напитков, торговой и ценовой политики;
- уменьшение доступа к приобретению и потреблению спиртных напитков;
- запрет на продажу крепких спиртных напитков молодежи до 21 года;
- полный запрет рекламы спиртных напитков, включая пиво, во всех средствах массовой информации и общественных местах;
- запрет на реализацию алкогольной продукции на автозаправочных станциях, в маленьких магазинах, ларьках;
- запрет на реализацию алкогольной продукции в ночное время;
- активизация борьбы с незаконным оборотом алкоголя;
- создание общедоступной сети медицинской и реабилитационной помощи лицам, злоупотребляющим алкоголем;
- обеспечение трудовой занятости населения, укрепление семьи, повышение духовной культуры;
- создание условий для развития массовой физической культуры, спорта, туризма, художественного творчества и других форм культурного досуга.

Литература

1. Иванец, Н. Н. Алкоголизм. Руководство для врачей / Н. Н. Иванец. - М.: Медицинское Информационное Агентство (МИА), 2011. - 599 с.
2. Альтшулер, В. Б. Алкоголизм / В. Б. Альтшулер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 699 с.
3. Шабанов П. Д. Наркология: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. / П. Д. Шабанов.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 832 с.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ

Мармыш Д. А.

Могилевский областной наркологический диспансер, Могилев, Беларусь

Актуальность. Злоупотребление алкоголем в Республике Беларусь остается одной из острых медико-социальных проблем. Не вызывает сомнений, что злоупотребление алкоголем выступает фактором риска многочисленных заболеваний, в том числе травм и отравлений. Беларусь относится к странам со стабильно высоким потреблением алкоголя, последние годы более 10 литров на душу населения старше 15 лет.

В Могилевской области с 2020 г. отмечается снижение заболеваемости алкоголизмом. Уровень заболеваемости зависимостью от психоактивных веществ в Могилевской области в 2020 г. по сравнению с 2019 г. упал на 30% (с 2241 в 2019 г. до 1581 в 2020 г., или с 210 на 100 тыс. населения до 150 на 100 тыс. населения). На первый взгляд, за такие результаты можно похвалить систему здравоохранения за хорошую работу, в частности наркологическую службу, а также все субъекты профилактики, включая органы внутренних дел и др. А также можно отметить эффективность принимаемых государством мер по снижению алкоголизации населения.

Однако количество потребляемого населением алкоголя в Могилевской области в 2020 г. в сравнении с 2019 г. выросло на 3%. Данный показатель можно отследить по количеству реализованной алкогольной продукции организациями торговли. В 2019 г. количество проданных алкогольных напитков на душу населения старше 15 лет в пересчете на абсолютный алкоголь организациями торговли и объектами общественного питания Могилевской области составило 10,0 л, а в 2020 г. – 10,3 л.

Другими словами, мы имеем ситуацию, когда население употреблять алкоголя стало больше, а болеть «алкоголизмом» – меньше. Таким образом, напрашивается вывод, что показатель заболеваемости алкогольной зависимостью, мягко говоря, недостоверен.

Цель – динамический мониторинг алкогольной ситуации в Могилевской области при помощи эпидемиологических параметров заболеваемости алкогольной зависимостью с 2017 по 2021 гг. в контексте уровня потребления алкоголя. Установление причин, способствующих изменению статистических показателей.

Методы исследования. Проведен анализ динамики эпидемиологических параметров алкогольной зависимости и алкогольных психозов в Могилевской области в период с 2017 по 2021 гг. Проанализированы следующие показатели: первичная заболеваемость синдромом зависимости от алкоголя (совокупность первично установленных диагнозов в данном отчетном году); первичная заболеваемость алкогольными психозами; общее число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу зависимости от психоактивных веществ; общее количество пациентов, страдающих синдромом зависимости, пролеченных в стационаре. И использованные в настоящей работе данные получены из официального отчета наркологической службы Могилевской области.

Результаты и их обсуждение.

Таблица – Показатели деятельности наркологической службы Могилевской области

Наименование показателя	2017	2018	2019	2020	2021
1. Выявлено пациентов всего	2634	2474	2367	1668	1817
на 1000 населения	2,5	2,4	2,2	1,6	1,8

2. С впервые в жизни установленным диагнозом	2370	2276	2241	1581	1709
на 1000 населения	2,2	2,2	2,1	1,5	1,7
3. Выявлено алкогольных психозов	53	97	115	82	85
4. Состоит под диспансерным наблюдением	19765	19280	18837	18159	17480
на 1000 населения	18,7	18,3	17,9	17,8	17,2
5. Пролечены стационарно	2900	3038	3269	3283	3452
% от состоящих на учете	14,3	15,4	17	17,4	19

С 2017 г. отмечается снижение показателя заболеваемости синдромом зависимости на 28%: с 2370 в 2017 г. до 1709 в 2021 г. Резкое снижение произошло именно в 2020 г., на 30%: с 2241 в 2019 г. до 1581 в 2020 г.

Уровень алкогольных психозов с 2019 г. снизился на 40%: 115 алкогольных психозов в 2019 г. и 82 – в 2020 г.

Общее количество пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением, за последние 5 лет снизилось на 12%: с 19765 в 2017 г. до 17480 в 2021 г.

Количество пролеченных пациентов в стационарных условиях за 2021 г. увеличилось на 19% по сравнению с 2017 г: 2900 пациентов в 2017 г. и 3452 в 2021 г.

По информации главного статистического управления Могилевской области, продажа алкогольных напитков на душу населения (без микроорганизаций, с учетом населения в возрасте 15 лет и старше) в пересчете на абсолютный алкоголь организациями торговли и объектами общественного питания Могилевской области за 2019 г. составила 10,0 л, за 2020 г. – 10,3 л, за 2021 г. – 10,8 л, за 9 месяцев 2022 г. – 8,1 л.

Если подытожить статистику, можно отметить, что после 2019 г. население Могилевской области стало употреблять больше алкоголя, чаще лечиться по этому поводу в наркологических стационарах, но заболеваемость алкогольной зависимостью, алкогольными психозами снизилась. Данное противоречие требует установления причин.

Во-первых, заболеваемость алкоголизмом или количество установленных врачом-психиатром-наркологом диагнозов «синдром зависимости от алкоголя» зависит от того количества пациентов, которые обратились к нему на прием (или не обратились по каким-либо причинам). Исходя из этого, показатель заболеваемости алкоголизмом зависит в первую очередь от количества зарегистрированных диагнозов (выявляемости) наркологической службой.

Во-вторых, уровень заболеваемости (и выявляемости) зависит от активности правоохранительных органов и других субъектов профилактики, которые нередко выявляют злоупотребляющих алкоголем граждан и направляют (доставляют) на прием к врачу-психиатру-наркологу.

В-третьих, выявляемость пациентов наркологического профиля также зависит от уровня обращаемости населения за наркологической помощью, уровня доверия населения врачам, доступности наркологической помощи, возможности анонимного лечения (без регистрации диагноза) и др.

Так что же произошло в 2020 г., что выявляемость пациентов наркологического профиля в Могилевской области упала на 30 процентов? Если не сваливать все беды на инфекцию COVID-19, можно найти интересный факт. До мая 2020 г. наркологическая служба республики неизменно и привычно чуть менее 18 лет работала по инструкции, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2002 г. № 53 «О некоторых вопросах признания лица больным хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией, порядке и условиях оказания медицинской помощи пациентам, страдающим хроническим алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией» (далее – постановление 53). Согласно данному постановлению, врач-нарколог при установлении диагноза «синдром зависимости от психоактивных веществ» имел право единолично установить за пациентом диспансерное наблюдение (в наркологическом диспансере, в ЦРБ, в общесоматическом стационаре, в отделении милиции, в ИВС и др.).

Постановление 53 было признано утратившим силу постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08 мая 2020 г. № 50 «О медицинском освидетельствовании и принудительном обследовании в организациях здравоохранения, оказывающих наркологическую помощь». С того момента врачи-наркологи при осуществлении диспансерного наблюдения руководствуются постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 ноября 2017 г. № 95 «Об утверждении Инструкции о порядке осуществления диспансерного наблюдения». Согласно новой инструкции, диспансерное наблюдение за пациентом может устанавливаться на основании заключения врачебно-консультационной комиссии (далее – ВКК) организаций здравоохранения, оказывающих психиатрическую (наркологическую) помощь в амбулаторных условиях, при личном обращении гражданина.

Таким образом, с мая 2020 г. врач-нарколог при установлении диагноза «синдром зависимости» пациенту в соматическом стационаре, в отделении милиции, ИВС и других местах, установить диспансерное наблюдение за ним не может до тех пор, пока этот гражданин не обратится на осмотр ВКК в наркологический диспансер. Учитывая отсутствие мотивации к обращению за наркологической помощью у большинства пациентов наркологического профиля, в таких случаях, как правило, они в наркологический диспансер не приходят и под диспансерным наблюдением не находятся, и, соответственно, в статистику заболеваемости не попадают.

Выводы:

1. С 2020 г. отмечается резкое снижение (на 30%) заболеваемости синдромом зависимости и алкогольными психозами в Могилевской области.
2. Изменение законодательства по механизму установления диспансерного наблюдения за пациентами с синдромом зависимости, произошедшее в 2020 г., существенным образом повлияло на выявляемость пациентов наркологической службой и, как следствие, на статистику по заболеваемости алкогольной и другими видами зависимости.

Литература

1. Разводовский, Ю. Е. Алкогольная ситуация в Беларуси в контексте алкогольной политики. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2016. – № 1. – С. 35-42.
2. Барановский, Н. А. Потребление спиртных напитков как социальная проблема / Н. А. Барановский // Иппокрена. – 2012. – № 2. – С. 124-132
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Geneva. 2018.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ)

Михневич Н. Н.¹, Бизюкевич С. В.²

*Гродненская областная станция скорой медицинской помощи¹, Гродно,
Беларусь*

Гродненский государственный медицинский университет², Гродно, Беларусь

Актуальность. За последний год отмечается заметный рост количества вызовов скорой психиатрической помощи, обусловленный не только обострением психических расстройств у пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, но и развитием психических нарушений после перенесенной коронавирусной инфекции.

Появляется все больше научных исследований о том, что коронавирусная инфекция поражает центральную нервную систему (ЦНС), приводя при этом к развитию нервно-психических нарушений, которые могут присутствовать в остром периоде заболевания, в периоде реконвалесценции и принимать хроническое течение, так называемый «постковидный синдром» [1, 2, 3]. Так, в зарубежных исследованиях показано, что у пациентов с умеренно тяжелым или тяжелым течением COVID-19 (n=1539) через 6 месяцев после заражения вирусом SARS-CoV-2 в 35,7% случаев наблюдались когнитивные нарушения, особенно у пожилых пациентов, которые в остром периоде заболевания находились на искусственной вентиляции легких или получали кислородную поддержку [4, 5].

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в США почти

у 6% человек после подтвержденного COVID-19 в период между 14 и 90 днями заболевания был выставлен впервые диагноз психического расстройства (F20 – F48) [6, 7].

Патогенетические механизмы развития психических расстройств при коронавирусной инфекции в настоящее время широко обсуждаются во многих научных исследованиях. Среди ученых высказываются теории о церебральной гипоксии, вызванной митохондриальной дисфункцией и приводящей к "мозговому туману" [8]. Есть исследования, указывающие на то, что коронавирус оказывает прямое воздействие на ЦНС и способен повреждать нейроны, астроциты, перициты и глиальные клетки [9, 10]. В свою очередь реакция чрезмерного иммунного ответа, так называемый «цитокиновый шторм», вызывает активацию глутаматергической системы, приводит к повышению эксайтотоксичности и гибели нейронов либо к нарушению синаптической передачи нервного импульса [11].

Цель – провести анализ психических нарушений у пациентов после перенесенной коронавирусной инфекции на основании вызовов скорой психиатрической помощи.

Методы исследования. Проведен анализ 1425 вызовов психиатрической бригады скорой медицинской помощи г. Гродно за период с 01.12.2021 г. по 01.10.2022 г. Из них, по данным исследования, только в 1027 случаях (72%) повод к вызову позволял предполагать у пациента развитие психического расстройства после перенесенного COVID-19 или обострение хронического психического расстройства. Остальные 398 вызовов (28%) были выполнены по причине развития психических и поведенческих нарушений вследствие употребления психоактивных веществ (ПАВ). Из общего количества осмотренных пациентов 1200 человек (84%) состояли на диспансерном наблюдении (ДУ) у психиатра или нарколога и только 225 человек (16%) не наблюдались врачом-психиатром или наркологом.

В исследовании использованы принципы описательной статистики. Количественные показатели, имеющие нормальное распределение, представлялись в виде $M \pm s$, где M – среднее значение, s – стандартное отклонение, а показатели, распределение которых отличалось от нормального, описывались при помощи значений медианы и нижнего и верхнего квартилей Me [25%-75%].

Результаты и их обсуждение. Среди наиболее частых причин вызова психиатрической бригады можно отметить спутанность сознания (48%), психотические проявления (21%), суицидальное поведение (12%), агрессивное поведение (11%), судороги (8%). Чаще психиатрическая бригада выезжала к мужчинам – в 67% случаев, при этом к женщинам – в 33% случаев. Средний возраст мужчин, к которым направлялась психиатрическая бригада, составлял 58 [30-85] лет, женщин – 63 [38-90] года.

В проведенном исследовании 877 пациентов (73% от общего количества человек, состоящих на ДУ) состояли на диспансерном наблюдении у психиатра.

Психиатрической бригадой были осмотрены 302 пациента (25%), состоящих на учете у психиатра по поводу параноидной шизофрении, 125 человек (%) с органическим расстройством личности и поведения, у 153 пациентов (12,7%) наблюдался делирий смешанного генеза. Поводом к вызову послужило обострение психического расстройства на фоне семейных конфликтов, нерегулярный прием поддерживающей терапии, обострение психического заболевания на фоне употребления ПАВ.

Среди пациентов, состоящих на диспансерном учете у врача-нарколога – 323 человека (27%), поводом к вызову бригады послужили: агрессивное поведение, синдром отмены от алкоголя с судорогами и делирием, суицидальные попытки на фоне длительного употребления алкоголя. При этом психиатрической бригадой в большинстве случаев были осмотрены 176 (15%) пациентов с состоянием отмены от алкоголя с делирием и судорогами.

Только в 55% случаев у 123 человек (от общего количества пациентов, не состоящих на ДУ) поводом к вызову психиатрической бригады стали впервые развившиеся психические нарушения после перенесенной коронавирусной инфекции. Обращает на себя внимание, что в большинстве случаев основными симптомами у данных пациентов были эпизоды спутанности сознания, эмоциональной несдержанности или лабильности, утомляемости, множество неприятных физических ощущений, головокружение и головные боли, ощущение психической усталости, нарушение памяти и цикличности сна и бодрствования.

В соответствии с характером клинических проявлений, на основании исследовательских диагностических критериев действующей классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) у пациентов, осмотренных психиатрической бригадой, выявлены разные психические и поведенческие расстройства (таблица).

Таблица – Распределение психических и поведенческих расстройств у пациентов, осмотренных психиатрической бригадой

Шифр по МКБ-10	Пациенты, состоящие на (ДУ) (n=1200) абс/%	Пациенты, не состоящие на (ДУ) (n=225) абс/%	Пациенты с впервые выявленным психическим расстройством вследствие перенесенного COVID-19 (n=126) абс/%
F01.3	62/5	-	-
F05.8	153/12,7	-	-
F06.6	52/4	30/13	26/21
F06.7	-	32/14	24/19
F06.9	66/5,5	36/16	31/25
F06.0	15/1,25	-	-
F07.9	125/10	52/23	45/35
F10.2	68/6	25/11	-

F10.4	176/15	40/18	-
F11.2	96/8	10/4	-
F20.0	302/25	-	-
F32.0	85/7	-	-

Как видно из данных таблицы, в подавляющем большинстве случаев у 45 (35%) пациентов после перенесенного COVID-19 впервые был выставлен диагноз психического расстройства, обусловленного повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью. Период появления симптомов психического расстройства после перенесенной коронавирусной инфекции у исследуемых пациентов составил 9 ± 2 недели. Превалирующими клиническими чертами данного психического расстройства были нарушения памяти, спутанность сознания, иллюзорные и галлюцинаторные проявления, нарушения цикла сна и бодрствования, неадекватность поведения пациента. Клинические симптомы указывали на «органическое» повреждение ЦНС, имели четкую взаимосвязь во времени между развитием коронавирусной инфекции и появлением развития психического синдрома.

Выводы. Анализируя полученные результаты, можно сделать вывод, что у пациентов после перенесенного COVID-19 период появления симптомов психического расстройства составляет 9 ± 2 недели. Чаще всего у пациентов в периоде реконвалесценции COVID-19 отмечались эпизоды спутанности сознания, эмоциональной несдержанности или лабильности, утомляемости, множество неприятных физических ощущений, головокружение и головные боли, ощущение психической усталости, нарушение памяти, цикличности сна и бодрствования, что было причиной вызова бригады скорой психиатрической помощи.

Таким образом, полученные результаты исследования и накопленные научные знания позволяют сделать предположение о том, что вирус SARS-CoV-2 обладает высокой нейротропной активностью, приводит к поражению ЦНС, способствует развитию психических расстройств.

Литература

1. Мосолов, С. Н. Длительные психические нарушения после перенесенной острой коронавирусной инфекции SARS CoV-2 / С. Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. – 2021. – № 3. – С. 2-23.
2. Post-acute COVID-19 syndrome / A. Nalbandian [et al.] // Nat Med. – 2021. – Vol. 27. – P. 601-615.
3. Хасанова, Д. Р. Житкова, Ю. В. Васкаева, Г. Р. Постковидный синдром: обзор знаний о патогенезе, нейропсихиатрических проявлениях и перспективах лечения / Д. Р. Хасанова, Ю. В. Житкова, Г. Р. Васкаева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – № 13 (3). – С. 93-98.
4. Post-infection cognitive impairments in a cohort of elderly patients with COVID- 19. / Y.H. Liu [et al.] // Mol. Neurodegeneration. – 2021. – Vol. 16. – P. 48-49.

5. Cognitive deficits in people who have recovered from COVID-19 relative to controls: An N=84,285 online study / A. Hampshire [et al.] // E. Clinical Medicine. – 2021. – Vol. 39. – P. 101044.
6. Bhattacharjee, B. Acharya, T. The COVID-19 Pandemic and its Effect on Mental Health in USA - A Review with Some Coping Strategies / B. Bhattacharjee, T. Acharya // Psychiatr Q. – 2020. – Vol. 91, iss. 4. – P. 1135-1145.
7. Kumar, A. Nayar, K. R. COVID 19 and its mental health consequences / A. Kumar, K. R. Nayar // Journal of Mental Health. – 2021. – Vol. 30, iss. 1. – P. 1-2.
8. Stefano, G. B. Historical Insight into Infections and Disorders Associated with Neurological and Psychiatric Sequelae Similar to Long COVID / G.B. Stefano // Med. Sci. Monit. – 2021. – Vol. 27. – Art. e931447.
9. Neurologic Features in Severe SARS-CoV-2 Infection / J. Helms [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2020 – Vol. 382 – P. 2268-2270.
10. A first case of meningitis/encephalitis associated with SARS-Coronavirus-2 / T. Moriguchi [et al.] // Int. J. Infect. Dis. – 2020 – Vol. 94 – P. 55-58.
11. Kreye, J. Reincke, S.M. Pruss, H. Do cross-reactive antibodies cause neuropathology in COVID-19? / J. Kreye, S.M. Reincke, H. Pruss // Nat. Rev. Immunol. – 2020 – Vol. 20, iss. 11. – P. 645-646.

ПРОБЛЕМЫ СЕПАРАЦИИ «ВЗРОСЛЫХ» ДЕТЕЙ ОТ «ВЗРОСЛЫХ» РОДИТЕЛЕЙ

Мойсеёнок Е. Н.¹, Будник Т. А.², Станкевич Н. С.³

Гродненский государственный медицинский университет¹, Гродно, Беларусь,

Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология»²,

Гродно, Беларусь,

³Городская клиническая больница № 3, Гродно, Беларусь

Актуальность. Сепарация – это процесс психологического, финансового и функционального отделения ребенка от родителей. Это естественный и важный этап в детско-родительских отношениях, который, к сожалению, часто вызывает трудности. Существует ошибочное мнение, что сепарация – это этап, когда дети вырастают. На самом деле этот процесс начинается еще в самом раннем детстве. Далее подростки отделяются от родителей ценностно: пытаются понять, кто они, что им нравится и чего им хочется. Сепарация завершается, когда человек полностью способен жить самостоятельно – не только обеспечивать себя, но и нести за себя ответственность (принимать решения и т. д.). Но случается так, что физически человек вырос, а от родителей так и не отделился [1].

Проблема сепарации «взрослых» детей от «взрослых» родителей интересует врачей-психотерапевтов, так как это одна из причин плохого самочувствия пациентов психотерапевтического профиля. При этом причина

неочевидная, раскрытие которой происходит в процессе консультирования и непосредственно в самой психотерапии

Цель – разработка перечня вопросов для использования в практике врача-психотерапевта, направленных на выявление феномена незавершенной сепарации как возможной причины обращения за психотерапевтической помощью, а также выявление степени сепарированности студентов Гродненского государственного медицинского университета от родителей.

Методы исследования. Исследование проведено путем опроса студентов Гродненского государственного медицинского университета. Анкетирование проводилось в сети интернет на платформе Google Forms с использованием специально разработанной анкеты-опросника. Анкетирование проведено с целью выявить готовность студентов к финансовой, физической и психологической самостоятельности. В опросе приняли участие 107 студентов медико-психологического, лечебного, медико-диагностического и педиатрического факультетов. 52,3% опрошенных были студентами медико-психологического факультета, из них 41% – студенты 4 курса, 59,8% – в возрасте 19-20 лет и 23,4% – в возрасте 21-22 лет.

Результаты и их обсуждение. Согласно статистическим данным, в 2020 г. в отделении дневного пребывания пограничных состояний (ОДП ПС) Гродненской клинической больницы № 3 диагнозы 19,9% пролеченных пациентов приходились на рубрику F43 (реакция на тяжелый стресс и адаптационные расстройства) Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10). Их всех случаев временной нетрудоспособности данная патология составляла 20,9% и занимала 3 место. За аналогичный период 2021 г. – 23,7% (3 место). За 9 месяцев 2022 г. – 22,2% (3 место). На группу тревожных расстройств (рубрика F40, F41 МКБ-10) приходилось 28,9% от общего числа пролеченных в 2020 г. Из всех случаев временной нетрудоспособности данная нозология находилась на 1 месте и составляла 33,7%. В 2021 г. – 21,2% (2 место по временной нетрудоспособности (23,8%)); за 9 месяцев 2022 г. – 21,9% (2 место по временной нетрудоспособности (29,7%)).

Спектр жалоб, предъявляемых пациентами ОДП ПС, довольно классический: тревога разной степени выраженности, подавленное настроение, напряжение в теле, нарушения сна, эмоциональная неустойчивость, беспокойство, неспособность совладать с имеющимися проблемами и планировать будущее.

Нельзя утверждать, что причина всех адаптационных и тревожных расстройств – незавершенная сепарация, но одна из ведущих. Ведь создание, поддержание и улучшение межличностных отношений требуют личной психологической устойчивости, совершенствования навыков общения, эмоциональной зрелости каждой из сторон. Несмотря на очевидную значимость, явление незавершенной сепарации пока остается недостаточно обсуждаемой темой в психотерапии межличностных отношений.

Психологическая сепарация чаще упоминается в контексте отношений раннего детства, а научных данных о «взрослой» сепарации слишком мало для формирования понятной феноменологической картины данного явления. Чаще встречаются описания конкретных случаев из практики с анализом возможных причин и уже клиническими проявлениями испытываемого дистресса.

В анкете предлагалось ответить на следующие вопросы (варианты ответов: нет – иногда – да):

1. Испытываете ли Вы чувство вины (либо какой-то иной дискомфорт), когда отказываете родителям в какой-либо помощи?

2. До 10-12 лет мама и папа были для Вас самыми значимыми людьми в жизни?

3. В подростковый период (12-16 лет) у меня были проявления бунтарства, отстаивания своего мнения перед родителями

4. Бывает ли, что проявления бунтарства и желание спорить с родителями возникают и в настоящее время?

5. Родители звонят Вам по несколько раз в день или требуют от Вас, чтобы Вы им звонили ежедневно, так как они волнуются?

6. Все важные решения Вы принимаете только посоветовавшись с родителями или родители часто дают Вам советы, к которым Вы прислушиваетесь при принятии важных решений?

7. Родители склонны к нарушению Ваших личных границ (если живете вместе, то родители могут к Вам зайти без Вашего разрешения; если живете отдельно, то у родителей есть ключ от Вашего жилья; спрашивают, кто Вам звонил и о чем Вы разговаривали и т. п.)?

8. Родители регулярно вовлекают Вас в свою личную жизнь (например, Вы мирите их в случае ссор, решаете какие-то бытовые вопросы, хотя они могут их решать самостоятельно, поездка на дачу)?

9. Вы часто жертвуете своими интересами ради интересов родителей?

10. Вместо того, чтобы следовать своим желаниям, Вы стараетесь соответствовать ожиданиям родителей?

11. Родители часто упрекают Вас в том, что Вы не оправдали их ожиданий?

12. Вы финансово зависите от родителей?

13. Вы чувствуете эмоциональную связь с родителями (если у них плохое настроение, то Ваше тоже ухудшается) или ощущаете ответственность за их эмоциональное состояние?

14. Если родители недовольны какими-либо Вашими действиями, поступками и критикуют за это, то Вы испытываете чувство вины, стыда или огрызаетесь в ответ, даже если знаете, что правы?

15. Вы знаете, что мама – самый главный человек в Вашей жизни. Все другие члены семьи (муж, жена, дети и другие родственники) никогда не заменят Вам маму?

По результатам анкетирования выявлено, что от 44 до 82% опрошенных

студентов обнаруживают себя функционально и психологически отделенными от родителей. Однако на вопрос о финансовой зависимости от родителей утвердительно ответили 77,6% опрошенных студентов, что свидетельствует о довольно высоком проценте незавершенной сепарации как целостного процесса. Таким образом, финансовая составляющая – наиболее сдерживающий фактор в завершении процесса взросления и отделения себя от родителей. Также обращает на себя внимание довольно солидная разбежка в ответах студентов, считающих себя сепарированными (44-82%). На наш взгляд, причинами могут быть непонимание реальной ситуации в родительской семье (проблемы непонимания личных границ, комфорт и удобство в имеющейся ситуации, механизмы психологической защиты и т. д.).

Выводы. Анкеты, используемые для выявления феномена «взрослой» сепарации, требуют валидации. А изучение проблемы сепарации «взрослых» детей от «взрослых» родителей требует мультидисциплинарного подхода.

Литература

1. Дитюк, А. А. Личностная идентичность и личностная автономия как когнитивно-поведенческий компонент психологической сепарации / А. А. Дитюк // Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. - 2015. - № 8. - С. 52.

ПСИХОДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, ЗЛОУПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ

Нартова Т. В., Игумнов С. А., Шуплякова А. В.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Влияние зависимости от алкоголя на когнитивную деятельность – серьезная проблема. Важно, что при отсутствии какого-либо вмешательства когнитивные нарушения остаются стабильными и наблюдается тенденция к нарастанию проблем. Все больше пациентов предъявляют жалобы на нарушение эмоционального состояния, нарушение памяти, снижение способности к логическим рассуждениям, планированию и концентрации внимания [2]. Под когнитивными нарушениями понимают субъективное и/или субъективно выявляемое ухудшение познавательных функций (по сравнению с исходным индивидуальным или средним возрастным и образовательным уровнями) вследствие структурных, дисметаболических, токсических повреждений головного мозга, влияющих на эффективность обучения и профессиональную, бытовую, социальную деятельность [4].

Цель – повышение эффективности диагностики и коррекции когнитивных нарушений у лиц, злоупотребляющих алкоголем, путем подбора

диагностических методик и разработки оптимальных схем психокоррекции на основании выявления ранних клинико-психологических паттернов.

Методы исследования. По результатам проведенных исследований получены следующие данные: отсутствие когнитивных нарушений 14 (17%) пациентов; легкие когнитивные нарушения – 21 (25%); умеренные когнитивные нарушения 49 (58%). Исследование когнитивных функций показало, что к наиболее дефицитарным составляющим когнитивной сферы в данной группе обследуемых относится: в сфере внимания и сенсомоторных реакций – устойчивость активного внимания (нарушения отмечаются у 70% обследуемых), в сфере мнестической деятельности – опосредованное запоминание (44%), в сфере мыслительной деятельности – сформированность обобщающих понятий (55%) и операциональная сторона мышления (72%). Совокупность данных нарушений соответствует экзогенно-органическому патопсихологическому симптомокомплексу, наличие признаков которого характерно для ряда наркологических заболеваний (в частности алкоголизма). Наиболее сохранены – в сфере внимания и сенсомоторных реакций – избирательность внимания (сохранна у 74% обследуемых), в сфере мнестической деятельности – краткосрочная память (81%), в сфере мыслительной деятельности – мотивационная сторона мышления (93%) и смысловая сфера (90%).

К наиболее выраженным в данной выборке чертам невротизации личности относится эмоциональная неустойчивость (отмечается у 62% обследуемых) и наличие страхов, тревоги (53%). Признаки психопатизации личности в исследуемой выборке представлены слабее – лишь у 48% обследуемых отмечается стремление выделиться и произвести впечатление, иные черты, характерные для психопатизации, в той или иной степени выражены не более чем у 30% от всей выборки. В среднем для группы обследуемых характерен умеренный уровень личностной тревожности (отмечается у 44% обследуемых) и низкий уровень реактивной тревожности (41%). Высокий уровень как личностной, так и реактивной тревожности отмечается лишь у 18% обследуемых. У этой группы обследуемых по результатам диагностики можно говорить о синдроме умеренных когнитивных нарушений, отчетливо выходящих за рамки возрастной нормы, но не достигающих масштаба деменции. Вегетативный коэффициент (ВК), отражающий физиологическое доминирование симпатического или парасимпатического отдела вегетативной нервной системы, распределился следующим образом: у 61 пациента (73%) ВК меньше 1,0 балла, что соотносится с доминированием трофотропного (парасимпатического) отдела вегетативной нервной системы и свидетельствует о преобладании установки на отдых и минимизацию собственных усилий, наличие эмоционального стресса, низкую стрессоустойчивость и сниженную работоспособность. Эта группа пациентов характеризуется достоверно более высоким уровнем психического утомления, тревоги. У 23 пациентов отмечается отсутствие нервно-психической неустойчивости, напряженности (значение ВК

больше 1 ед.) – эрготропное (симпатическое) доминирование вегетативной нервной системы, что характеризует установку на энергозатраты, расходование сил, действие, мобилизацию ресурсов.

Когнитивный тренинг был направлен на все три составляющие психической сферы: 1) нейродинамические параметры деятельности; 2) произвольную регуляцию, контроль и программирование деятельности; 3) операциональные (структурные) компоненты психической активности.

Длительность каждого занятия составляет от 15-20 до 40-50 минут (в зависимости от состояния пациентов). Задания комбинировались с учетом разных психических функций. По окончании каждого занятия пациентам давалось «домашнее задание», которое было направлено на актуализацию: памяти на прошлое; памяти на текущие события. Занятия включали задания для тренировки зрительного, слухового и тактильного восприятия, произвольного и непроизвольного внимания, кинетического и пространственного компонентов произвольных движений, оптико-пространственной и конструктивной деятельности (самостоятельный рисунок, копирование и др.), экспрессивной и импрессивной речи (в том числе чтения, письма), счета, зрительной, слухоречевой и двигательной памяти (памяти на прошлое и текущее запоминание, произвольной и непроизвольной памяти), вербального и невербального мышления [1, 3]. Групповые занятия чередовались с индивидуальными сеансами бинауральной стимуляции с использованием аудиовизуального комплекса «ДИСНЕТ». Все сеансы подбирались индивидуально, учитывая результаты первичной диагностики и ежедневной предварительной беседы.

Результаты и их обсуждение. По результатам проведенных исследований получены следующие данные: отсутствие когнитивных нарушений 14 (17%) пациентов; легкие когнитивные нарушения – 21 (25%); умеренные когнитивные нарушения 49 (58%). Исследование когнитивных функций показало, что к наиболее дефицитарным составляющим когнитивной сферы в данной группе обследуемых относится: в сфере внимания и сенсомоторных реакций – устойчивость активного внимания (нарушения отмечаются у 70% обследуемых), в сфере мнестической деятельности – опосредованное запоминание (44%), в сфере мыслительной деятельности – сформированность обобщающих понятий (55%) и операциональная сторона мышления (72%). Совокупность данных нарушений соответствует экзогенно-органическому патопсихологическому симптомокомплексу, наличие признаков которого характерно для ряда наркологических заболеваний (в частности алкоголизма). Наиболее сохранные из них – в сфере внимания и сенсомоторных реакций – избирательность внимания (сохранна у 74% обследуемых), в сфере мнестической деятельности – краткосрочная память (81%), в сфере мыслительной деятельности – мотивационная сторона мышления (93%) и смысловая сфера (90%).

Выводы. Необходимы дальнейшие исследования для разработки эффективной психотерапии, однако уже сегодня использование индивидуально подобранной терапии и методик психологической коррекции, современных видов аппаратной коррекции позволяет добиться улучшения интеллектуального состояния в большинстве случаев КН [3]. Предложенная схема психологического обследования и коррекции может применяться в амбулаторно-поликлинических условиях и стационарах, что позволяет оптимизировать тактику и предотвратить дальнейшее развитие когнитивных нарушений.

Литература

1. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, А. А. Долныкова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17, № 4. – С. 67–77.
2. Шмуклер А. Б. Когнитивные нарушения в структуре депрессивного синдрома // Социальная и клиническая психиатрия. – 2016. – Т. 26, № 1. – С. 72–76.
3. Рыжова И. А. Когнитивный тренинг как психокоррекционный метод в психиатрии // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 9, № 5(46) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 10.10.2021 г.).
4. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике // Неврологический журнал. – 2006. – Т.11. – Приложение № 1. – С.4–12.

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Нартова Т. В., Игумнов С. А., Шуплякова А. В.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В современной медицине становится все более популярной и востребованной концепция персонализированного подхода [2-4]. Наиболее часто речь идет об использовании для стратификации пациентов индивидуальной биологической информации, такой как генетика и биомаркеры. Гораздо реже учитываются убеждения, потребности, ценности, желания, предпочтения, особенности поведения пациентов, окружающая их социальная среда и специфика актуальной ситуации.

Зависимость от психоактивных веществ (ПАВ) – комплексная проблема, вызывающая нарушения в разных сферах жизнедеятельности человека. Биологические последствия связаны с высоким уровнем смертности в результате употребления ПАВ, коморбидностью со многими психическими и

соматическими расстройствами, инвалидизацией. Наблюдаются различные психические, эмоциональные, личностные изменения пациентов в результате употребления ПАВ. Персонализированный подход в психотерапии наркологических пациентов должен учитывать личностные и социально-психологические ресурсы, выступающие психологическими предикторами ремиссии в условиях стационарной реабилитации пациентов, зависимых от ПАВ (для обоснования индивидуального подхода в психологическом сопровождении) [5]. В качестве психологических предикторов ремиссии выступают внутренние (личностные) ресурсы пациентов и внешние (социально-психологические) ресурсы в условиях стационарной реабилитации лиц, зависимых от ПАВ.

Цель реабилитации – формирование и актуализация личностных предикторов ремиссии посредством организации социально-психологических предикторов, учитывающей био-психо-социо-духовный уровни заболевания и соответствующей периодам реабилитационного процесса.

Выделение психологических предикторов ремиссии у лиц с зависимостью от ПАВ позволяет обосновать направления и содержание мероприятий, индивидуализировать психокоррекционную работу с пациентами, имеющими коморбидные расстройства, низкую персональную мотивацию на отказ от употребления ПАВ, низкий реабилитационный потенциал в условиях стационарной психотерапевтической реабилитации.

Персонализированный подход в лечении наркологического пациента применяется при диагностике личностных расстройств и, помимо клинических критериев международных классификаций, включает глубинное исследование личности пациента – системы отношений, уровня конфликтности, психологических защитных механизмов [4]. Психотерапия и психологическая помощь пациентам могут опираться на парадигму персонализированного подхода, активно развиваясь в направлении усиления внимания к дифференциации и индивидуализации диагностики и лечения пациента.

Методы исследования. Описание методики. Программа организована в 3 этапа.

Первый этап – диагностический: клинико-диагностическое интервью, психодиагностическое исследование. На диагностическом этапе программа включает регистрацию и оценку следующих параметров: проведение клинического интервью: демографические сведения о пациенте: пол, возраст, социальный и семейный статус; клинико-anamnestические данные: длительность заболевания, трудоспособность, динамика и выраженность психопатологических нарушений, влияние внешних психотравмирующих обстоятельств, результаты предыдущего лечения, наличие сопутствующих заболеваний. Основные исследуемые параметры оцениваются с помощью психометрических методик: симптоматический опросник (SCL-90R); шкала депрессии (BDI); шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI); опросник суицидального риска (модификация Разуваевой Т. Н.); опросник Басса-Дарки;

экспериментально-психологическое исследование памяти и внимания (тест Мюнтсберга, таблицы Шульте, 10 слов Лурия). Отслеживание динамики изменения состояния пациента и стадий психотерапевтического процесса (URICA).

Второй (основной) этап – проведение комплексной медико-психологической программы. Комплексная медико-психологическая программа включает:

- 10 индивидуальных психотерапевтических встреч (с частотой 1 раз в неделю, время – 60 минут) с использованием мотивационного консультирования, КПТ;

- 15 сеансов комплекса методов нейробиоуправления и аудиовизуальной стимуляции (с частотой 5 раз в неделю, время – 30 минут) с использованием программно-аппаратного комплекса УСО-01 «НЕЙРОКУРС» и аудиовизуального комплекса «ДИСНЕТ».

Общее количество встреч – 25. Длительность программы – 10 недель.

Мишени психотерапии: отсутствие или снижение критической оценки пациентом своего заболевания (анозогнозия); патологическое влечение к ПАВ; личностные дисфункции пациента (акцентуации, расстройства личности); искаженные представления (и/или опасения) по поводу лечения; искаженные коммуникативные установки; нарушения самооценки; слабые рефлексивные способности, невозможность адекватной оценки своего актуального состояния; интрапсихические конфликты, сопровождающиеся интенсивными, но плохо осознаваемыми эмоциями; пессимистические установки и паттерны «выученной беспомощности», разрушающие и искажающие «образ будущего» пациента.

Третий этап – по завершению программы проводится повторное клиническое и психодиагностическое обследование и период последующего наблюдения. Включает визиты через 1 и 3 месяца после завершения основного этапа. На каждом визите оценивается клиническое и психологическое состояние пациента, устойчивость достигнутых изменений.

Результаты и их обсуждение. Сеансы с использованием инструментальных методов лечения (нейробиоуправление и аудиовизуальная стимуляция) способствуют снятию психоэмоционального напряжения. Такой подход помогает нормализовать цикл сон-бодрствование, уменьшить мышечное напряжение, дезактуализировать негативные, пессимистические мысли и снизить тревожность [6-8]. Обучившись предложенным навыкам, пациент способен самостоятельно регулировать свое психофизиологическое состояние, снимать тревожность, достигать мышечного и психологического расслабления, а также отвлекаться от навязчивых мыслей и переживаний, переводить фокус внимания с дисфункциональных убеждений на ощущения в теле, что способствует снижению уровня тревоги, напряжения.

Выводы. Курс психотерапии в сочетании с методами альфа-стимулирующего тренинга и аудиовизуальной стимуляции в долгосрочной

перспективе способствует длительности ремиссии, служит эффективной профилактикой рецидивов, поскольку пациент обучается навыкам самоанализа и саморегуляции, что позволяет ему следить за своим состоянием и регулировать его, распознавать начальные проявления болезненных состояний, самостоятельно предотвращать их или купировать, своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью в случае необходимости.

Литература

1. Белялов Ф. И. Подходы к персонализированной терапии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2018. - Т. 14, №. 3. - С. 418-424.

2. Буторин Г. Г. Преодоление симптомов посттравматического стрессового расстройства у сотрудников органов внутренних дел с применением средств аудиовизуальной стимуляции / Г. Г. Буторин, И. И. Щеглова // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2012. – № 2. – С. 107–110.

3. Васильева А. В. Клиника и персонализированная диагностика расстройств невротического уровня в практике пограничной психиатрии / А. В. Васильева, Т. А. Караваева, С. В. Полторак [и др.] // Диагностика и лечение психических и наркологических расстройств: современные подходы: сборник методических рекомендаций / НМИЦ ПН им. В. М. Бехтерева; сост. Н. В. Семёнова; под общ. ред. Н. Г. Незнанова. - СПб: КОСТА, 2018. – С. 363-398.

4. Васильева А. В. Личностно-ориентированная реконструктивная психотерапия (ЛОРП) / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Биопсихосоциальная психиатрия: Руководство для врачей / Н. Г. Незнанов, А. П. Коцюбинский, Г. Э. Мазо. - Москва : СИМК, 2020. - Гл. 14, разд. 14.1.2.1. - С. 670-694.

5. Лысенко И. С. Персонализированный подход к выбору мишеней и задач психотерапии у больных с невротическими расстройствами / И. С. Лысенко // Депрессия – вызов XXI века: материалы 4-й Костромской Всероссийской школы молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием, Кострома, 17-19 апреля 2018 года. – Кострома: ФГБНУ НЦПЗ, 2018. - С. 68-72.

6. Макаров С. В. Оценка здоровья и его коррекция методами аудиовизуальной стимуляции и нейробиоуправления при наркотически зависимых состояниях: дис. ... канд. мед. наук / С.В. Макаров. – Томск, 2005. – 100 с.

7. Макаров С. В. Сравнительный анализ эффективности методов альфа-стимулирующего тренинга и аудиовизуальной стимуляции в комплексной программе лечения больных с героиновой зависимостью / С. В. Макаров, О. С. Шубина // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. – 2004. – № 3. – С. 38–44.

8. Мизинова Е. Б. Персонализированный подход к диагностике личностных расстройств / Мизинова Е. Б., Полторак С. В. // Школа В. М. Бехтерева: от истоков до современности: материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвящ. 160-летию со

дня рождения В. М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - [Электронное издание]. - СПб.: Альта Астра, 2017. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM). - С. 406-407.

ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ГЕНДЕРНЫХ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПАВ

Нартова Т. В., Николаева А. А., Каймакова В. А.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. Аспекты нарушения когнитивной сферы у лиц с семейной отягощенностью ПАВ остаются недостаточно изученными. Отсутствие единого взгляда исследователей на клиническое течение когнитивных нарушений при развитии химической зависимости у пациентов данной группы, а также спорность данных о факторах, способствующих появлению когнитивных нарушений при алкоголизме и наркомании, недостаточная разработанность вопросов профилактики, прогноза и социальной адаптации диктует необходимость целенаправленного их изучения.

Клинико-психопатологические проявления когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ – труднокурабельные и требуют дальнейшего изучения. При отсутствии лечения прогноз при данной патологии неблагоприятен, дальнейшее злоупотребление способствует формированию стойкого неврологического и психического дефицита. Раннее выявление пациентов данного профиля с использованием наиболее объективных методов представляет значимую актуальность в плане их дальнейшего наблюдения и ведения как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Цели:

1. Изучить распространенность когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ, получающих специализированную наркологическую помощь в условиях стационара.

2. Рассмотреть особенности когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ, получающих специализированную наркологическую помощь в условиях стационара.

3. Проанализировать различия в особенностях когнитивных нарушений у лиц с семейной отягощенностью ПАВ.

Методы исследования. Выборку исследования составил 41 обследуемый, среди которых 21 пациент (51%) имел наследственную отягощенность по зависимости от ПАВ, а 20 пациентов (49%) – не имели таковой. Небольшой объем выборки был связан с ограничениями по COVID-19 и вынужденным изменением внутреннего режима клиники в соответствии с ними. Параллельно

с исследованием когнитивных функций путем патопсихологической диагностики было проведено психофизиологическое исследование с использованием ЭЭГ.

Основной метод исследования – клинический (патопсихологический эксперимент). В качестве исследовательских методик выбраны следующие:

1. Таблицы Шульте использовались для исследования темпа сенсомоторных реакций и особенностей внимания.

2. Корректирующая проба (тест Бурдона) применялась для выявления утомляемости, оценки концентрации и устойчивости внимания.

3. Методика «10 слов» использовалась для оценки объема непосредственной памяти, динамики запоминания, общей продуктивности оперативной памяти, а также продуктивности отсроченного воспроизведения и степени тормозимости следов.

4. Методика «Пиктограмма» использовалась для оценки объема опосредованного запоминания, а также для диагностики мышления.

5. Методика «Толкование пословиц и поговорок» применялась для оценки уровня абстрактности, целенаправленности, критичности мышления; также диагностировались целенаправленность суждений и умение оперировать переносным смыслом текста.

6. Методика «Сравнение понятий» использовалась для оценки процессов сравнения, анализа и синтеза.

7. Методика «Выделение существенных признаков» использовалась для исследования особенностей мышления, способности дифференциации существенных признаков предметов или явлений от несущественных, второстепенных.

8. Методика «Исключение лишнего» (вербальный вариант) применялась для исследования способности к обобщению и абстрагированию, а также дифференциации существенных признаков.

9. Методика «Уровень невротизации и психопатизации» («УНП») использовалась с целью диагностики личностных черт невротического и психопатического уровня.

10. Шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина использовалась для дифференцированного измерения личностной и реактивной тревожности.

Достоверность полученных результатов была обеспечена методами статистической обработки (критерий хи-квадрат Пирсона). Подсчет производился с помощью компьютерной программы IBM SPSS Statistics 23.

Результаты и их обсуждение. В результате обработки с помощью критерия хи-квадрат Пирсона были обнаружены значимые различия ($p < 0,05$) по результатам диагностики объема внимания ($\chi^2 = 5,939$), избирательности внимания ($\chi^2 = 5,634$), концентрации внимания ($\chi^2 = 4,111$), распределения внимания ($\chi^2 = 4,385$), выражающиеся в большем количестве нарушений по каждому из перечисленных параметров у обследуемых с отягощенной

наследственностью. Также были обнаружены различия на уровне тенденции ($p < 0,1$) по результатам диагностики краткосрочной памяти ($\chi^2 = 3,228$), выражающиеся в большем количестве нарушений по данному параметру у обследуемых с отягощенной наследственностью.

При исследовании мыслительной деятельности в случае обеих групп обследуемых были выявлены такие нарушения мышления, как снижение уровня обобщения, а также нарушение процессов абстрагирования, анализа и синтеза.

В результате обработки с помощью критерия хи-квадрат Пирсона были обнаружены значимые различия по результатам диагностики наличия у обследуемых нарушений сна ($\chi^2 = 23,468$), равнодушия к принципам морали ($\chi^2 = 5,423$), повышенного самолюбия и самоуверенности ($\chi^2 = 3,840$), безразличия к мнению окружающих ($\chi^2 = 5,423$), выражающиеся в большей выраженности у обследуемых с отягощенной наследственностью каждого из перечисленных параметров.

Среди нарушений когнитивных функций в первую очередь характерны нарушения большинства компонентов внимания (объема, избирательности, распределения и концентрации внимания), за исключением устойчивости внимания, где различия пусть и наблюдаются, но носят недостаточно значимый характер. Для данной группы лиц свойственны нарушения краткосрочной памяти, однако в виду того, что была выявлена лишь тенденция к данному феномену, формулирование конкретных выводов требует дальнейшего исследования как краткосрочной памяти, так и мнестической деятельности в целом.

Отдельно необходимо отметить наличие у лиц с отягощенной наследственностью ПАВ некоторой психопатизации, выражающейся в проявлении повышенного самолюбия и самоуверенности, в пренебрежении моральными принципами и мнением окружающих их людей. У данной группы пациентов отмечено нарушение сна.

В качестве перспективы дальнейших исследований можно обозначить изучение гендерных различий в нарушениях когнитивной сферы у лиц с семейной отягощенностью ПАВ, а также использование новых диагностических методов с целью учета дополнительных характеристик (уровень анозогнозии, совокупность личностных факторов), влияющих на когнитивное функционирование.

Выводы. Полученные в исследовании данные свидетельствуют о том, что у лиц с семейной отягощенностью ПАВ происходит значительное ухудшение когнитивных функций (нарушение функций активного внимания, снижение объема краткосрочной памяти) по сравнению с пациентами, не имеющими наследственной отягощенности от ПАВ

Литература

1. Новохацки, А. В., Денисламов М. М. Клинико-психологические особенности органических расстройств при хроническом алкоголизме [Текст] /

Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2015. – Т. 8. – № 4. – 61-69 с.

2. Оруджев, Н. Я. Состояние когнитивных процессов у лиц, употребляющих психоактивные вещества [Текст] / Н. Я. Оруджев, Э. Г. Иванчук – Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – № 1. – 85-88 с.

3. Юдин, Д. Г. Расстройства оперативной памяти при алкоголизме и опийной наркомании [Текст] / Д. Г. Юдин, Е. В. Лучкина – Научно-медицинский Вестник Центрального Черноземья. – 2010. – № 42. – 74-78 с.

4. Яхно, Н. Н. Деменции [Текст] / Н. Н. Яхно, В. В. Захаров, А. Б. Локшина, Н. Н. Коберска, Э. А. Мхитарян – М.: Медпресс-информ, 2011. – 264 с.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПД И СУИЦИДАЛЬНЫМ НЕФАТАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ

Нартова Т. В., Козлов К. С.

Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва, Российская Федерация

Актуальность. В целях изучения осложнений беременности и ее исходов у женщин с риском развития ПД и суицидальных намерений проведен ретроспективный анализ течения гестации, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у 55 пациенток названной категории. Для оценки психоэмоционального статуса, процесса восстановления и периода адаптации через 18 месяцев после родов проанализированы данные по выявляемости ПД.

Цель – изучение особенностей эмоционального состояния женщин в дородовом и послеродовом периодах.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 55 беременных женщин в возрасте от 19 до 43 лет (средний возраст 30 лет). Исследование проводилось на базе женских консультаций, входящих в состав ГКБ № 64 им. В. В. Виноградова, г. Москва. Основной контингент женщин входил в возрастные рамки от 26 до 39 лет и составляет 78% от всей выборки, женщины с 16 до 25 лет составляют 20%, женщины старше 40 лет – 2%. По уровню образования самый большой кластер образовали женщины со средне-специальным образованием – 52%, с высшим образованием – 45%; с неоконченным высшим – 3%. Средний показатель по количеству родов – 2. На этой выборке беременных женщин производилось выявление принадлежности к типу отношения к беременности, оценивались риск развития ПД, диагностика суицидального риска с целью выявления уровня сформированности суицидальных намерений для предупреждения попыток самоубийства.

Методы исследования:

1. Тест отношения к беременности – ТОБ(б), автор методики – И. В. Добряков [7]. Концептуальной основой создания теста послужила теория психологии отношений В. Н. Мясищева, позволяющая рассматривать беременность через призму единства организма и личности. Поскольку личность, по В. Н. Мясищеву, есть динамическая система отношений, тест содержит три блока утверждений, отражающих три следующих аспекта: А. Отношение женщины к себе беременной. Б. Отношения женщины в формирующейся системе «мать-дитя». В. Отношения беременной женщины к отношениям к ней окружающих. В каждом блоке выделяется три раздела, в которых шкалируются разные понятия. Каждое из них представлено пятью утверждениями, отражающими пять разных типов психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД): оптимальный, эйфорический, гипогестозический, тревожный, депрессивный.

2. Эдинбургская шкала послеродовой депрессии (ЭШПД). Шкала ПД широко применяется в первичных службах и родильных домах для выявления перинатальных депрессивных расстройств, включает вопрос о суицидальных мыслях (вопрос 10) по четырехбалльной шкале «никогда», «почти никогда», «иногда», «да, довольно часто».

3. Опросник суицидального риска в модификации Т. Н. Разуваевой. Предназначен для диагностики суицидального риска, выявления уровня сформированности суицидальных намерений с целью предупреждения попыток самоубийства. Опросник ОСР прошел психометрическую адаптацию.

Результаты и их обсуждение. В результате полученных данных зафиксированы (дородовой период): типы отношения к беременности: оптимальный – 29 женщин (53%); эйфорический – 8 (15 %); тревожный – 6 (11 %); депрессивный – 3 (5 %); гипогестозический – 9 (16 %). Риски развития ПД: баллы до 8 (отсутствие риска) – 37 женщин (67%); баллы 8-9 и выше (свидетельствуют о высокой вероятности ПД) – 12 (22%); баллы выше 13 (свидетельствуют о 100% вероятности ПД при максимуме в 30 баллов) – 6 (11%); на вопрос о суицидальных мыслях «да, довольно часто» – 8 (15%). По результатам опросника суицидального риска наиболее выражены шкалы: демонстративность, временная перспектива, антисуицидальный фактор.

В результате полученных данных зафиксировано (после родового периода):

1. Неврозоподобные расстройства в виде «материнской грусти» или «послеродовых блюзов» (maternity blues) [3]. Характеризуются раздражительностью, эмоциональной лабильностью, беспричинной слезливостью и неустойчивым настроением, усталостью, слабостью, отсутствием аппетита, нарушениями сна – 24 женщины (43%).

2. Аффективные расстройства – 2 (4%). Характерно чередование депрессивных и маниакальных состояний (фаз). Депрессивная фаза представлена подавленным настроением, замедлением мышления и

двигательной заторможенностью, расстройствами сна [1]. Маниакальная фаза включает повышение настроения, ускорение мышления и повышение двигательной активности.

Эта группа расстройств – опасная в отношении суицидов.

Повышенный риск суицидальных мыслей формируется во время беременности. Депрессия во время беременности – значимый предиктор последующей ПД [2]. Исходя из сказанного выше, возникает необходимость в усиленном скрининге на предмет депрессивных тенденций и суицидальных мыслей. Учитывая значительную долю женщин с суицидными идеями, которые не соответствуют клиническим порогам депрессии, и предрасположенностью к суицидному поведению независимо от депрессивных расстройств, требуются инновационные подходы для улучшения скрининга и выявления суицидных мыслей до и после родов.

Выводы. На современном этапе тактика ведения (в психологическом аспекте) беременности и родов у таких женщин остается остро дискуссионной, требует дальнейшего изучения и разработки рациональных технологий диспансеризации беременных и тактики родоразрешения.

Литература

1. Гарнизов Т., Хаджиделева Д. Послеродовая депрессия // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2015. № 3. С. 58-69.
2. Ивашиненко Д. М., Кулыгина С. В. Комплексная оценка состояния женщин с послеродовой депрессией // Вестник новых медицинских технологий. 2011. № 18(3). С. 233-234.
3. Руженков В. А., Кулиев Р. Т. Клиническая структура психических расстройств при беременности, протекающей без осложнений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4(73). С. 72-75.
4. Силаев К. А., Манухин И. Б., Синчихин С. П. Психопрофилактическая подготовка к родам: новое о старом // Астраханский медицинский журнал. 2016. Т.11 (4). С. 43-50.
5. Сорокина Т. Т. Роды и психика: практическое руководство / Т. Т. Сорокина // Минск: ООО «Новое знание», 2003. – 352 с.
6. Филиппова Г. Г. Психологическая диагностика готовности к родам // Журнал акушерства и женских болезней. 2011. Т.60. № 3. С. 148-151.
7. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. Тест отношений беременной – ТОБ(б). М., 2003, с. 110.

ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Никитина В. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Один из наиболее актуальных вопросов на стыке психиатрии и кардиологии – распространенность психических расстройств среди пациентов кардиологического стационара. Как известно, психические расстройства играют весомую роль в прогнозе соматического заболевания. В Республике Беларусь с целью оказания доступной и качественной медицинской помощи пациентам с болезнями системы кровообращения, эффективной профилактики, снижения заболеваемости, инвалидности и смертности выполняется Государственная программа «Здоровье народа и демографическая безопасность на 2021-2025 годы». Психические расстройства, сопровождающие клинику сердечно-сосудистых заболеваний, могут рассматриваться в качестве модели взаимодействия соматопсихического и психосоматического факторов. Таким образом, психические расстройства могут выступать в качестве факторов, обуславливающих нарушения функционирования сердечно-сосудистой системы, с другой стороны, могут быть следствием соматических нарушений, значительно усугубляющих клиническую картину и течение основного заболевания, а также снижающих эффективность лечебных мероприятий [1, 2, 3]. Установлено, что при сердечно-сосудистых заболеваниях часто отмечаются нарушения психоэмоционального статуса, требующие применения адекватной психофармакотерапии наряду с психотерапевтической поддержкой с целью предотвращения неблагоприятных клинических исходов [4, 5].

Цель – изучение и анализ современных научно-литературных данных о распространенности психических расстройств в кардиологической практике.

Методы исследования. Проведен библиографический анализ научной литературы и материалов сети интернет, касающихся исследования психопатологической симптоматики у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Результаты и их обсуждение. Согласно данным [Kyrios M. [et al], 2011; Tully Ph.J. [et al], 2014, от 40 до 60% пациентов врача общей практики страдают тревожным расстройством. В ходе исследований по характеру психических расстройств в кардиологической практике выделена следующая структура и частота встречаемости: депрессивные эпизоды разной степени тяжести составили 24,9%, тревожно-фобические расстройства – 20,7%, органические эмоционально-лабильные расстройства – 22,6%, расстройства личности и поведения в зрелом возрасте – 12,8%. Столько же приходилось на расстройства адаптации, шизофрения выявляется в 3,6% случаев. Наряду с вышеуказанным

распределением, регистрируются единичные случаи соматогенных психозов у пациентов блока интенсивной терапии [6]. В течение последних лет собраны убедительные данные, свидетельствующие о худшем прогнозе при инфаркте миокарда у пациентов, страдающих психическими расстройствами, в сравнении с пациентами без психических расстройств.

В ряде исследований отмечены общие генетические механизмы, порождающие процессы развития депрессивных расстройств и основных сердечно-сосудистых заболеваний, которые впоследствии приводят к формированию сердечной недостаточности [7]. Одной из основных научных гипотез формирования хронической сердечной недостаточности выделяют полиморфизм гена ангиотензин превращающего фермента, который ассоциирован с активностью данного фермента и с гиперкортизолемией, которая рассматривается в качестве нейроэндокринной составляющей развития депрессии [8].

Наиболее актуально среди ряда исследований изучение механизмов обострения сердечно-сосудистых заболеваний как следствие психогенного провоцирования в рамках концепции неспецифического стресса. Общий посыл данного направления – четко изученная взаимосвязь воздействия стресса с активацией симпатoadреналовой и гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой систем, что в свою очередь запускает каскад вегетативных сдвигов: увеличение работы сердца, АД, частоты сердечных сокращений, что повышает потребность миокарда в кислороде, ввиду чего возрастает риск спазма сосудов, усиливается агрегация тромбоцитов и активируются механизмы свертывания крови [3, 9].

Немаловажным в понимании патогенеза психических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях стало изучение побочных эффектов медикаментозной терапии, применяемой в кардиологической практике. Основываясь на представленных в мета-анализах статистических показателях, надо отметить побочное действие кардиологических препаратов, заключающееся в продепрессивном эффекте и формировании «ятрогенных депрессий» [10, 11]. Наряду со стимулирующим действием на развитие психопатологической симптоматики кардиологических препаратов проанализированы положительные кардиотропные эффекты психофармакотерапии. В качестве примера таких соотношений целесообразно рассматривать антиаритмический эффект некоторых представителей антидепрессантов. Препараты группы СИОЗ обладают способностью повышения титра антиаритмических препаратов в крови, а трициклические антидепрессанты влияют на снижение внутрисердечной проводимости и возбудимости желудочков, задерживают деполяризацию предсердий/желудочков и ингибируют эктопическую активность.

Выводы. Таким образом, врачам-специалистам кардиологического профиля в своей повседневной практике следует принимать во внимание такие показатели, как качество жизни пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, наличие и выраженность расстройств тревожно-

депрессивного-спектра. Данные показатели могут быть полезными для проведения объективной оценки психокардиологических соотношений у пациентов, а также в качестве критерия для назначения дифференцированного лечения и оценки его эффективности [12, 13, 14, 15].

Литература

1. Особенности вегетативной регуляции и эмоционального статуса у больных ИБС с различной выраженностью болевого синдрома / А. Д. Ибатов [и др.] // Клиническая медицина. – 2003. – № 12. – С. 36-39.
2. Тревога и ишемическая болезнь сердца / А. Д. Ибатов [и др.] // Врач. – 2003. – № 9. – С. 8-10.
3. Психосоматические реакции, коморбидные ишемической болезни сердца: психогенно спровоцированные инфаркты и ишемии миокарда / А. Б. Смулевич [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. – 2004. – № 3. – С. 13-20.
4. Anxiety disorders, hypertension, and cardiovascular risk: a review / Player M.S. [et al] // Psychiatry Med. 2011. – Vol. 377, №41. – P. 365–377.
5. Dynamics of the psychological features and clinical symptoms in mitral valve prolapse patients receiving long-term integrative psychotherapy for anxiety disorders / Y. Zinchenko [et al] // Psychology in Russia: State of the Art. – 2014. – Vol. 7, № 3. – P. 66–79.
6. Психические расстройства в кардиологической практике / М.Г. Артюхова // Журнал «Фарматека». – 2010. – №7. – С. 56–58.
7. Blood viscosity and risk of cardiovascular events: the Edinburgh Artery Study / G. D. Lowe [et al] // British Journal of Haematology. – 1997. – Vol. 96, № 1. – P. 168–173.
8. A twin study of depression symptoms, hypertension, and heart disease in middle-aged men/ J. F. Scherrer [et al] // Psychosomatic Medicine. – 2003. – Vol. 65, № 4. – P. 548–557.
9. Долецкий, А. А. Психогенно спровоцированные инфаркты миокарда: особенности клиники и лечения: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.06 /А. А. Долецкий. – Москва, 2005. –166 с.
10. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов [и др.] //Кардиология. – 2005. – № 45. – С. 37–43.
11. Depression associated with antihypertensive drugs / L. M. Prisant [et al] // The Journal of family practice. – 1991. – Vol. 33, № 5. – P. 481–485.
12. Cardioversion of persistent atrial arrhythmia after treatment with venlafaxine in successful management of major depression and posttraumatic stress disorder / S. J. Finch [et al] // Psychosomatics. – 2006. – № 47. – С. 533–536.
13. Usefulness of paroxetine in depressed men with paroxysmal atrial fibrillation / T. Shirayama [et al] // The American Journal of Cardiology. – 2006. – Vol. 97, № 12. – P. 1749–1751.

14. Treating depression in patients with ischaemic heart disease: which agents are best to use and to avoid/ S.P. Roose [et al] // New York: College of Physicians and Surgeons, Columbia University. – 1999. – Vol. 60, № 9. – P. 2674.

15. Effect of sertraline on the recovery rate of cardiac autonomic function in depressed patients after acute myocardial infarction/ A.McFarlane [et al] // American Heart Journal. – 2001. – Vol.142, № 4. – P. 617–623.

КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ

Никитина В. Н.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Фундаментальная основа любой отрасли науки и практики – изучение ее исторического прошлого. В становлении кафедры психиатрии и наркологии можно условно выделить 2 этапа периодизации. Первые упоминания о кафедре датированы 1962 г., когда начала функционировать кафедра психиатрии Гродненского государственного медицинского института, под таким названием структурное подразделение просуществовало до 2002 г. В период с 2002 по 2009 г. функционировала кафедра психиатрии с курсом общей психологии, нынешнее название – кафедра психиатрии и наркологии, вошло в обиход с 2009 г. Анализируя номенклатурные данные, можно проследить за тем, как сменяли друг друга основные научные тенденции и каким образом менялись исследовательские направления кафедры.

Цель. Первым историческим этапом следует отметить функционирование кафедры на базе ОПБ «Бояры» Гродненского района в 1962-1966 гг. Следующей научно-практической и клинической базой кафедры стала Гродненская областная клиническая психиатрическая больница, располагавшаяся в здании средневекового женского монастыря по ул. Карла Маркса в историческом центре города. Именно на этой базе были проведены многочисленные научные исследования, в этих стенах прошли свое профессиональное становление нынешние выдающиеся психиатры, известные и за пределами нашей страны. В 2002 г. состоялось знаменательное событие в истории психиатрической службы Гродненской области – введен в эксплуатацию Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», на клинической базе которого по праву заняла свое место и кафедра психиатрии и наркологии.

Методы исследования. Приоритетная задача в развитии кафедры психиатрии и наркологии – преемственность поколений и последовательная трансформация научного знания сквозь годы. Изучая достижения научной мысли Гродненских психиатров, надо отметить и выдающийся личностный вклад сотрудников, которые внесли свой вклад в становление кафедры и закрепление ее на просторах современного научного пространства.

Первым руководителем кафедры психиатрии и наркологии был Владимир Иосифович Аккерман – человек, с имени которого открывается первая страница кафедры и биография которого позволяет проникнуться основными общественно-политическими событиями 20-го века. Научный интерес Владимира Иосифовича послужил посылком к защите в 1936 г. докторской диссертации на тему «Механизм первичного шизофренического бреда». К моменту начала своей деятельности в Гродненском медицинском университете Владимир Иосифович имел богатый научный опыт и опыт руководства: 1926-1933гг. – работал в Москве (зав. криминологической клиникой кабинета по изучению личности преступника и зав. отделением 1 горпсихбольницы), 1933-1954 гг. – непрерывно заведовал кафедрой психиатрии медицинского института, 1939-1950 гг.– зав. кафедрой психиатрии Белорусского мединститута, 1950-1954 гг.– зав. кафедрой психиатрии Самарского медицинского института.

Самый большой период в истории кафедры – 34 года, именно столько лет психиатрическая наука находилась под руководством профессора, доктора медицинских наук, заслуженного врача БССР Геннадия Алексеевича Обухова (1963-1997). Выдающаяся личность, человек высокого и неординарного ума, достойный гражданин своей Родины, эрудированный лектор и преподаватель, – это далеко не все слова, которыми можно охарактеризовать Геннадия Алексеевича и его научный путь. Кандидатская диссертация ученого посвящена изучению клинических вариантов псевдодеменции, докторская – ипохондрии.

Смена поколений – основа целостности и неразрывности передаваемых знаний. По стопам отца в науке пошел и сын Геннадия Алексеевича, Сергей Геннадьевич Обухов, который руководил кафедрой с 1997 по 2006 г. После окончания Гродненского государственного медицинского института (1978) работал в областной психиатрической больнице «Бояры» (1979-1981), затем в Гродненском областном психиатрическом диспансере (1981-1982). Прошел спецординатуру на кафедре нервных болезней Гродненского мединститута (1982-1984), после чего возглавил отделение Гродненского областного психоневрологического диспансера (1984-1991). Свой научный путь Сергей Геннадьевич начал с должности ассистента кафедры психиатрии ГрГМИ (1991-1996), после получил должность доцента той же кафедры (1996-1997). Научные труды Сергея Геннадьевича посвящены изучению патоморфоза депрессивных реакций. За период научной деятельности опубликовал 101 печатную работу. Автор перевода с английского языка монографии «Геронтологическая психиатрия», монографии «Клиника, диагностика и терапия психосоматических расстройств у подростков, проживающих в радиационно-загрязненных районах», учебника «Психиатрия» для студентов медицинских вузов, ряда учебно-методических пособий.

Результаты и их обсуждение. После Сергея Геннадьевича, с 2006 по 2010 гг., руководство кафедрой перешло в руки еще одной ученицы Геннадия Алексеевича – Королевой Елены Григорьевны. Кандидатская диссертация

Елены Григорьевны посвящена изучению комплексных показателей гемодинамики при сосудистых психозах (1974 г.), докторская – депрессивным расстройствам инволюционного возраста (1995 г.). За свой трудовой путь Елена Григорьевна выступила автором 4 методических пособий, 3 учебников с грифом УМО: «Психосоматика: клиника и терапия», «Расстройства личности», «Органические психические расстройства»; 120 печатных работ, 10 рационализаторских предложений, 22 внедрений, одного патента на изобретение. Под ее руководством защищены 1 докторская и 4 кандидатских диссертации.

С 2010 по 2021 гг. кафедру возглавляла Карпюк Валентина Алексеевна. Кандидатская диссертация Валентины Алексеевны направлена на изучение расстройств адаптации у подростков, проживающих в радиоактивно загрязненных районах», (1998 г.). Валентина Алексеевна принимала непосредственное участие в организации и становлении медико-психологического факультета УО «ГрГМУ» и первой в Республике Беларусь кафедры медицинской психологии и психотерапии. Под ее руководством защищены 2 диссертации на соискание степени кандидата медицинских наук. Член правления Белорусской психиатрической ассоциации, член правления Белорусской ассоциации психотерапевтов.

В настоящее время коллектив кафедры психиатрии и наркологии представлен девятью сотрудниками, из которых 2 доцента, 2 старших преподавателя, 4 молодых ученых и 2 специалиста. Руководство кафедры находится в руках доктора медицинских наук Станько Эдуарда Павловича.

Настоящий руководитель кафедры имеет широкий спектр научных интересов и практического знания. Эдуард Павлович окончил военно-медицинский факультет при Куйбышевском медицинском институте им. Д. И. Ульянова. После окончания высшего учебного заведения проходил срочную военную службу в ВС СССР. С 1992 по 2000 гг. занимал должности преподавателя-стажера, ассистента кафедры психиатрии Гродненского государственного медицинского института. После чего последовал период с 2000 по 2004 г., когда Эдуард Павлович занимал должность главного психиатра управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета (2000-2004). После успешного этапа в практической психиатрической практике вновь продолжил научный труд, темой кандидатской работы руководителя кафедры стало изучение ранних психоорганических расстройств у больных с хроническими заболеваниями печени алкогольного генеза (2003). Научная приверженность наркологии стала подоплекой и тематики докторской диссертации – «ВИЧ-инфекция, сочетанная с опийной наркоманией (эпидемиологические, иммунологические, клинико-психологические и организационные аспекты) (2020). За период активной научной деятельности Эдуард Павлович стал автором/соавтором более 300 научных работ, в том числе 5 монографий, 190 статей, 12 учебно-методических пособий, курса лекций по клинической наркологии (2006), пособия «Наркология»,

рекомендованного учебно-методическим объединением по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию Республики Беларусь для студентов учреждений высшего образования, обучающихся по специальностям 1-79 01 05 «Медико-психологическое дело», 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия» (2021), 2 практических пособий, 3 инструкций по применению Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 10 типовых программ по психиатрии и наркологии, патента на изобретение, многочисленных рационализаторских предложений и внедрений в лечебно-диагностический процесс учреждений здравоохранения республики. Врач-психиатр высшей квалификационной категории (2008), доцент, доктор медицинских наук, руководитель финансируемых научных проектов/научно-исследовательских работ, куратор основной клинической базы кафедры психиатрии и наркологии – УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия – наркология», "Отличник здравоохранения", обладатель многочисленных почетных званий и наград, – все эти характеристики руководителя отражают настоящие ориентиры и научные задатки кафедры.

Выводы. Говоря о научных достижениях кафедры, надо отметить ряд проведенных диссертационных исследований, изданных монографий, разработанных и внедренных в практику методов диагностики и лечения психических расстройств, изданных учебных пособий и учебно-методических комплексов. На сегодняшний день кафедра психиатрии и наркологии – учебно-методический центр психиатрии Гродненщины. Сотрудники структурного подразделения проводят научные исследования на клинических базах университета, выполняют клиническую нагрузку и осуществляют консультативную деятельность на базе УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология». С сентября 2022 г. на кафедре трудятся молодые ученые, научный интерес которых направлен на изучение психических расстройств при соматических заболеваниях.

Литература

1. Карпюк, В. А. Геннадий Алексеевич Обухов – ученый, врач, преподаватель, основатель психиатрической службы Гродненской области / В. А. Карпюк, С. Л. Дудук // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2008. – № 1 (21). – С. 131-133.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГРОДНЕНЩИНЫ

Новик Н. О.

Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. Статья содержит ретроспективный анализ основных этапов становления психиатрической помощи населению г. Гродно и

Гродненской области. Психиатрическая служба неразрывно связана с кафедрой психиатрии и наркологии, задача которых – общая цель – развитие новых и усовершенствование существующих лечебно-диагностических мероприятий, подготовка новых молодых специалистов в области психиатрии и наркологии, оказание высококвалифицированной помощи пациентам [1, 2]. Описаны важные аспекты, повлиявшие на развитие и становление современных служб охраны психического здоровья Гродненщины.

Цель – проведение теоретико-исторического анализа становления и развития психиатрической службы Гродненской области и кафедры психиатрии и наркологии учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет».

Методы исследования. Библиографический анализ литературы и материалов сети интернет по теме исследования.

Результаты и их обсуждение. История развития психиатрической службы начинается с 1962 г., когда был создан Гродненский областной психоневрологический диспансер. Фактически он был открыт в мае 1962 г. по адресу: ул. К. Маркса, 21. Диспансер стал первым в регионе специализированным учреждением, оказывающим внебольничную психиатрическую помощь населению. Для стационарного лечения пациентов направляли в областную психиатрическую больницу «Бояры», расположенную в 25,5 км от города. Несколько позднее, в ноябре 1962 г., в структуре Гродненского государственного медицинского института была открыта кафедра психиатрии. Первой клинической базой кафедры стала областная психиатрическая больница «Бояры» Гродненского района. А через четыре года кафедра переместилась во вновь открывшийся Гродненский областной психоневрологический диспансер, расположившийся в здании средневекового женского монастыря в центре города. В течение почти сорока лет история кафедры тесно связана с этим историческим местом. Первым главным врачом диспансера была Лилия Владимировна Киселева, а первым заведующим кафедрой психиатрии – профессор, доктор медицинских наук Владимир Иосифович Аккерман (1962-1963). С 1963 по 1997 г. кафедрой психиатрии заведовал профессор, доктор медицинских наук Геннадий Алексеевич Обухов, кандидат медицинских наук, тема диссертации: «Клинические варианты псевдодеменции», 1955; доктор медицинских наук, тема: «Закономерности возникновения и течения ипохондрических синдромов в пограничной психиатрии», 1973; профессор, 1974; «Заслуженный врач БССР», 1976. Автор более 120 научных работ, нескольких методических пособий для студентов и практических врачей.

Следует отметить, что на плечах врачей и другого медицинского персонала лежал большой объем работы. Они должны были обслуживать пациентов на приеме как в диспансере, так и на дому, проводить консультации в медицинских учреждениях города и области, а также оказывали помощь пациентам, находящимся в домах инвалидов психиатрического профиля. Чаше

всего применялось амбулаторное лечение пациентов, которое проходило в процедурном кабинете. Преимущественно это были общетонизирующие, дегидратационные процедуры и инсулинотерапия. Клиника регулярно оказывала бесплатную помощь пациентам, страдающим шизофренией и эпилепсией. Врачи психоневрологического диспансера также решали разные экспертные вопросы, проводили военные и судебно-психиатрические амбулаторные и стационарные экспертизы. При диспансере действовала областная психоневрологическая врачебно-трудовая экспертная комиссия (ВТЭК). Врачи диспансера активно участвовали в психообразовательных программах, санитарном просвещении населения, которое состояло из бесед и лекций на разные темы, а в основном об алкоголизме и профилактике психических заболеваний. Лекции и беседы врачи читали в школах, на предприятиях, в военкоматах, среди сотрудников внутренних дел. При диспансере действовали мастерские, где пациенты занимались трудотерапией под наблюдением инструктора по труду.

С 2000 г. в штатное расписание управления здравоохранения Гродненского облисполкома введена должность главного психиатра, на которую был назначен ассистент кафедры психиатрии Гродненского государственного медицинского института Эдуард Павлович Станько. По модели конечных результатов служба охраны психического здоровья заняла первое место среди аналогичных служб республики. С 2004 по 2012 г. главным штатным специалистом по психиатрии главного управления здравоохранения был Сергей Иванович Букин, а с 2012 г. и по настоящее время – внештатный специалист. С 2021 г. занимает пост главного врача УЗ «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология».

В 2002 г. начался поэтапный перевод клиники в новый комплекс, сотрудники клиники и кафедры психиатрии начали работать в совершенно других материально-технических условиях, с каждым годом повышая авторитет Центра как в области, так и в республике.

Несомненно, наличие научных сотрудников кафедры оказывало значительную практическую помощь коллективу врачей психоневрологического диспансера. Так, под руководством заведующего кафедрой психиатрии Геннадия Алексеевича Обухова постоянно совершенствовалась лечебно-диагностическая работа. Широко применялась инсулинокоматозная и электросудорожная терапия (ЭСТ). Активно внедрялись все поступающие в аптечную сеть новые психотропные препараты. Использовалась информация о новых методах лечения, появляющаяся в печатных изданиях: использование высоких доз, метод «зигзага» в лечении нейролептиками, использование оксibuтирата натрия при купировании алкогольного делирия и некоторые другие. Новые методы лечения давали врачам диспансера интересные результаты, что служило новым материалом для написания научных трудов. Многие врачи работали в соавторстве с сотрудниками кафедры психиатрии. На базе диспансера регулярно проводились

научно-практические конференции. Ряд врачей, работавших в диспансере, впоследствии перешли на научно-преподавательскую работу.

Так, например, Сергей Геннадьевич Обухов заведовал кафедрой психиатрии (1997-2001) и кафедрой психиатрии с курсом общей психологии ГрГМУ (2001-2006); кандидат медицинских наук, тема: «Патоморфоз реактивных депрессий», 1987). Опубликовал 101 печатную работу. Затем кафедрой психиатрии с курсом общей психологии заведовала Елена Григорьевна Королёва – с 2006. по 2010 г. (кандидат медицинских наук, тема «Комплексные показатели гемодинамики при сосудистых психозах», 1974; доктор медицинских наук, тема: «Депрессивные расстройства инволюционного возраста», 1995; профессор, 1996). Валентина Алексеевна Карпюк – заведующий кафедрой психиатрии и наркологии (2010-2021); кандидат медицинских наук, тема «Расстройства адаптации у подростков, проживающих в радиоактивно загрязненных районах», 1998 г.).

В настоящее время кафедру возглавляет доктор медицинских наук Эдуард Павлович Станько [2, 3]. Профессиональный путь Эдуард Павлович начал на кафедре в качестве преподавателя-стажера в 1992 г. В дальнейшем был главным психиатром управления здравоохранения Гродненского областного исполнительного комитета (2000-2004); 2003 г. – кандидат медицинских наук, тема «Ранние психоорганические расстройства у больных с хроническими заболеваниями печени алкогольного генеза». С 2008 г. – врач-психиатр высшей квалификационной категории. В 2010 г. получил ученое звание доцента по специальности «Клиническая медицина». В 2020 г. защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук, тема диссертации – «ВИЧ-инфекция, сочетанная с опийной наркоманией (эпидемиологические, иммунологические, клиничко-психологические и организационные аспекты)».

Выводы. Таким образом, психиатрическая служба г. Гродно, вместе с кафедрой психиатрии и наркологии Гродненского государственного медицинского университета прошла достаточно интересный исторический путь развития. Проведенные за 60 лет реорганизационные мероприятия, ряд научно-исследовательских работ позволили создать многофункциональную клинику, на базе которой получают образование студенты медицинского университета, а также достигнуты достойные условия для оказания психиатрической помощи населению Республики Беларусь. Коллектив кафедры психиатрии и наркологии внес определенный вклад в развитие новых научных направлений, модернизационных перемен и положительных преобразований, в том числе в научно-практическую деятельность Гродненского областного клинического центра «Психиатрия-наркология», а также учреждений здравоохранения психиатрического профиля Республики Беларусь.

Литература

1. История УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://mmc.grodno.by/istoria-centra.html> – Дата доступа: 18.10.2022.

2. История кафедры психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.grsmu.by/ru/university/structure/chairs/kafedry_39/history/ – Дата доступа: 18.10.2022.

3. Профессорско-преподавательский состав кафедры психиатрии и наркологии УО «Гродненский государственный медицинский университет» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.grsmu.by/ru/university/structure/chairs/kafedry_39/sostav/448/ – Дата доступа: 18.10.2022.

ТАНЦЕВАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД БОРЬБЫ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

Окродзе О. Ю.

Южно-Казахстанская медицинская академия, Казахстан

Актуальность. На сегодняшний день современная жизнь человека приводит к всеобщей невротизации населения, растет распространенность тревожных, субклинических и тяжелых депрессивных расстройств. Депрессия – распространенное во всем мире заболевание, от которого, по оценкам, страдает 3,8% населения, в том числе 5% взрослых и 5,7% лиц старше 60 лет. Во всем мире от депрессии страдают порядка 280 млн человек. Депрессия может быть серьезным заболеванием, особенно если она периодически повторяется и протекает в умеренной или тяжелой форме. В таких случаях депрессия приводит к большим страданиям, снижению работоспособности, трудностям в семейной жизни. В самых тяжелых случаях депрессия может привести к самоубийству.

Каждый год в мире более 700 000 человек совершают суицид. Самоубийство занимает четвертое место среди основных причин смерти молодых людей в возрасте 15-29 лет [1]. Часто в состоянии субклинической депрессии в период ее слабо выраженных симптомов пациенты начинают поиск проблемы в соматическом здоровье. Посещают поликлиники, проходят клиничко-лабораторные исследования, посещают узких специалистов. Тем временем в головном мозге «запускаются» патологические нейрохимические процессы в виде снижения активности норадреналина, допамина, серотонина и гиперактивации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, приводящие в последующем к большому депрессивному эпизоду. Таким образом, потеря времени в субклинический период приводит к тяжелым депрессиям как без психотических, так и с психотическими симптомами, имеющим в последнее время часто резистентный характер к медикаментозной терапии.

Известно, что еще со времен древних цивилизаций танец служил средством коммуникации задолго до возникновения языка как инструмента вербального общения. С помощью телодвижений человек учился передавать свои эмоции и чувства. Позднее танец стал одним из способов самовыражения своего личностного «Я». С конца шестнадцатого века танец перерождался в вид искусства, целью которого было увеселение публики [2]. Впервые в США в 50-е года прошлого века танец стал рассматриваться как психотерапевтический метод [3]. Танцевальную терапию начинали применять исключительно на психиатрических пациентах. Работая невербальными методами с телом посредством движений, пациенты начинали взаимодействовать с окружением и выражать собственные чувства. Десятилетиями танцевальная терапия совершенствовалась, разрабатывались новые методы ее психотерапии, что позволяло работать не только с пациентами из психиатрических клиник, но и охватывать людей, имеющих социопсихологические, личностные и межличностные проблемы [4].

Цель – оценка эффективности танцевальной терапии как психотерапевтического метода воздействия на категорию лиц, имеющих субклиническую депрессию (F32.0.)

Методы исследования. Исследование проводилось в Республике Казахстан, городе Шымкент на базе «ИП Центра Танцевальной Терапии». В исследовании приняли участие 90 женщин в возрасте от 40 до 60 лет за период времени с 2019 по 2022 гг. Оценка психоэмоционального состояния проводилась с помощью Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS), Опросника депрессии PHQ-9 и контрольного метода интервьюирования с обязательным детальным сбором жалоб и анамнеза жизни испытуемых. На протяжении трех месяцев исследования с испытуемыми проводились контрольные интервьюирования для оценки динамики исследования.

Каждой из исследуемых женщин была представлена возможность заниматься латиноамериканскими танцами в группе 3 раза в неделю по 1 часу на протяжении трех месяцев. Обязательным условием было отсутствие пропусков занятий на протяжении всего периода исследования. В структуру группового занятия входило: разминка, работа с пластикой тела перед зеркалом, изучение латиноамериканского танца (Румба, Самба, Сальса, Кизомба, Ча-ча-ча) под разную музыку и ритм. Все занятия сопровождалось со стороны тренера-терапевта постоянным вербальным акцентированием внимания испытуемых на внутренних переживаниях, чувствах, эмоциях женщин.

Результаты и их обсуждение. Результаты испытуемых показали: по Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии (HADS): 8-10 баллов, что отражает субклинически выраженную тревогу, депрессию; по опроснику депрессии PHQ:-9 5-9 баллов – легкую депрессию. Метод интервьюирования позволил выявить из жалоб и анамнеза испытуемых сниженное настроение, апатию, пониженную работоспособность, потерю интереса к повседневным делам,

трудности в коммуникации в обществе и пр. Из анамнеза испытуемых удалось выявить психогенные факторы развития данного расстройства, например: сильнейший стресс на работе – в семье, потеря близкого человека, частые конфликты с близкими и родными и прочие. В результате у каждой женщины был выставлен диагноз – депрессивный эпизод легкой степени по МКБ-10 F32.0.

Уже к концу второй-началу третьей недели исследования у 17% женщин отмечались внешние признаки улучшения психоэмоционального состояния в виде изменения стрижки или покраски волос, нанесения макияжа на лицо, тогда как ранее не придавалось внешнему виду никакого внимания. Данные изменения свидетельствовали о том, что в процессе работы перед зеркалом со своим образом через движения прорабатывается и формируется желаемый образ собственного «Я», который побуждает к личностной трансформации, что на первых этапах выражалось в изменении во внешности.

К началу второго месяца исследования 33% женщин отмечали исчезновение тоскливого настроения, особенно в дни занятий, активацию эмоционально-волевого фона: появилось желание работать, продвигаться по карьерной лестнице, заниматься разного рода творческой деятельностью, в общении с окружающими появилась эмоциональная окраска положительного характера. Данные изменения характеризуются в первую очередь тем, что занятия танцами позволили переориентировать свое внимание с внешнего мира на себя, позволив сконцентрироваться на эмоциональных и волевых сферах в каждом отдельном случае. Должная концентрация внимания на внутренние психические процессы позволяет избирательно активировать волевою сферу личности, позволяя ставить цели и достигать их.

Через полтора месяца 22% женщин отметили улучшение качества ночного сна, повышение либидо, исчезновение тревоги и депрессивных мыслей, нежелание наедаться на ночь, исчезновение психического напряжения в течение рабочего дня, снижение раздражительности. Более внимательней стали следить за своей внешностью.

К концу второго – началу третьего месяца 27% испытуемых указывали на то, что стали более общительными, уверенными в себе и эти изменения подтверждаются их близким окружением. Следующие 11% женщин в меру своих характерологических особенностей по интровертированному типу личности явных изменений не отметили, однако объективно их психоэмоциональный фон был значительно улучшен, об этом свидетельствует их активная жизненная позиция в ходе персонального интервьюирования.

По окончании исследования всем испытуемым предлагалось вновь пройти опросник депрессии PHQ-9, Госпитальной Шкалы Тревоги и Депрессии (HADS) и контрольного метода интервьюирования. По опроснику депрессий PHQ-9 результаты – 0-2 балла: нет депрессии или минимальная депрессия. По Госпитальной Шкале Тревоги и Депрессии (HADS) - 0-7 баллов – нет депрессии. По контрольному методу интервьюирования выявлены

значительные улучшения психоэмоционального состояния, у испытуемых появились мотивации к решению жизненных проблем, повлекших за собой субдепрессию до начала экспериментальных занятий.

Выводы. Исследование показало, что танцевальная терапия эффективна как метод психотерапии в борьбе с субклиническими депрессивными расстройствами у женщин среднего возраста. Однако следует отметить, что при выраженных клинических симптомах депрессии и ее длительном течении основной и главный метод лечения – медикаментозная терапия.

Литература

1. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Оганесян Н. Ю. Танцевальная психотерапия невротических расстройств. Современные методы психотерапии. Материалы Ежегод. научн.- практ. симп./ под ред. С. А. Осиповой, В. П. Курпатов; СПб. мед. акад. последипл. образ. – СПб.: СПбМАПО.2011.
3. <https://psyjournal.ru/articles/tancevalno-dvigatel'naya-terapiya-telo-kak-zerkalo-dushi#>.
4. <http://www.atdt.ru/content/istoriya-tancevalno-dvigatel'noy-terapii>.
5. Роберт Сапольски. Психология СТРЕССА - 3-е издание Перевод с английского под редакцией профессора Е. И. Николаевой. 2015 г.
6. Шуненков Д. А., Песнина М. А. Возможности танцевально-двигательной терапии в реабилитации пограничных психических расстройств // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 2.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

Предко В. А., Кулаков Д. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Черепно-мозговая травма (ЧМТ) – основная причина смертности среди трудоспособного населения. У пациентов, которые перенесли данный вид травмы, кроме высокой летальности наблюдаются проблемы с имеющимся неврологическим дефицитом и сроками дальнейшей реабилитации и социализации. Данная патология часто приводит к инвалидизации.

Встречаемость ЧМТ в последние десятки лет увеличилась, в основном из-за увеличения механизации труда и ростом автомобильных аварий. Смертность в развитых странах в несколько раз меньше в сравнении с развивающимися странами. Общемировая, ежегодная статистика указывает на 10 млн пациентов, которые госпитализируются по поводу ЧМТ [1].

Летальность при тяжелой черепно-мозговой травме достигает более 80%, а среди выживших около 75% остаются с тяжелым неврологическим дефицитом. Подсчитано, что в США черепно-мозговая травма встречается с частотой 363 случая на 100 000 населения в год [2]. В Германии ежегодный травматизм ЦНС составляет примерно 340 на 100 000 населения в год [3]. В Западной Европе,

равно как и в США, в последние годы он несколько снизился благодаря более широкому использованию современных систем безопасности в автомобилях. Но, несмотря на это, в мире в целом из-за локальных вооруженных конфликтов растет число проникающих огнестрельных черепно-мозговых ранений. ЧМТ чаще всего встречаются у молодых людей в возрасте от 15 до 24 лет. По статистике мужчины получают такой вид травмы в два-три раза чаще женщин во всех возрастных группах [4, 5, 6].

В литературе встречаются публикации с указанием применения L-лизина эсцината в большой группе пациентов с инсультом и ЧМТ. Использование препарата L-лизина эсцината уменьшает длительность коматозного состояния, регрессия дефицита неврологического статуса происходит быстрее. Показаниями для назначения препарата были: посттравматические, интра- и послеоперационные отеки любой локализации: тяжелые отеки головного и спинного мозга тяжелой степени, в том числе с внутрочерепными кровоизлияниями; отеки мягких тканей с вовлечением опорно-двигательного аппарата, сопровождающиеся локальными расстройствами их кровоснабжения и болевым синдромом; отечно-болевые синдромы позвоночника, туловища, конечностей; тяжелые нарушения венозного кровообращения нижних конечностей.

L-лизина эсцинат – это запатентованная фармацевтическая композиция, которую получают путем сложного многостадийного синтеза. L-лизина эсцинат представляет собой водорастворимую соль эсцина и аминокислоты L-лизина. Препарат быстро диссоциирует в крови на ионы лизина и эсцина. Эсцин понижает активность лизосомальных гидролаз, что предупреждает расщепление мукополисахаридов в стенках капилляров и в соединительной ткани, которая их окружает, и таким образом нормализует повышенную сосудисто-тканевую проницаемость, оказывает антиэкссудативное (противоотечное), противовоспалительное и обезболивающее действие.

По механизму действия L-лизина эсцинат нормализует сосудистую проницаемость и предотвращает прежде всего развитие вазогенного отека мозга. Предполагается, что нейропротективное действие эсцина на ранних этапах ишемии мозга обусловлено подавлением активности эндотелиальных клеток, вызванной гипоксией.

Цель – сравнить результаты лечения пациентов с диагнозом черепно-мозговая травма, получавших стандартную терапию, и пациентов с диагнозом черепно-мозговая травма, к стандартной терапии которым дополнительно назначали внутривенное введение L-лизина эсцината.

Методы исследования. В ретроспективном исследовании участвовали 120 пациентов с диагнозом черепно-мозговая травма, проходивших лечение в отделении анестезиологии и реанимации УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно» в 2012 (базисная терапия), 2017-2018 (стандартная терапия+L-лизина эсцинат) гг. При проведении исследования пациенты были разделены на 2 группы. В первой группе проводили

стандартную комплексную терапию 69 пациентам, во второй группе – 51 пациенту к терапии дополнительно назначали внутривенное введение L-лизина эсцината.

Уровень нарушения сознания у пациентов в процессе терапии определяли по шкале ком Глазго.

У пациентов в плазме крови определяли уровни АСТ, АЛТ, глюкозы. Изучались продолжительность лечения и исход заболевания.

В первой группе пациентов распределение по полу и возрасту произошло следующим образом. Мужчины встречались в 74,1% случаев, женщины – 25,9% случаев, средний возраст составил $60,6 \pm 18,4$ года. Во второй группе пациентов соотношение мужчин и женщин было 73 и 27%, соответственно. Средний возраст составил $62 \pm 12,5$ года. Пациенты по возрастному и половому составу статистически достоверно не различались.

Статистическую обработку полученного материала, оценку параметров распределения проводили с помощью программы STATISTICA for Windows (версия 10.0).

Статистические параметры описывали медианой (Me), верхней и нижней квартилями представлены величины, не имеющие приблизительно нормального распределения. Для принятия решения о виде распределения применялся критерий Шапиро-Уилка (уровень значимости принят 5%). При сравнении независимых групп с ненормальным распределением значений одного или двух количественных признаков использовался непараметрический метод – критерий Манна-Уитни. При сравнении зависимых групп с ненормальным распределением значений использовался непараметрический метод – критерий Вилкоксона. При одновременном анализе более двух групп признаков во избежание множественного сравнения пользовались поправкой Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. У пациентов при поступлении в клинику определяли уровень сознания по шкале ком Глазго: в группе 1 – 9 [7; 12], группа 2 – 9 [6; 13]. При статистическом анализе группы достоверно не различались ($p > 0,05$).

После проведенного курса лечения так же проводили подсчет уровня сознания по ШКГ в группе 1 – 12 [11; 14], группа 2 – 13 [13; 15] ($p < 0,05$).

При оценке времени пребывания в стационаре отмечается увеличение времени пребывания у группы 2 – 20 [16; 26] дней по сравнению с группой 1 – 16 [12; 20] суток ($p < 0,05$). Увеличение продолжительности лечения связано с большей летальностью в г группе 1 на ранних этапах терапии.

При использовании L-лизина эсцината доля выживших пациентов (группа 2) составила 85,3%, в группе 1 – 70,8% ($p < 0,05$). Назначение L-лизина эсцината привело к увеличению общей выживаемости на 14,5% ($p < 0,05$).

При анализе в зависимости от уровня сознания по ШКГ у пациентов с уровнем угнетения сознания при поступлении в 4-5 баллов по ШКГ выживаемость при использовании L-лизина эсцината выросла на 31,3%

($p < 0.05$); при 6-7 баллах по ШКГ выживаемость увеличилась на 17,3% ($p < 0.05$); при 8-9 баллах по ШКГ отмечен рост доли выживших на 14,0% ($p < 0.05$).

Введение в комплексную терапию черепно-мозговой травмы L-лизин эсцината ассоциируется с более низким риском летального исхода – 14,7% против 29,2% (группа 1) ($p < 0.05$).

Выводы. Изменение тактики интенсивной терапии черепно-мозговой травмы с внедрением в клиническую практику L-лизин эсцината привело к значимому увеличению выживаемости при черепно-мозговой травме.

Литература

1. Global Health Statistics, 2007, 3rd ed. – Geneva: World Health Organization, 2007 // <http://www.who.int/whosis/en>
2. Langlois J. A., Rutland-Brown W., Wald M. M. The epidemiology and impact of traumatic brain injury: a brief overview // J. Head Trauma Rehabil. – 2006. – Vol. 21. – P. 375-378.
3. Firsching R., Woischneck D. Present status of neurosurgical trauma in Germany // World J. Surg. – 2001. – Vol. 25. – P. 1221-1223
4. Чураков, А. В. Посттравматический ангиоспазм при тяжелой черепно-мозговой травме. Методы диагностики и прогнозирования / А. В. Чураков, В. В. Спас., А. Ф. Смянович // Мед. новости. – 2005. – № 10. – С. 19–25.
5. Tagliaferri F., Compagnone C., Korsic M. A systematic review of brain injury epidemiology in Europe // Acta Neurochir. (Wien). – 2006. – Vol. 148. – P. 255-268
6. Thurman D. J. Epidemiology and economics of head trauma // Head Trauma: Basic, Preclinical, and Clinical Direction / Ed by L. Miler, R. Hayes. – New York: Wiley & Sons. – 2001. – P. 1193-1202.

ВОСПРИЯТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 50 ЛЕТ

Прецкайло И. Я.

Частный психотерапевтический кабинет, Брест, Беларусь

Актуальность. За последние 50 или более лет у населения сложилось неправильное представление о том, что лечение у психиатра чем-то постыдно. До 1986 года люди, страдающие неврозами, лечились у невролога. С 1986 г. в реестре врачей появился психотерапевт, а потом и психолог. Но до сих пор большая часть людей всех этих специалистов воспринимают как психиатров, опасаются учета, огласки своего обращения.

Кроме того, у более старшего поколения людей есть определенный опыт контактов с пациентами психиатрических клиник. Вид этих пациентов, их рассказы, продолжительность лечения, видимые побочные эффекты нейрорептиков и антидепрессантов первых поколений препаратов создают дополнительные опасения у людей для обращения к специалистам психиатрического профиля.

Согласно цифрам Белстата, у нас в Беларуси растет количество пожилых людей. В 2009 г. люди в возрасте от 50 лет и старше 80 лет составляли 33,3%. А в 2021 г. люди в возрасте от 50 лет до более 80 составили уже 37%, что в абсолютных цифрах в сравнении с 2021 г. на 257,4 тыс. чел. больше, чем в 2009 г. Этот процесс будет ускоряться, так как увеличивается продолжительность жизни человека, идет процесс оттока молодежи. Возраст создает предпосылки к возникновению соматических и психических патологий. Без должного просвещения и информирования населения люди могут продолжать скрывать свою психическую патологию. К сожалению, это имеет шанс создать проблемы для окружения в бытовом и личностном аспекте. Пожары, квартирные затопления, ссоры, жалобы – все это чаще результат психического состояния отдельных людей.

Цель – оценить количество обращений людей в возрасте 50 лет и старше на момент обращения. Найти закономерности по частоте обращений к врачу-психотерапевту по годам (с 2009 по 2022), чтобы выяснить степень доверия или недоверия к этой службе. Определить значимость информационного просвещения населения по вопросам психического здоровья. Оценить готовность населения обращаться за психиатрической помощью в группе менее просвещенных и более догматичных людей старшего возраста.

Методы исследования. Занимаясь психотерапией более 30 лет, я имею достаточный статистический материал для анализа своей врачебной деятельности. До 2013 г. я работал только в государственной медицине в отделе общественного здоровья в структуре большой службы по оказанию населению психологической и психотерапевтической помощи. С 2013 г. получил лицензию Минздрава РБ на осуществление психотерапевтической помощи в частном кабинете психотерапии в г. Бресте. Все эти годы велась и ведется стандартная медицинская документация, определенная для врача-психотерапевта приказами Минздрава РБ. При этом у психотерапевта есть официальная возможность осуществлять анонимный прием граждан без предъявления паспорта (постановление МЗ РБ от 24.07.2012 N 111).

Использовалась статистическая выборка пациентов, которые пришли на прием к врачу-психотерапевту в 2009-2021 гг., в возрасте 50 лет и старше на момент обращения. Не учитывалась причина обращения, частота и продолжительность лечения. Проведено сравнение обращений непосредственно с запросами людей по интернету на сайт психотерапевта.

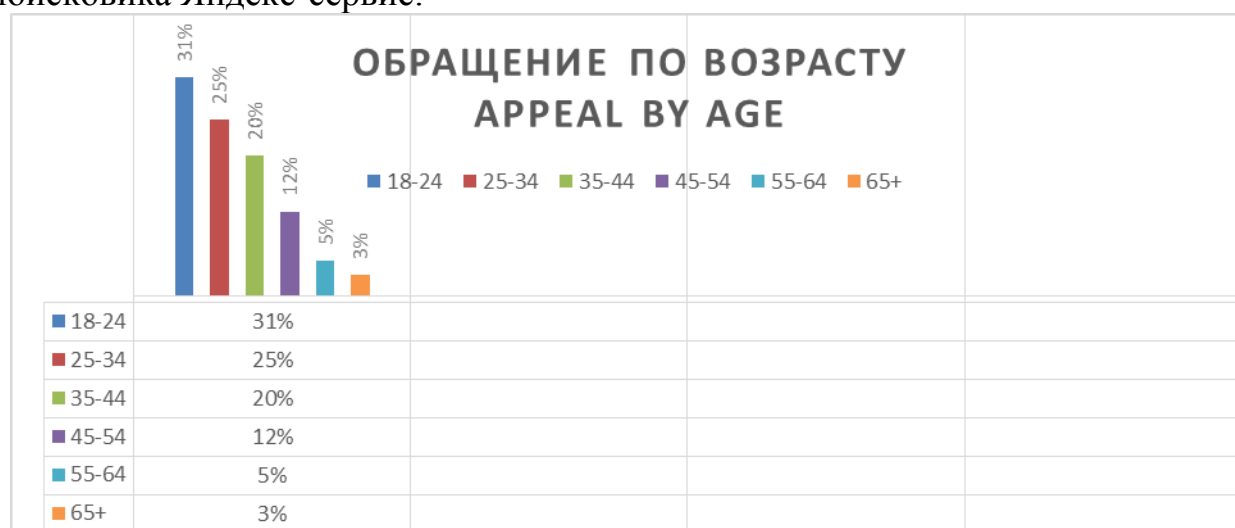
Используя статистику, которую бесплатно предоставляет Яндекс-сервис для владельцев сайта, осуществлена статистическая выборка посещаемости сайта psipom.com. Установлены количество посещений сайта, гендерная, возрастная и территориальная аудитория. Для выборки использовались данные за 2021 г.

Результаты и их обсуждение. Выборка пациентов в возрасте от 50 лет и старше представлена с следующей таблицей.

Годы	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Всего чел.	414	310	302	229	368	346	342	316	327	360	391	307	299
Старше 50 лет	66	70	71	55	80	79	90	86	92	95	107	97	89
% от всех	15,6	22,6	23,5	24,0	21,7	22,8	26,3	27,2	28,1	26,4	27,3	26,2	29,8

По результатам данной выборки очевиден рост доверия и востребованности этой службы у населения более старшего возраста. Даже в сравнении с общим процентом населения в возрасте 50 лет и старше от 33,3% в 2009 г. до 37% в 2021 г., 2/3 возрастных пациентов обращаются за помощью. Статистика Белстата (подробная) по годам труднодоступна, поэтому не представлена в таблице.

За эти 13 лет возраста 50 лет и старше достигли те люди, кому на начало исследования не было и 40 лет. Эти люди в лучшей степени освоили компьютер, интернет, мобильную связь. Значит, можно косвенно отследить интерес населения по посещаемости сайта психотерапевта по отчетности поисковика Яндекс-сервис.



Данные статистики сайта за 2021 г. показывают, что наиболее часто обращались люди в возрасте 18-24 года, женщины составляют 2/3 всех лиц. В возрасте от 45 до 65+ обратились только 20%.

Выводы. По результатам этой выборки можно сделать вывод, что население в возрасте от 50 лет и старше, вероятнее всего, адекватно относится к вопросам психического здоровья, готовы обращаться за помощью к врачу-психотерапевту в случае необходимости, меньше боятся стигматизации в сравнении с молодыми людьми. В то же время нынешние люди в возрасте 50 лет и старше предпочитают получать информацию о психическом здоровье не из интернета. Это подтверждает необходимость информирования о значимости обращения к врачам общей практики, важности наличия бумажных листовок в

поликлиниках по вопросам психического здоровья и рекомендациями, куда обращаться при психических заболеваниях.

Литература

Данные сайта Белстата www.belstat.gov.by

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СНА В ПОСТПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД

Савицкий И. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. В настоящее время в нашей практической деятельности мы сталкиваемся с отдаленными и непосредственными последствиями сложившейся эпидемиологической ситуации. В январе 2020 г. вспышка заболеваемости, вызванная распространением коронавируса SARS-CoV-2, была признана ВОЗ международной чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения, 11.03.2020, пандемией. Как следствие, население демонстрирует широкий спектр защитных психологических реакций, которые вызваны как адаптацией к последствиям эпидемиологической обстановки, так и последствиями перенесенной ковидной инфекции [2]. Данные переживания и последствия оказывают значительное влияние на качество жизни пациентов, одним из таких значимых факторов являются нарушения сна.

Цель – оценить распространенность и выраженность нарушений сна у пациентов в постпандемийный период. Провести анализ актуальных подходов к диагностике, профилактике и коррекции данных нарушений, что позволит актуализировать стратегии сопровождения пациентов с данными расстройствами.

Методы исследования. Проведен аналитический обзор актуальной литературы по проблематике нарушений сна. В процессе исследования было проведено добровольное скрининговое обследование пациентов, проходивших стационарное лечение в кардиологическом отделении УЗ «Городская клиническая больница № 3» в период с ноября 2021 г. по январь 2022 г. Для оценки состояния использовалась «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) [3], а также анкета-тест субъективной оценки качества сна, разработанная в Сомнологическом Центре ЦКБ Медицинского Центра Управления Делами Президента Российской Федерации. В ходе исследования опрошены 66 пациентов: 29 пациентов, перенесших ковидную инфекцию в течение года, а также 27 пациентов, не перенесших данную инфекцию.

Результаты и их обсуждение. С момента начала пандемии официально зарегистрировано более 620 млн случаев заражения, а также от 6,5 до 10 млн летальных исходов. Что указывает на то, что с непосредственными соматическими и социально-психологическими последствиями пандемии

столкнутся не менее 7,73% населения планеты. По последним данным, отмечено возникновение значительного числа первичных постковидных синдромов, таких как: тревога и тревожные расстройства – в 10-12,3% случаев, астения и депрессивное расстройство – в 8-10,7% случаев, соматоформные расстройства – в 5-7,2% случаев, а также адаптационные расстройства и нарушения сна [2]. Протекают они параллельно с широким спектром соматических синдромальных последствий: чувство тяжести за грудиной, чувство слабости и быстрая утомляемость, одышка, чувство нехватки воздуха; множественные болевые синдромы; частые колебания давления и пульса, аритмии и тахикардии, ортостатическая гипотензия с компенсаторной тахикардией; чувство головокружения и «туман в голове»; чувство тошноты, расстройства стула, а также длительно сохраняющиеся колебания температуры тела от гипотермии до субфебрильной температуры.

Нарушения сна у данной группы пациентов – значимый комплексный синдром, являющийся отражением влияния всего спектра последствий перенесенной ковидной инфекции, а также воздействия условий пандемии в целом. Специфические нарушения сна наблюдались у 41,9-80% пациентов в период заболевания, а также у 10-12,1% в постковидный период [2].

Клинические наблюдения показали специфическую картину нарушений сна у данных пациентов. Отмечались нарушения ввиду последствий нейроэндокринных нарушений, увеличение выработки норадреналина и снижение выработки мелатонина, а также влияние соматических симптомов в виде: ночной потливости, чувства нехватки воздуха, болевых ощущений в теле при засыпании и при пробуждениях, увеличения частоты смешанных и центральных апноэ сна, а также необходимости респираторного усиления. Значительную роль играют кардиореспираторные нарушения в форме ночной гипертензии, изменения циркадной вариабельности сердечного ритма, которая в свою очередь указывает на высокий уровень стрессовой симпатической активации. А также широкий спектр психогенных нарушений: пресомнические и интрасомнические расстройства, в форме кошмарных сновидений и частых коротких пробуждений, вследствие дезадаптации и фоновой тревоги, а также постсомнические расстройства вследствие «замкнутого круга», а также нарастающей астении [4; 2].

Для оценки распространенности и выраженности нарушений сна у пациентов в постпандемийный период было проведено добровольное скрининговое обследование пациентов. В группе пациентов, не перенесших ковидную инфекцию, получены следующие результаты. При оценке тревожной симптоматики 55,6% (15) опрошенных указывали нормальный уровень переживаний, 33,3% (9) – субклинический уровень, в 11,1% случаев (3) выявлялась клинически значимая тревога. Оценка депрессивной симптоматики показала, что 70,37% (19) опрошенных указывали нормальный уровень переживаний, тогда как субклинический уровень наблюдался лишь у 29,63% (8) опрошенных. Данный уровень выраженности симптоматики характерен для

пациентов кардиологического профиля [1]. В свою очередь при оценке уровня тревоги в группе пациентов, перенесших ковидную инфекцию, лишь 20,68% (6) пациентов указывали нормальный уровень переживаний, тогда как 58,64% (17) указывали субклинический уровень и у 20,68% (6) выявлялась клинически значимая тревога. При этом оценка депрессивных симптомов показала следующее: нормальный уровень переживаний наблюдался у 24,13% (7) пациентов, тогда как 55,17% (16) опрошенных демонстрировали субклинический уровень переживаний, у 20,68% (6) выявлялась клинически значимая депрессия.

Анализ субъективной оценки нарушения качества сна показал следующее. В группе пациентов, не перенесших ковидную инфекцию: 62,96% (17) оценивали сон как нормальный, у 25,92% (7) выявлялось пограничное нарушение сна, тогда как у 11,12% (3) – тяжелое нарушение сна. В группе пациентов, перенесших ковидную инфекцию, мы наблюдаем обратную ситуацию: лишь 17,24% (5) оценивали сон как нормальный, у 51,72% (15) выявлялось пограничное нарушение сна, у 31,04% (9) – тяжелое нарушение сна.

Выводы. Полученные результаты указывают на высокую выраженность и распространенность тревожно-депрессивной симптоматики, а также нарушений сна у пациентов кардиологического профиля, что ассоциировано с последствиями перенесенной инфекции. Особое значение имеет субклинический уровень интенсивности переживаний как фактор риска ухудшения соматического состояния. Своевременное выявление данных нарушений, а также их адекватная оценка дает возможность своевременного начала профилактических мероприятий, что позволит предупредить развитие хронической формы инсомнии и нарастания психоэмоционального истощения, что снизит риск возникновения психического расстройства. На раннем этапе такого результата позволит добиться применение релаксационных методов психотерапии, а также исполнение рекомендаций по гигиене сна. Однако в постпандемийный период при оказании помощи пациентам, в том числе психопрофилактической, возникает ряд актуальных требований к нашей терапии: терапия таргетная, в соответствии с объективными причинами и тяжестью нарушений; безопасность проводимой терапии ввиду значительного соматического отягощения, а также ранее начало терапии ввиду склонности нарушений к прогрессированию, так как на раннем этапе положительного результата позволит добиться применение релаксационных методов психотерапии, а также исполнение рекомендаций по гигиене сна [5]. Однако на текущий момент выполнение данных принципов терапии затруднено ввиду ограниченности диагностического арсенала. Используемые в настоящее время субъективные диагностические методики нацелены на выявление этиологических причин нарушений сна, однако не отражают полную картину имеющихся у пациентов нарушений, дают лишь общее представление о типе и тяжести нарушений сна [6]. Данные методы имеют низкую специфичность, особенно на ранних этапах нарушений. Тогда как выбор тактики лечения

нарушений сна в соответствии с современными тенденциями должен производиться в соответствии с выявленным в клиническом интервью типом структурных нарушений и уровнем тяжести инсомнии [5]. В настоящее время, лишь метод полисомнографии (ПСГ) позволяет провести качественный и объективный анализ сна человека, являясь труднодоступной и трудоемкой диагностической процедурой, применяемой при хронических тяжелых нарушениях сна. Данное обстоятельство указывает нам на необходимость создания современной и надежной клинико-психодиагностической методики, специфичной для оценки приведенных параметров.

Литература

1. Александровский Ю. А., Психолого-психиатрические подходы к профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний / Ромасенко Л. В. // Вестник РАМН-2003, №12 - с.24–29.

2. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic./ Rogers J.P [et al.]/Lancet Psychiatry. 2020; 7: 611–627.

3. Методы выявления тревожных и депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля/ Учебное пособие, под ред. Козловский В.И. – Витебск: ВГМУ, 2010 – 27с.

4. Петров А. М. Нейробиология сна: современный взгляд : учеб. пособие / А. М. Петров, А. Р. Гиниатулин ; под ред. А. Л. Зефирова. – Казань : КГМУ, 2012. – 109 с.

5. Диагностика и лечение нарушение сна /Учебно-методическое пособие /О. В. Тихомирова ; Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова МЧС России. СПб. : ООО «НПО ПБ АС», 2020. 52 с.

6. Савицкий, И. С. Специфичность субъективной оценки при диагностике нарушений сна у пациентов с болезнью Паркинсона // Актуальные проблемы медицины: сборник материалов итоговой научно-практической конференции, Гродно 28-29 января 2021 г. / Гродненский государственный медицинский университет; под ред. Е. Н. Кратковой. – Гродно, 2021. – С. 759–762.

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ОГРАНИЧЕНИИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЛИЦА ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА

Семёнова С. А., Крайко О. В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Актуальность. Законодательство в области психического здоровья – необходимое условие защиты прав социально-уязвимой группы граждан – лиц,

страдающих психическими расстройствами. Зачастую психические заболевания негативно сказываются на возможности принятия гражданами самостоятельных решений, в том числе и в вопросах получения согласия пройти необходимый курс лечения, либо выбора того или иного метода медицинского вмешательства.

Цель – принцип добровольного информированного согласия является краеугольным камнем в вопросе оказания медицинской помощи лицам, имеющим психические расстройства. Последние оказывают влияние на мышление и поведение людей, на их умение защищать собственные права и интересы. Ключевой момент в этой ситуации – необходимость разработки механизма получения согласия на медицинскую помощь и отказ от нее в условиях установления компетенции пациента в предоставлении такого согласия.

Методы исследования. Методологическую основу исследования составили: методы диалектики как общенаучного метода познания, а также частно-научные методы: сравнительно-правовой, технико-юридический, формально-логический.

Результаты и их обсуждение. Одним из международных документов, закрепивших правило о том, что медицинское вмешательство может осуществляться только после получения от соответствующего лица добровольного информированного согласия, стала Конвенция о правах человека и биомедицине. На национальном уровне это правило нашло отражение в ст. 41 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении», которая гласит, что пациент имеет право участвовать в выборе методов оказания медицинской помощи, получать в доступной форме информацию о состоянии собственного здоровья, применяемых методах лечения, а также отказаться от медицинского вмешательства [1].

Критерии правомерности согласия лица на медицинское вмешательство следующие: информированность, добровольность и компетентность. Лицо должно заранее получить соответствующую информацию о цели и характере медицинского вмешательства, его последствиях, рисках. В любой момент согласие может быть отозвано. Ни в коем случае не допускается согласие, полученное с помощью угроз, психологического давления со стороны родственников, медицинского персонала, служебной зависимости. Компетентность выражается в определении способности пациента дать согласие на медицинское вмешательство, в оценке его способностей к пониманию ключевой информации и ситуации, составлению умозаключений, состоянию сделать выбор.

Право определения способности либо неспособности лица давать согласие на медицинское вмешательство отводится исключительно национальному законодательству, что приводит к нарушению прав людей с психическими заболеваниями. Зачастую при установлении у лица такого расстройства оно

автоматически попадает в категорию стигматизированных людей, не способных отвечать за свои поступки и решения.

На протяжении длительного периода времени в нашей стране в отношении лиц, имеющих психические заболевания, применялись только два понятия – «дееспособное» либо «недееспособное». Так, согласно ст. 29 ГК, гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значение своих действий и руководить ими, может быть признан судом недееспособным [3]. Над таким лицом устанавливается опека, и только опекун будет решать целесообразность и необходимость того или иного медицинского вмешательства. В том числе и в ситуации, если у гражданина констатировано психическое расстройство, вследствие которого он не в полной мере способен понимать значение своих действий.

Конституционный Суд Республики Беларусь в решении от 16 октября 2013 г. «Об ограничении дееспособности гражданина вследствие психического расстройства» указал на необходимость внесения изменений в ГК и закрепления понятия ограниченной дееспособности гражданина вследствие психического расстройства в зависимости от степени фактического снижения способности понимать значение своих действий или руководить ими [4]. С принятием 17 июля 2018 г. Закона Республики Беларусь № 135-3 «О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь» были отредактированы ст. 29 и ст. 30 ГК, в соответствии с которыми теперь гражданин, у которого вследствие психического расстройства ограничена способность понимать значение своих действий или руководить ими, может быть ограничен в дееспособности. Над ним устанавливается попечительство [5].

При ограничении дееспособности лицо, в отличие от недееспособного, вправе совершать мелкие бытовые сделки, получать доходы и распоряжаться ими, а также совершать сделки, направленные на безвозмездное получение выгод. Совершать другие сделки такой гражданин может только с согласия попечителя.

Данные изменения в ГК вступили в силу с 1 августа 2020 г. Но в отношении информированного согласия существенно ситуацию они не меняют. Лица со сниженной способностью понимать значение своих действий и руководить ими не имеют права самостоятельно давать согласие на медицинское вмешательство (как сложное, так и простое), а также отказываться от него, а значит, остаются без необходимой защиты своих интересов. При определении размеров социальных ограничений таких лиц не учитываются степень и тяжесть их психических расстройств.

Выводы. Для решения вопроса признания граждан недееспособными и ограниченно дееспособными необходимо разграничивать психические расстройства по степени тяжести, т. к. оценочное понятие «не в полной мере понимает значение своих действий» при проведении судебно-психиатрической экспертизы чаще всего субъективно. Представляется возможным уравнивать в

отношении права на информированное согласие ограниченно дееспособных лиц с несовершеннолетними в возрасте от 14 до 18 лет, которые могут самостоятельно давать согласие на простые медицинские вмешательства, а также отказываться от тех медицинских вмешательств, которые не отвечают интересам несовершеннолетнего. При этом необходимо руководствоваться статьей 6 Конвенции Овьедо, которая гласит, что совершеннолетний, признанный недееспособным, но в определенные периоды не страдающий от ухудшения психических способностей (в результате ремиссии) должен дать согласие лично [6]. Ограниченно дееспособное лицо должно получать информацию о своих правах, а также сведения о характере имеющихся у него заболеваний, целях и методах лечения, возможных болевых ощущениях, риске, побочных эффектах и об ожидаемых результатах в доступной для пациента форме и с учетом его психического состояния.

Литература

1. О здравоохранении: [Электронный ресурс] : Закон Республики Беларусь, 18 июня 1993 г. № 2435-ХП // ЭТАЛОН. Законодательство Респ. Бел. / Нац. центр правовой информ. Респ. Бел. – Минск, 2022.

2. Об изменении Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» : [Электронный ресурс] : Закон Республики Беларусь, 11 ноября 2019 г., № 255–З, // ЭТАЛОН. Законодательство Респ. Бел. / Нац. центр правовой информ. Респ. Бел. – Минск, 2022.

3. Гражданский кодекс Республики Беларусь [Электронный ресурс] : Кодекс Респ. Бел., 7 декабря 1998 г., № 218-3, // ЭТАЛОН. Законодательство Респ. Бел. / Нац. центр правовой информ. Респ. Бел. – Минск, 2022.

4. Об ограничении дееспособности гражданина вследствие психического расстройства [Электронный ресурс] : Решение Конституционного Суда Республики Беларусь, 16 октября 2013 г. № Р-847/2013 // ЭТАЛОН. Законодательство Респ. Бел. / Нац. центр правовой информ. Респ. Бел. – Минск, 2022.

5. О внесении изменений и дополнений в некоторые законы Республики Беларусь [Электронный ресурс] : Закон Республики Беларусь, 17 июля 2018 г., № 135–З, // ЭТАЛОН. Законодательство Респ. Бел. / Нац. центр правовой информ. Респ. Бел. – Минск, 2022.

6. Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины: Конвенция о правах человека и биомедицине, 4 апреля 1997 г. [Электронный ресурс].

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Скаскевич Н. П.

Брестский областной психоневрологический диспансер, Брест, Беларусь

Актуальность. Актуальность эффективного функционирования психиатрии как составной части системы здравоохранения обусловлена распространенностью психических расстройств: каждый четвертый человек в течение жизни переносит то или иное психическое расстройство, в любой момент времени, по данным разных авторов, психическими расстройствами страдает от 12 до 17% населения. Из 20 основных болезней в мире, приводящих к наибольшим экономическим потерям, 5 относятся к психическим расстройствам. Психические расстройства составляют практически 12% глобального времени болезней. На их долю будет приходиться около 15 лет жизни, утраченных вследствие инвалидности (по расчетам с помощью индекса DALY). Установлено, что в основном бремя психических расстройств несут люди молодого возраста, т. е. наиболее продуктивная группа населения.

Цель – с целью повышения эффективности работы психиатрической службы организаторы здравоохранения должны уметь анализировать ситуацию и мыслить прогрессивно. Категория эффективности – ключевая в организации (управлении) здравоохранения, составляет основу для определения миссии организации здравоохранения и процессов принятия решений.

Методы исследования. Важнейшая конституционная норма – положение статьи 1 Конституции Республики Беларусь. Согласно данной статье, Республика Беларусь – унитарное демократическое социальное правовое государство [1]. Социальная составляющая определяется не только экономическим компонентом идеологии государства (социально ориентированная многоукладная рыночная экономика), но и реальными расходами государства – 1/3 доходов направляется на финансирование социальных проектов (социальной сферы).

Такая политика государства – залог устойчивого развития отрасли здравоохранения как одной из ресурсоемких составляющих социальной сферы.

Система здравоохранения, кроме собственно отрасли здравоохранения, включает органы руководства страны, отрасль образования, негосударственные организации здравоохранения, предприятия медицинской промышленности, СМИ. Здравоохранение как часть социальной системы страны обеспечивает воспроизводство ресурса здоровья населения, следовательно – воспроизводство трудового ресурса страны. Немаловажная роль в этом деле принадлежит психиатрии как одной из составляющих системы здравоохранения в целом [2].

Актуальность эффективного функционирования психиатрии как составной части системы здравоохранения обусловлена распространенностью

психических расстройств: каждый четвертый человек в течение жизни переносит то или иное психическое расстройство, в любой момент времени, по данным разных авторов, психическими расстройствами страдает от 12 до 17% населения. Из 20 основных болезней в мире, приводящих к наибольшим экономическим потерям, 5 относятся к психическим расстройствам. Психические расстройства составляют практически 12% глобального времени болезней. На их долю будет приходиться около 15 лет жизни, утраченных вследствие инвалидности (по расчетам с помощью индекса DALY). Установлено, что в основном бремя психических расстройств несут люди молодого возраста, т. е. наиболее продуктивная группа населения [3].

Существует 2 типа развития – экстенсивный и интенсивный. Первый подразумевает развитие за счет увеличения физического объема деятельности. То есть, для достижения желаемых изменений показателей наращивается объем ресурсов, низкая эффективность при этом компенсируется значительными масштабами. При таком подходе отрасль начинает нести громадные издержки.

Интенсивный путь развития предусматривает качественное изменение необходимых работ, их рационализацию и совершенствование. Когда примененная технология полностью исчерпает себя, она принципиальным образом меняется для дальнейшего развития.

Пример экстенсивного развития системы здравоохранения в целом и психиатрии в частности, – советская модель развития здравоохранения, когда приоритеты были направлены на развитие медицинской помощи в стационарных условиях. Но несправедливо будет негативно отзываться о данной модели развития здравоохранения, так как, во-первых, эффективных технологий в здравоохранении для применения в амбулаторных условиях в тот период времени не существовало, во-вторых, именно благодаря ей медицинская помощь в стационарных условиях стала оказываться максимально качественно, что наложило определенный отпечаток на представления о качественной медицинской помощи в умах населения – многие из коллег при оказании медицинской помощи людям старшего поколения, выросших в Советском Союзе, сталкивались с проблемой ломки стереотипов у пациентов, объясняя им возможность получения медицинской услуги по имеющейся патологии аналогичного качества в амбулаторных условиях.

Если анализировать развитие здравоохранения в новом тысячелетии, где во главу угла ставится интенсивный путь развития, то, к сожалению, можно говорить о том, что психиатрия не стала приоритетным направлением среди других медицинских специальностей, как, например, кардиохирургия или трансплантология. Причин этому множество, как объективных (финансирование по остаточному принципу, дефицит должностей специалистов психиатрического профиля, определенная изолированность психиатрии от соматической медицины), так и субъективных (выраженная биологическая ориентация медицины при игнорировании психолого-психиатрических сторон деятельности врача, существование в обществе массы

мифов и предрассудков в отношении психиатрии, которые формируют негативное отношение части общества к психиатрии и вызывают страх контактов с ней).

Результаты и их обсуждение. Мощным вызовом для психиатрии послужила пандемия ковид-инфекции вследствие резкого роста проблем, связанных с ментальным здоровьем. Вместе с тем она показала востребованность новых форм получения информации и организации медицинской помощи, например, в виде дистанционного, в том числе телемедицинского консультирования, показав, таким образом, возможности более рационального использования ресурсов службы как людских, так и интеллектуальных [4].

Так как ресурсы психиатрической службы ограничены, для руководителей (управленцев) системы здравоохранения эффективное их использование всегда должно находиться в приоритете. Эффективность – одна из категорий экономики здравоохранения, наряду с доступностью и качеством. Не вызывает сомнений важность в здравоохранении категорий эффективности и качества, но приоритет категории эффективности обусловлен ее значением в планировании, реализации и оценке всего комплекса мероприятий здравоохранения [5]. Основопологающее в категории эффективности понятие «эффект» (от латинского effectus – исполнение, действие) – конкретный результат действий. Одна из особенностей содержания категории эффективности в здравоохранении, в отличие от других сфер деятельности, в том, что полезная деятельность оценивается тремя видами эффектов: медицинским, социальным и экономическим. При этом медицинский эффект – основной управляемый компонент категории эффективности, достижение которого зависит от медицинских работников и медицинской науки [5]. Дальнейшее совершенствование системы управления эффективностью в здравоохранении должно базироваться на четырех классических функциях управления: планирование, организация, мотивация и контроль.

В условиях развития рыночных отношений в Республике Беларусь отрасль здравоохранения как часть социальной системы страны не может оставаться в стороне от этих процессов. Развивая платные медицинские услуги, руководители организаций здравоохранения обрели реальную возможность получения дополнительных финансовых ресурсов, которые могут быть использованы на повышение эффективности функционирования учреждения – как в виде материальной мотивации сотрудников, так и для укрепления материально-технической базы. В ряде учреждений здравоохранения внебюджетная деятельность составляет 5 и более процентов по отношению к бюджетному финансированию. При этом во многих, даже крупных медицинских центрах негосударственной формы собственности, штатных сотрудников – минимальное количество, основной акцент сделан на внешних совместителей, которые по основной должности трудятся в учреждениях здравоохранения государственной формы собственности. Данная ситуация

«обнажает» чрезмерный консерватизм существующей бюджетной системы здравоохранения, который создает предпосылки для оттока людских и интеллектуальных ресурсов и, как следствие, недополучение прибыли за счет внебюджетной деятельности.

Выводы. С целью повышения эффективности работы психиатрической службы организаторы здравоохранения должны уметь анализировать ситуацию и мыслить прогрессивно. Категория эффективности ключевая в организации (управлении) здравоохранения, составляет основу для определения миссии организации здравоохранения и процессов принятия решений.

Для того чтобы шагать в ногу со временем, организаторы здравоохранения (управленцы) должны осуществлять планирование развития службы на оперативном, тактическом и стратегическом уровнях, исходя из имеющихся ресурсов с акцентом на их централизацию и опорой на современные технологии. В качестве наиболее оптимального может быть использован программно-целевой (проблемно-целевой) подход [5].

Исходя из тенденции все более широкого распространения частной системы здравоохранения, особую актуальность приобретает конкурентоспособность государственных учреждений здравоохранения, которая должна базироваться на высоком качестве медицинских услуг.

Учитывая актуальность психических расстройств на современном этапе, а также с целью снижения экономических потерь общества вследствие психических болезней и повышения качества оказания медицинской помощи населению, в ближайшее время в медицине необходимо правильно определить приоритеты, в результате чего психиатрия должна занять достойное место среди других специальностей.

Литература

1. Национальный центр правовой информации Республики Беларусь (Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь).
2. Ростовцев В. Н., Скугаревский О. А., Терехович Т. И. Приоритеты здравоохранения. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. № 2 (111) 2022, стр. 44 – 46.
3. Ходжаев А. В., Докукина Т. В., Голубева Т. С., Осипчик С. И., Каминская Ю. М., Копытов А. В. Тенденции реорганизации психиатрической службы на современном этапе. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2022, том 13, № 3, стр. 360 – 368.
4. Прецкайло И. Я. Новые тенденции в психотерапии в условиях пандемии коронавируса. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2022, том 13, № 3, стр. 326 – 331.
5. Соколов А. Ю. Управление эффективностью в здравоохранении. Минск БелМАПО, 2021, стр. 5 - 8, 13 – 16.

ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Сквира И. М., Абрамов Б. Э., Сквира М. И.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Актуальность. Тактическая цель лечения алкогольной зависимости (АЗ) – ремиссия (ослабление признаков болезни), а стратегическая цель – возвращение пациентов в социум [1]. Важнейший фактор для их достижения – терапевтический процесс [1, 2]. Несмотря на весьма обширные научные исследования, подтвержденные и новейшими метаанализами данных 1223 научных исследований за период с 1992 по 2020 г., вопрос об эффективности лечения АЗ, в том числе с применением разных методов психотерапии, остается открытым [3].

Цель – изучить потенциальную возможность в формировании ремиссии алкогольной зависимости разных терапевтических подходов.

Методы исследования. Проведено комплексное (клиническое, патопсихологическое, лабораторное, статистическое) исследование 500 пациентов (410 мужчин и 90 женщин) с АЗ (F10.2) в возрасте от 20 до 65 лет (средний возраст 39,2 года).

Общие критерии включения пациентов в исследование:

наличие АЗ; обращение за помощью в лечении АЗ; возраст 20-65 лет; информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: злоупотребление алкоголем без синдрома зависимости (F10.1); наличие иных установленных психических расстройств. Статистически значимой считалась 95% вероятность различий ($\alpha=0,05$).

Результаты и их обсуждение. У 500 пациентов были изучены 896 случаев формирования ремиссий в зависимости от наиболее часто используемых подходов в лечении, образовавших 5 основных групп сравнения. В 1 группу вошли 32 случая попыток бросить пить без лечения. Вторая группа – 21 случай традиционной медикаментозной терапии (ТМТ), когда пациенты ограничивались только дезинтоксикационной терапией. Третья группа (n=77) состояла из случаев обращения за помощью к «целителю по рекламе». В 4 группе (n=125), после ТМТ лечение завершалось известной наркологам процедурой плацеботерапии («Торпедо» или имплантация «Эспераль») [4]. Пятую группу составили 641 случай формирования ремиссий с применением на этапе лечения синдрома зависимости метода интегральной психотерапии (ИПТ) [5]. Из пациентов 5 группы в 2006 г. была образована экспериментальная 6 группа (n=25), суть которой заключалась в том, что после ИПТ на этапе реабилитации эти пациенты продолжили участие в терапевтической программе «Формула трезвости» (клуб взаимопомощи пациентов, организованный в структуре терапевтической программы) [4].

В первых трех группах сравнения рецидив АЗ в большинстве случаев происходил в срок до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя

(так называемые «ранние рецидивы»), а годовые ремиссии формировались в редких случаях. В 4 группе (в сравнении с 3) эффективность лечения увеличилась в 2,7 раза ($p < 0,001$) за счет формирования ремиссии низкого качества. В 5 группе эффективность лечения была выше, чем в 3 группе, в 5,2 раза ($p < 0,001$), и выше, чем в 4 группе, в 1,9 раза ($p < 0,01$) за счет формирования ремиссий высокого качества. Мы считаем, что результативность ИПТ связана с тем, что терапевтические воздействия системы ИПТ заключались не только в купировании ПВА, синдрома отмены и нормализации соматического и психического состояния, но и в лечении зависимости на уровне личности пациентов за счет заложенных в ИПТ специфических психотерапевтических технологий и соблюдения системных принципов организации терапевтического процесса. Нарушение только одного принципа (принципа непрерывности) приводило к значимому снижению эффективности лечения, измеряемому годичной ремиссией, с 82,0 до 60,0% ($p = 0,01$) [5]. Однако и при соблюдении всех системных принципов организации терапевтического процесса первые три этапа лечения алкогольной зависимости имели статистическое ($p < 0,01$) и клиническое значение для достижения полной ремиссии (6 месяцев воздержания от употребления алкоголя), статистическое значение для достижения годичной ремиссии ($p < 0,05$) и теряли свое значение после года. После завершения первых трех этапов лечения ведущую роль в стабилизации ремиссии приобретала реабилитация ($p < 0,05$), значение которой повышалось после полугода ($p < 0,01$) и, особенно, после года воздержания от употребления алкоголя ($p < 0,001$). При лонгитюдном сравнении 6 и 5 групп: годовая ремиссия наблюдалась у 22 (88,0%) участников 6 группы, против 54 (67,50%) из 80 лиц 5 группы ($p < 0,05$). В течение 5 лет рецидив произошел в 6 группе у 5 (20,0%) из 25, а в 5 группе – у 60 (75,0%) из 80 пациентов ($p < 0,001$). В течение 5 лет выбыли из программы 1 (4,0%) из 25 лиц 6 группы и 16 (20,0%) из 80 лиц 5 группы ($p < 0,001$), продолжали участие в терапевтической программе и находились в ремиссии 24 (96,0%) из 25 пациентов 6 группы против 46 (57,50%) из 80 пациентов 5 группы ($p < 0,001$).

Выводы. При соблюдении всех системных принципов организации терапевтического процесса первые два этапа лечения алкогольной зависимости имеют статистическое ($p < 0,01$) и клиническое значение для достижения полной ремиссии, статистическое ($p < 0,05$) значение для достижения годичной ремиссии ($p < 0,05$) и теряют свое значение после года ($p > 0,05$). После первых двух этапов лечения начинает иметь все большее значение проводимая на третьем этапе реабилитация ($p < 0,05$), значение которой повышается после полугода ($p < 0,01$), особенно после года воздержания от употребления алкоголя ($p < 0,001$).

Для успешного лечения пациентов с алкогольной зависимостью имеет значение системный подход, позволяющий достичь изменений на всех уровнях функционирования человека (биологическом, психологическом и социальном),

способствующий трансформации пациента из зависимого объекта в свободного человека, убежденного трезвенника. Формирование длительных ремиссий при системном, биопсихосоциально ориентированном терапевтическом подходе, позволяет лицам с алкогольной зависимостью не только длительно оставаться трезвыми, но и достигать стратегической цели лечения – интеграции личности пациентов с алкогольной зависимостью в здоровое общество.

Путь психологического (личностного) выздоровления от алкогольной зависимости заключался в формировании на первых двух этапах лечения внутренних установок на социально значимые цели и трансформации их на этапе реабилитации в смыслообразующие потребности социально значимой направленности личности. Прерывание этого процесса на любом этапе лечения создает внутренние причины для остановки выздоровления и возврата алкогольной зависимости.

Литература

1. Наркология : нац. рук. : краткое изд. / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 699 с.

2. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: Метод. рекоменд. (опыт работы) / Отв. за выпуск директор НИИ неврологии и психиатрии им. акад. В.П. Протопопова МЗ УССР, профессор П.В. Волошин. М., 1984. – 12 с.

3. Тукаев, Р. Д. Доказательные исследования эффективности психотерапии: тренды и результаты / Р. Д. Тукаев // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 202–206. <https://doi.org/10.34883/PI.2022.13.3.008>.

4. Возможности интегрированных стратегий в региональном здравоохранении в лечении и реабилитации лиц с алкогольной зависимостью / И. М. Сквиря, Б. Э. Абрамов, М. И. Сквиря, Н. В. Медушевская // Современные подходы к продвижению здоровья: сб. матер. VIII Межд. науч.-практ. конф., 27 мая 2021 г., Гомель; редкол. И. О. Стома [и др.]. – Гомель : ГомГМУ, 2021. – С. 106–108.

5. Сквиря, И. М. Взаимосвязь длительности и качества ремиссии при алкогольной зависимости с принципом непрерывности психотерапии / И. М. Сквиря // Современные проблемы клиники, лечения и реабилитации состояний зависимости от психоактивных веществ; под общей ред. Ю. Ф. Чуева. – Харьков : Коллегиум, 2008. – С. 160–167.

АНАЛИЗ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В СВЯЗИ С ГЕОКЛИМАТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ И АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Спадерова Н. Н., Мальцева О. Н., Проботюк В. В., Нестерова О. А.,
Зотов П. Б., Мальцева О. Н., Проботюк В. В.,
Нестерова О. А.

*Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России,
Тюмень, Российская Федерация,*

Тюменский индустриальный университет, Тюмень, Российская Федерация

Актуальность. Данная работа продолжает изучение сезонности суицидального поведения в регионах, начатая в работах В. А. Розанова, является главой диссертационного исследования. Изучение сезонных колебаний суицидальной активности в связи с геоклиматическими факторами имеет теоретическое и практическое значение. До настоящего времени нет однозначной оценки результатов исследования влияния факторов внешней среды (длительность светового дня, максимальная и минимальная температура за месяц и др.) и астрономических явлений, которые рассматриваются как триггеры патологической активности лиц, склонных к совершению суицидальных действий в течение года [1, 2, 3]. Современные авторы указывают на взаимосвязь сезонности и уровня нейромедиаторов (серотонина и мелатонина) в эпифизе [5], потенцирования суицидогенеза у пациентов, состояния жировой ткани и адаптационными возможностями термодинамической системы организма в разные времена года [6]. При рассмотрении гипотезы, как «стресс-уязвимости», учитываются определенные внешние факторы (длина светового дня, колебания годовых температур и др.), которые оказывают влияние на динамику совершения завершенных суицидов и суицидальных попыток у исследованных пациентов [3]. Также информация о наиболее вероятных пиках активности для Тюменской области может иметь значение для организации превентивных мероприятий.

Цель – изучение влияния геоклиматических факторов Тюменской области на совершение суицидов у пациентов с органическими психическими расстройствами и алкогольной зависимостью

Методы исследования. Проанализированы 163 случая завершенных самоубийств у лиц с органическими психическими расстройствами, алкогольной зависимостью по г. Тюмень и Тюменской области за период с 1991 по 2018 г. предоставленные ГБУЗ ТО «Областная клиническая психиатрическая больница» и ГБУЗ ТО «Областной наркологический диспансер». Данные о длительности светового дня, температуре на широте г. Тюмени, районов Тюменской области за период наблюдения представлен из официальных

открытых источников. Все данные были обработаны статистически после приведения к единому масштабу с учетом разного числа суток в месяцах года. Для исследования нулевой статистической гипотезы о равенстве суицидальных попыток, приходящихся на каждый месяц года, применяли биномиальный критерий с двусторонней критической областью, при анализе использовалась шкала английского статистика Чеддока.

Результаты и их обсуждение. Для объективной оценки влияния геоклиматических факторов на суицидальную активность пациентов важно отметить, что географические координаты Тюменской области: 57° 19' 59" (57° 19' 99) северной широты и 68° 30' 0" (68° 30' 0) восточной долготы. Климат континентальный. Он характеризуется суровой продолжительной зимой (32 недели в тундре, 21 неделя в лесостепи), коротким и холодным летом на севере и теплым – на юге, переходными сезонами (6-7 недель) с поздними весенними и ранними осенними заморозками. Равнинный характер рельефа области, ее открытость с севера и юга способствуют глубокому проникновению холодных арктических воздушных масс и свободному выносу континентальных умеренных и даже тропических воздушных масс с юга на север.

В ходе нашего исследования обнаружена взаимосвязь между геоклиматическими факторами (температуры окружающей среды и атмосферного давления) и совершением завершенных суицидов у 68,1% исследованных лиц. При оценке влияния температуры окружающей среды учитывалось изменение показаний на 3 пункта (табл. 1).

Таблица 1. – Совпадение геоклиматических факторов и завершенных суицидов у лиц исследованных групп

Геоклиматические факторы	1 гр.	2 гр.	χ^2	p	Всего
Температура окружающей среды	38/23,3*	17/10,4	12,49	0,001	55/33,7
Атмосферное давление	27/16,0	29/17,8	0,07	0,785	56/34,4
Температура окружающей среды и атмосферное давление	18/11,0	10/6,1	2,88	0,090	28/17,2
Итого	65/39,8*	46/28,2	10,939	0,001	111/68,1

Примечание: χ^2 – значения критерия хи-квадрат Пирсона; p – уровень значимости

В 14,1% случаев в период повышения температуры (особенно во время жаркой погоды) родственники замечали у пациентов активизацию агрессии и самоповреждающего поведения с несуицидальной целью, что отразилось на суицидальной активности по сравнению с лицами из 2 группы (4,3%). Данное утверждение подтверждают Л. Берковиц (2002); В. А. Розанов и др. (2019).

Исходные данные распределения завершенных суицидов представлены в таблице 2.

Таблица 2. – Исходные данные распределения завершенных суицидов и суицидальных попыток

Месяц	Завершенные суициды
январь	8
февраль	10
март	12
апрель	15
май	16
июнь	18
июль	19
август	17
сентябрь	16
октябрь	14
ноябрь	11
декабрь	7
Итого	163

Далее нами были проанализированы ежемесячные данные по завершенным суицидам. Доли суицидов за каждый месяц (где общее число за год составило 100% или 1 в терминах частоты) предварительно приведены к единому масштабу с учетом разного числа суток в месяцах года. На 28 лет наблюдения пришлось 7 високосных лет и 21 – обычные. Продолжительность года, таким образом, для этого интервала составила 365,25 суток. Среднее число дней, приходящихся на месяц, составило 30,4375 дней. Так, среднее число суток в феврале за этот промежуток – 28,25, в то время как на остальные месяцы, естественно, 31 или 30 суток. Исходя из этого, нашли теоретически ожидаемые количества и доли суицидов.

С апреля по октябрь (6 мес. в году) среднемесячные уровни суицидов превышают теоретически ожидаемые (исходя из гипотезы о равномерном распределении всех случаев в течение года). При этом подъемы достигают наибольшей статистической значимости в июне, июле и августе. В период с ноября по февраль среднемесячные уровни значительно ниже теоретически ожидаемых. Таким образом, подтверждается ранее замеченная закономерность – 6 месяцев в году (весной и летом) наблюдается подъем смертности, в остальные 6 месяцев, осенью и зимой, – ее снижение. Наиболее выраженный подъем наблюдается в июле, самое сильное снижение – в декабре и январе.

Таблица 3. – Исходные данные распределения завершённых суицидов с 1991 по 2018 г.

Месяцы	1 группа (органическое психическое расстройство)	2 группа (синдром зависимости от алкоголя средней стадии)
январь	5	3
февраль	4	6
март	3	9
апрель	7	8
май	7	9
июнь	10	8
июль	12	7
август	11	6
сентябрь	9	7
октябрь	5	9
ноябрь	5	6
декабрь	3	4
Итого	81	82

Данные корреляционного исследования отмечены в таблице 4.

Таблица 4. – Данные корреляции у лиц исследованных групп, совершивших суициды

	Доля светового дня, %	Среднее число солнечных дней	Средняя максимальная температура, С	Средняя минимальная температура, С
Суициды				
Группа 1	0,8 – высокая	0,79 – высокая	0,89 – высокая	0,9 – высокая
Группа 2	0,6 – заметная	0,5 – заметная	0,56 – заметная	0,5 – заметная

При сравнении суицидов в группе 1 (с органическими психическими расстройствами) коэффициент корреляции Спирмена принимает значение 0,8, что означает по шкале Чеддока высокую прямую линейную зависимость между значениями «приведенная доля суицидов, %» и «доля светового дня, %». При сравнении суицидов в группе 2 (с алкогольной зависимостью) коэффициент корреляции Спирмена принимает значение 0,6, что означает по шкале Чеддока заметную прямую линейную зависимость между значениями «приведенная доля суицидов, %» и «доля светового дня, %».

В группе 1 (с органическими психическими расстройствами) приведенные значения доли суицидов по месяцам со значениями среднего числа солнечных дней имеют высокую корреляцию ($r_s=0,79$). В группе 2 (с алкогольной зависимостью) приведенные значения доли суицидов по месяцам со

значениями среднего числа солнечных дней имеют заметную корреляцию ($r_s=0,5$).

В группе 1 приведенные значения доли суицидов по месяцам со значениями средней максимальной температуры имеют высокую корреляцию ($r_s=0,89$). В группе 2 приведенные значения доли суицидов по месяцам со значениями средней максимальной температуры имеют заметную корреляцию ($r_s=0,56$).

В группе 1 (лиц с органическими психическими расстройствами) приведенные значения доли суицидов по месяцам со значениями средней минимальной температуры имеют высокую корреляцию ($r_s=0,8$). В группе 2 (лиц с синдромом зависимости от алкоголя) приведенные значения доли суицидов по месяцам со значениями средней минимальной температуры имеют заметную корреляцию ($r_s=0,5$).

Выводы. Таким образом, у пациентов 1 группы значимо чаще ($p=0,001$) дата суицида совпадала с днями изменения геоклиматических факторов ($n=65$; 39,8%): температуры ($n=38$; 23,3%) и атмосферного давления ($n=27$; 16,0%). Реже день суицида был идентичен изменению климатических данных во 2 группе в 28,2% случаев ($n=46$): температуры ($n=17$; 10,4%), атмосферного давления ($n=29$; 17,8%).

Шесть месяцев в году (с апреля по октябрь) среднемесячные уровни суицидов превышали теоретически ожидаемые (исходя из гипотезы о равномерном распределении всех случаев в течение года). При этом подъемы достигали наибольшей статистической значимости в июне, июле и августе. В период с ноября по февраль среднемесячные уровни значительно ниже теоретически ожидаемых. Наиболее выраженный подъем наблюдается в июле, самое сильное снижение – в декабре и январе.

Приведенные значения доли суицидов в группе 1 коррелируют высоко со всеми рассматриваемыми геоклиматическими факторами (коэффициент корреляции Спирмена): со значениями доли светового дня (0,8), среднего числа солнечных дней (0,79), средней максимальной температуры (0,89), средней минимальной температуры (0,8). Наблюдается только заметная корреляция приведенных значений доли суицидов в группе 2 со всеми рассматриваемыми геоклиматическими факторами (коэффициент корреляции Спирмена): со значениями доли светового дня (0,6), среднего числа солнечных дней (0,5), средней максимальной температуры (0,56), средней температуры (0,5).

Полученные результаты могут способствовать хронодиагностике и хронопрофилактике суицидальной активности у лиц с психическими расстройствами как в психонаркологической, так и в общемедицинской сети.

Литература

1. Захаров С. Е., Розанов В. А., Кривда Г. Ф., Жужуленко П. Н. Данные мониторинга суицидальных попыток и завершенных суицидов в г. Одесса за период 2001-2011 гг. Суицидология. 2012.3 (4): 3-10.

2. Розанов В. А., Григорьев П. Е., Захаров С. Е., Кривда Г. Ф. Анализ сезонности завершенных суицидов с учетом таких факторов внешней среды, как температура и длина светового дня. Суицидология. 2018.3 (32): 71-79.

3. Розанов В. А., Григорьев П. Е., Сумароков Ю. А., Шелыгин К. В., Карякин А. А., Малявская С. И., Сидоренков О. Г. Анализ сезонных колебаний завершенных суицидов в Архангельской области в связи с геоклиматическими факторами. Суицидология. 2019.2 (35): 82-90.

4. Сапожников С. П., Козлов В. А., Кичигин В. А., Голенков А. В. Суицид и синодический лунный цикл. Девиантология. 2020.2 (4): 22-26.

5. Benard V., Geoffroy P. A., Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. Encephale. 2015; 41 (4): 29-37.

6. Holopainen J., Helama S., Partonen T. Does diurnal temperature range influence seasonal suicide mortality? Assessment of daily data of the Helsinki metropolitan area from 1973 to 2010. Int. J. Biometeorol. 2014; 58 (6): 1039-45.

К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ НАРКОМАНИЙ

Станько Э. П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Оценка эффективности лечения пациентов с наркоманиями сводится в основном к определению сроков длительности полной ремиссии, то есть к полному отказу от приема наркотиков. Подобная оценка не отражает реальную картину наркоманий, так как зависимость от наркотиков сопровождается хроническим рецидивирующим течением, непреодолимой навязчивой потребностью в приеме наркотика, вынуждает потребителя принимать наркотики и другие психоактивные вещества, игнорируя тяжелые социальные последствия и утрату здоровья (Geneva, WHO, 2004). Изучение подходов к оценке результативности лечения позволит разработать основные критерии ее терапевтической результативности.

Цель – разработка научно-обоснованных критериев оценки терапевтической результативности наркоманий.

Методы исследования. Обследованы 527 пациентов с опийной наркоманией. Из них 238 (45,2%) ВИЧ-позитивных (ВПН) и 289 (54,8%) ВИЧ-негативных пациентов (ВНН). Возраст ВНН варьировал от 20 до 56 лет, средний возраст – 31,0 (SD=6,05) год, ВПН составил от 19 до 51 года, средний возраст – 32,6 (SD=5,54) года. 98,5% ВПН и 97,5% ВНН были инъекционными потребителями кустарно ацетилированных препаратов снотворного мака. Длительность зависимости от опиоидов составила 10,1 (SD=4,16) и более лет.

Дизайн исследования определен как аналитическое сочетанное (кросс-секционное и лонгитудинальное) исследование с регулярным

мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Психологическое исследование выполнялось по единому протоколу с использованием унифицированной индивидуальной регистрационной карты [6]. Изучение эффективности терапии опишной наркомании проводилось с применением карты аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков [7]. При обработке данных использовался пакет прикладных статистических программ Statistica 10.0 (SNAХAR207F394425FA-Q).

Результаты и их обсуждение. Длительное употребление наркотиков сопряжено с рядом проблем, связанных с ухудшением состояния здоровья, высокой смертностью потребителей наркотиков, риском инфекционного заражения, незанятостью, нарушением семейных связей, криминальной активностью (Рохлина М. Л., Козлов А. А., 2001). В мировой практике полная ремиссия не рассматривается как единственная цель программы лечения наркоманий. Терапевтическая результативность наркоманий может быть оценена по изменениям в социальном функционировании потребителей наркотиков, связанным с потреблением наркотиков и приводящим к дисфункциональному поведению потребителей.

Установлено, что возраст на момент начала потребления наркотика у ВПН составил 18,6 (SD=4,12) года, у ВНН – 20,1 (SD=6,22) года. Для оценки терапевтического результата значение имеет характер потребления ПАВ. В течение последнего месяца каннабиноиды употребляли 32 (13,4%) ВПН и 10 (3,46%) ВНН, психостимуляторы – 13 (5,46%) ВПН и 7 (2,42%) ВНН, алкоголь – 105 (44,1%) ВПН и 67 (23,2%) ВНН. Число потребляемых в день доз опиатов составило в среднем у ВПН 2,5, у ВНН – 2,1. Из спиртных напитков ВПН и ВНН предпочитали пиво и водку. Основным способом введения опиатов был внутривенный. Ежедневное потребление опиатов практиковали 216 (90,7%) ВПН и 236 (81,6%) ВНН. Частота приема наркотика у ВНН составила в среднем 2 раза в день, у ВПН – 2,5. Средняя длительность сформированной зависимости к моменту обследования составила у ВПН 13,9 года, ВНН – 10,9 года.

Значимой характеристикой терапевтического результата выступают показатели поведения, связанного с риском для здоровья наркопотребители (НП). Так, в течение последнего месяца, количество раз инъекционного введения наркотика в день у ВПН составило 2,5 случая, у ВНН – 2,4. В течение последнего месяца ВПН (3,2) в 1,7 раза чаще, чем ВНН (1,8), использовали для введения наркотика иглы и шприцы, которыми пользовались другие НП. Среднее число партнеров, с которыми НП вступали в половые отношения без использования презерватива в течение последнего месяца, составило у ВПН 1,3, у ВНН – 1,2. Вместе с тем общее количество случаев проникающего секса без средств защиты в течение последнего месяца у ВПН составило 4,3, у ВНН – 5,2.

Снижение числа конфликтов, улучшение социальной адаптированности служит показателями эффективной помощи. Анализ социальных контактов НП с лицами из ближайшего окружения показал, что уровень конфликтных

отношений составил: с партнерами у ВПН – 46,3 и у ВНН – 40,1; с родственниками у ВПН – 60,8 и у ВНН – 53,4; с друзьями: у ВПН – 45,7 и у ВНН – 40,9.

Для оценки результатов лечения важны показатели занятости. Количество дней оплачиваемой работы составило в среднем у ВПН – 8,1, у ВНН – 7,6 в течение последнего месяца; пропущенных дней (отсутствие на работе без причины или по болезни) у ВПН – 2,4, у ВНН – 1,8; дней в качестве безработного у ВПН – 18,4, у ВНН – 17,0.

Одним из основных критериев эффективности оказания медико-социальной помощи НП служит снижение их криминальной активности. Число преступлений, связанных с незаконным оборотом наркотиков (торговля, распространение), в течение последнего месяца составило у ВПН 0,68 случая, у ВНН – 0,85; имущественных преступлений (взлом, грабеж, кража) – 0,9 случая у ВПН и 0,67 у ВНН; случаев мошенничества – 0,92 у ВПН и 0,37 у ВНН.

Для оценки результатов лечения значение имеет снижение случаев стигматизации и дискриминации, связанных с наркотизацией и ВИЧ-статусом. В течение последнего месяца страх подвергнуться дискриминации испытывали в среднем 6,8 раза ВПН и 2,9 ВНН; были стигматизированы в связи с болезнью 6,1 случая ВПН и 3,2 – ВНН. В среднем ВПН 4,5 дней за последний месяц существовали за гранью общепринятых социальных норм (плохое питание, материальная обеспеченность), ВНН – 2,2. Количество серьезных жизненных потрясений, кризисов в течение последнего месяца у ВПН составило в среднем 4,4, у ВНН – 3. ВПН ощущали в среднем 5,1 раза отсутствие социальной стабильности, семейной и общественной поддержки, ВНН – 4,8. Значимой характеристикой терапевтического результата выступает риск развития рецидива наркотизации. С полной степенью обусловленности риск развития рецидива наркотизации связан с количеством дней употребления наркотика (ОР=11,4;

СИ [7,7-16,9]; $p<0,05$), количеством инъекций в день (ОР=6,9; СИ [5,0-9,3]; $p<0,05$), уровнем физического неблагополучия (ОР=8,43; СИ [5,6-12,5]; $p<0,05$), количеством жалоб (ОР=6,45; СИ [4,3-9,6]; $p<0,05$); с очень высокой степенью обусловленности – с уровнем тревоги (ОР=3,5; СИ [2,5-4,8]; $p<0,05$), депрессии (ОР=3,2; СИ [2,5-4,1]; $p<0,05$) и рискованного инъекционного поведения (ОР=3,2; СИ [2,6-4,0]; $p<0,05$); с высокой степенью обусловленности – с уровнем конфликтных отношений (ОР=3,1; СИ [2,4-4,0]; $p<0,05$), количеством дней употребления алкоголя (ОР=2,4; СИ [2,1-2,8]; $p<0,05$), переживаний, связанных со страхом стигматизации из-за болезни (ОР=3,1; СИ [2,3-4,2]; $p<0,05$) и переживаний, связанных со страхом дискриминации (ОР=2,7; СИ [2,1-3,6]; $p<0,05$), криминальной активности (ОР=2,5; СИ [2,1-3,0]; $p<0,05$); со средней степенью обусловленности – с уровнем рискованного полового поведения (ОР=1,9; СИ [1,5-2,3]; $p<0,05$) и количеством дней употребления нескольких психоактивных веществ (ОР=1,6; СИ [1,3-2,1]; $p<0,05$), с малой степенью

обусловленности – с количеством дней оплачиваемой работы (OR=1,3; CI [1,0-1,6]; p<0,05).

Выводы. Терапевтическая результативность наркоманий определяется показателями медико-социального статуса потребителей наркотиков, включающих клинический (интенсивность и характер наркотизации; психическое и соматическое состояние) и социальный (уровень рискованного поведения и социального функционирования – занятость, конфликтность, дискриминация, стигматизация; противоправная активность) критерии оценки с учетом длительности воздержания от употребления наркотических средств.

Литература

1. Информативность некоторых эпидемиологических параметров для оценки и прогноза наркологической ситуации в Беларуси / А. В. Козловский [и др.] // Медицинские новости. – 2005. – № 2. – С. 57-60.

2. Кошкина, Е. А. Распространенность наркологических заболеваний в РФ в 2000 г. По данным официальной статистики // Вопросы наркологии. – 2001. – № 3. – С. 61-67.

3. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities / N. Bobrova, T. Rhodes, R. Power et al. // Drug Alcohol Depend. – 2006. – Vol. 82, Suppl. 1. – P. 57-63.

4. Динамическая оценка клинических и социальных характеристик находящихся на реабилитационном лечении потребителей опиатных наркотиков : пособие для врачей / Р. Д. Илюк [и др.]; под общ. ред. Е. М. Крупицкого. – СПб.: ФГБУ «СПБ НИПНИ им. В. М. Бехтерева», 2012.

5. Оценка эффективности интеграционной системы реабилитации больных наркоманией: Методические рекомендации / Т. Н. Дудко [и др.]; под общ. ред. Е. А. Кошкиной. – М.: ФГУ ННЦ наркологии, 2009.

6. Надлежащая клиническая практика: ГОСТР 52379-2005. – Москва: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии: Национальный стандарт Российской Федерации [Электронный ресурс]. – 2022. – Режим доступа: <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2005.htm>. – Дата доступа: 12.10.2022.

7. Игумнов, С. А. Карта аддиктивного поведения потребителей инъекционных наркотиков с различным ВИЧ-статусом для динамической оценки эффективности лечения : Практическое пособие / С. А. Игумнов, Э. П. Станько, А. П. Гелда. – Минск : Профессиональные издания, 2012.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО ПОТРЕБИТЕЛЯ ОПИЙНЫХ НАРКОТИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Станько Э. П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Опиная зависимость остается одной из наиболее далеких от разрешения медико-социальных проблем современного общества. Существенный аспект этой проблемы – инъекционное потребление наркотических средств, являющееся одной из причин распространения вирусного гепатита С (ВГС) и ВИЧ-инфекции как в среде потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), так и в общей популяции. Зависимость от наркотиков провоцирует ПИН совершать поступки, увеличивающие риск заражения или передачи ВИЧ-инфекции. Острая интоксикация ПАВ приводит к снижению контроля над поведением.

Проблемой является разработка оптимальной тактики ведения ПИН, у которых сочетание опиной зависимости и ВИЧ носит взаимоотноотягчающий характер, выражающийся в утяжелении течения ВИЧ-инфекции и аддиктивных расстройств с развитием психических расстройств, негативном прогнозе сочетанной патологии. Нередко ухудшение психического состояния связано с первичной ВИЧ-энцефалопатией или с психогенным характером воздействия, обусловленным реакцией ПИН на выявление опасной инфекции. Этому способствует деформация личности ПИН, формирующая почву для особых типов психопатологического реагирования [1, 2, 3].

Цель – описание медико-социального портрета ВИЧ-позитивного потребителя опиных наркотиков в Республике Беларусь.

Методы исследования. Основной объект исследования – ВПН, проживающие на территории Республики Беларусь. Предмет исследования – клинические, социальные и психологические характеристики ВПН и ВИЧ-негативных пациентов с опиной зависимостью (ВНН) до и после лечения, на этапе становления и стабилизации ремиссии.

Обследованы 376 ВПН (I группа) и 444 ВНН (II группа). В основную группу (I) включены пациенты с установленным диагнозом «опиоидная зависимость» F11.2x и «ВИЧ» B20, удовлетворяющие критериям МКБ-10. Возраст ВПН варьировал от 13 до 53 лет, средний возраст составил 32,9 года (SD=5,54); мужчин – 33,7 года (SD=5,59); женщин – 30,8 года (SD=4,86). Длительность заболевания составляла 10 и более лет. В группу наблюдения не вошли пациенты, не согласившиеся на обследование, в состоянии отмены, с выраженными органическими изменениями личности, острым психотическим расстройством, обострением психического расстройства и декомпенсацией соматического заболевания, умственной отсталостью, шизофренией. Группой контроля служили здоровые лица. Верификация соматической патологии

проводилась квалифицированными специалистами из числа сотрудников специализированных учреждений здравоохранения с использованием современного диагностического оборудования.

Дизайн исследования определен как аналитическое сочетанное (кросс-секционное и лонгитудинальное) исследование с регулярным мониторингом (6-кратное исследование) отслеживаемых параметров до и после лечения, спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения. Клиническое исследование выполнялось в соответствии с правилами GCP, по протоколу с использованием индивидуальной регистрационной карты учета данных [4]. Психологическое исследование выполнялось по единому протоколу с использованием унифицированной регистрационной карты. Для оценки динамики клинико-психологических и психосоциальных характеристик ВПН использовался комплекс методик, включающий опросник MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), опросник Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), шкалу социального функционирования (ШСФ) и шкалу патологического влечения к наркотикам (ШПВ). Удовлетворенность качеством жизни оценивали с помощью опросника SF-36, психопатологическое состояние – опросника SCL-90-R, социальное функционирование – ШСФ, уровень и структуру патологического влечения к наркотикам – ШПВ. При обработке данных использовался пакет прикладных статистических программ Statistica 10.0 (SNAХAR207F394425FA-Q).

Результаты и их обсуждение. Длительное употребление наркотиков сопряжено с рядом проблем, связанных с ухудшением состояния здоровья, высокой смертностью потребителей наркотиков, риском инфекционного заражения, незанятостью, нарушением семейных связей, криминальной активностью (Рохлина М. Л., Козлов А. А., 2001). В мировой практике полная ремиссия не рассматривается как единственная цель программы лечения наркоманий. Терапевтическая результативность наркоманий может быть оценена по изменениям в социальном функционировании потребителей наркотиков, связанном с потреблением наркотиков и приводящим к дисфункциональному поведению потребителей.

Основной контингент ВПН представлен опытными ПИН с длительным стажем наркопотребления. Длительность систематической наркотизации у 216 (57,4%) ВПН составила более 10 лет; до 10 лет – 105 (27,9%); до 5 лет – 36 (9,6%); до 3 лет – 6 (1,6%); до 12 месяцев – 10 (2,7%), до 6 месяцев – 3 (0,8%). В зависимости от стадии ВИЧ пациенты с опийной зависимостью (II стадия) распределены следующим образом: I стадия – 84 пациента (22,3%), II – 193 (51,3%); III – 58 (15,4%); IV – 30 (7,9%); V – 12 (3,2%). Среди ВПН лишь 1/3 получали антиретровирусную терапию.

Гендерный состав ВПН отражает пропорцию, характерную для группы ПИН в целом. Так, среди 376 ВПН, 71,8% (270 чел.) составили мужчины и, соответственно, 28,2% (106 чел.) – женщины. Полученные данные подтверждают, что основную часть ВПН составляют мужчины, вместе с тем

велико число ВИЧ-позитивных женщин, вовлеченных в наркопотребление. Наибольшее число ВПН находились в возрасте 26-40 лет (83,4%), то есть в периоде активной трудовой деятельности. Вместе с тем на официальной работе (легальный заработок) находились около трети пациентов, большинство из которых были заняты низкоквалифицированным трудом. Нигде не работали, не учились, уклонялись от общественно-полезного труда 191 (50,8%) ВПН; заняты на временной (сезонной) работе – 111 (29,5%) ВПН.

Низкий показатель трудовой занятости в легальном секторе указывает на наличие нелегального дохода, связанного с криминальной деятельностью ВПН, более половины из которых многократно «сидели в тюрьме». Средний возраст совершения первого правонарушения приходится на $15,9 \pm 0,51$ года. На учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 27,7% ВПН, отбывали наказание – 61,9%, повторно осуждены 70,9%. Среднее количество случаев, когда ВПН находились в тюрьме, в целом по выборке равно 5,0. При этом дважды преступления совершили 3,8% обследованных; 3 раза – 11,7%; 4 раза – 29,6%; 5 раз – 22,5%; 6 раз – 8,9%; 7 раз – 5,2%; 8 раз – 2,3%. Общеобразовательный уровень 206 (54,8%) ВПН был невысоким: со школьным средним образованием – 151 (40,1%), начальным и/или неполным средним образованием – 55 (14,6%) ВПН. Среднее специальное образование имели 154 (40,9%) ВПН, высшее – 7 (1,8%), незаконченное высшее – 9 (2,3%).

Собственной семьи не имели 233 (61,9%) ВПН, собственного жилья – 75 (19,9%). Находились в разводе 70 (18,6%) ВПН, состояли в повторном браке – 22 (5,9%), гражданском – 62 (16,5%), имели детей – 138 (36,7%). Следует отметить, что 72 (19,1%) ВПН больше времени проводили среди малознакомых людей, приходили домой лишь ночевать. Обстановка в семье у 256 (68,1%) ВПН характеризовалась как конфликтная, с негативным психологическим климатом, напряженными отношениями, приводящими к дезорганизации семейной жизни.

Основной способ употребления наркотиков у ВПН – инъекционный: только инъекционный – 271 (72,1%) и преимущественно инъекционный – 85 (22,6%). На сочетание разных способов введения наркотика указали 16 (4,3%) ВПН. Групповое употребление наркотиков практиковали 250 (66,5%) ВПН, преимущественно в криминализованной компании, что повышает риск использования чужого шприца и случайных половых контактов. При этом 229 (60,9%) обследованных формально относились к соблюдению стерильности наркотика и емкости, в которой он находился, а 55 (14,6%) ВПН допускали повторное использование одноразовых шприцев и игл при введении наркотика. ВПН нередко указывали на наличие инфицированных ВИЧ-партнеров, потребляющих наркотики, что свидетельствует об общих факторах вероятности заражения ВИЧ – рискованном инъекционном и половом поведении. Средний возраст начала половой жизни у ВПН составлял 15,2 года ($SD=2,1$), среднее число половых партнеров за последний месяц – 2,4 ($SD=1,6$). В беспорядочные половые связи со знакомыми партнерами вступали 16,8% ВПН, случайные –

21,2%; в состоянии опьянения – 18,9%; в условиях отсутствия контрацепции – 26,3%; коммерческий секс (предоставление интим-услуг за деньги или наркотики) – 1,5%. Ранний возраст приобретения интимного опыта, широкое использование различных сексуальных практик способствует увеличению риска инфицирования гемоконтактными инфекциями, в том числе повторно.

Длительная систематическая наркотизация ВПН сопровождается снижением уровня социального функционирования (СФ), антисоциальными и асоциальными установками, частыми и повторными судимостями, снижением критики к заболеванию. Критика в большинстве случаев у ВПН поверхностная, чаще отмечалось раннее возобновление потребления наркотиков после лечения. При сохранности влечения к наркотику частичная критика со сниженной способностью к оценке своего состояния, эмоционально-волевые нарушения, искажение личностных качеств отмечены у 205 (54,5%) ВПН. Стремление продолжить наркотизацию с «резонерским обоснованием» при критическом осознании болезни и понимании последствий наркотизации испытывали 169 (44,9%) ВПН, 32 (8,5%) – открыто говорили о продолжении наркотизации с уверенностью в том, что способны самостоятельно справиться с зависимостью. Желание отказаться от приема наркотиков при формальном отношении и сохранности критико-прогностических способностей испытывали 38 (10,1%) ВПН. Приуменьшить или скрыть степень наркотизации пытались 92 (24,5%) респондента. Отличаясь «некритической лживостью», 75 (19,9%) ВПН упорно отрицали факт приема наркотика. 71 (18,9%) ВПН потребление наркотиков не скрывали, лечиться не хотели, врачебных назначений не выполняли. При этом 62 (16,5%) ВПН пытались бравировать, стремились подчеркнуть наркотизацию, что свидетельствовало о неспособности ВПН критически осознавать свое болезненное состояние. Следует отметить, что 67 (17,8%) ВПН зависимыми от наркотиков себя не считали, как и не понимали опасности заболевания.

Многофакторная психометрическая динамическая оценка характеристик пациентов осуществлялась с помощью психодиагностического комплекса, включающего батарею психометрических тестов. Так, при оценке СФ прогностическое значение имеют изменения, произошедшие в процессе болезни, и уровень так называемой «социально направленной деятельности» ПИН. Кроме личностных особенностей, определяющих поведение ПИН, существенное влияние на длительность ремиссии оказывают психические расстройства, степень сохранности критических способностей, способность к самообслуживанию, характер семейных взаимоотношений и социально полезная деятельность. Вероятность формирования более качественной и продолжительной ремиссии возрастает у ПИН с менее выраженными психическими расстройствами и более сохранными способностями критики, самообслуживания, семейно-трудовой адаптацией, социальными контактами и способностью структурировать свободное время.

Исследование уровня СФ свидетельствует о том, что до лечения наиболее проблемными у ПИН были показатели субшкал: «трудовая деятельность» –

2,80 (SD=1,10), «структурирование свободного времени» – 2,65 (SD = 0,82), «семейные отношения» – 2,47 (SD = 0,84), «забота о родителях/детях» – 2,38 (SD=0,86), «контакты с друзьями, знакомыми» – 2,20 (SD = 0,68), «критические способности» – 2,13 (SD = 0,81) и «аффективные расстройства» – 2,02 (SD =0,71), что указывает на наиболее выраженные нарушения СФ ПИН. По сравнению с ВНН худшие показатели СФ наблюдались в группе ВПН по субшкалам: «агрессивное/аутоагрессивное поведение» – 1,08 (SD=0,99)/1,63 (SD=0,82) при $p<0,000000$; «психоорганические расстройства» – 1,28 (SD=0,76)/1,66 (SD=0,69) при $p<0,000000$; «критические способности» – 1,98 (SD=1,09)/2,46 (SD=0,59) при $p<0,000000$; «способность к самообслуживанию» – 1,98 (SD=1,03)/2,18 (SD=1,00) при $p<0,47$, что свидетельствует о негативной роли ВИЧ-инфекции в развитии низкого уровня СФ наркозависимых пациентов, клиническое выражение которого – их психопатоподобное поведение, психоорганические расстройства и снижение критических способностей. Несмотря на снижение интегрального показателя (ИП) СФ ПИН после лечения наиболее проблемными при выписке у ВПН и ВНН оставались сферы, связанные с трудовой деятельностью и способностью структурировать свободное время. Показатели трудовой деятельности у ВПН составили 2,84 (SD=1,02), у ВНН – 3,02 (SD=1,07) при $p<0,002$; способность структурировать свободное время – 2,61 (SD=0,65) у ВПН и 2,67 (SD=0,79) у ВНН при $p<0,002$.

Худшие показатели удовлетворенности качеством жизни до и после лечения у ПИН отмечались по шкалам ролевого функционирования: «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (RP) – 31,66 (SD=39,11)/45,80 (SD=44,90) и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (RE) – 22,39 (SD=33,53)/38,86 (SD=43,34), что свидетельствует о наличии эмоциональных и физических проблем у ПИН, связанных с заболеванием, существенно ограничивающих после лечения их социальную активность. Невысокими были показатели общего состояния здоровья (GH) до и после лечения – 43,61 (SD=16,28)/44,99 (SD=15,62) и жизненной активности (VT) – 42,87 (SD=17,14)/48,05 (SD=16,67). Размах значений показателя «социальное функционирование» (SF) до и после лечения находился в интервале Me 50,0 [25,0-62,5] / Me 62,5 [43,7-75,0] балла.

Величина ИП РН и МН была изначально невысокой. До лечения показатель РН из 100 возможных составил 41,0 (SD=7,8) балл, после лечения – 44,1 (SD=7,4), показатель МН – 33,5 (SD=16,2) балла, после лечения – 35,9 (SD=8,8). При этом более низкие значения ИП РН и МН были характерны для ВПН. При поступлении у ВПН ИП РН составил 39,9 (SD=7,5) балла, у ВНН – 41,9 (SD=8,1) при $p<0,0000$, после лечения – 43,1 (SD=7,2) у ВПН и 45,1 (SD=7,5) у ВНН при $p<0,0000$. Еще более низкими были значения ИП МН: 32,3 (SD=9,1) балла у ВПН и 34,5 (SD=20,3) у ВНН до лечения ($p<0,002$) и 35,3 (SD=9,2) у ВПН и 36,6 (SD=8,6) у ВНН после лечения ($p<0,015$). Значения ниже 50 баллов из 100 возможных за весь период наблюдения выявлены у ВНН лишь по шкале GH – 46,7 (SD=14,9), у ВПН по четырем шкалам: GH – 43,6 (SD=14,3),

RP – 41,7 (SD=43,2), VT – 46,5 (SD=13,6) и RE – 38,1 (SD=42,5), что указывает на необходимость разработки тактики ведения ВПН с использованием длительных, корректируемых с учетом потребностей пациентов, комплексных лечебных программ.

Психические расстройства у ПИН негативно влияют на терапевтическую динамику и эффективность лечебного процесса, вызывают резистентность к лечебному воздействию и снижают эффективность терапии. Нередко ПИН с целью самолечения имеющихся психических расстройств употребляют наркотики и другие ПАВ.

Исследование уровня психопатологической симптоматики показало, что наихудшими у ПИН до лечения были показатели соматизации, тревожности, депрессии, паранойальности, враждебности, обсессивности-компульсивности и межличностной сензитивности. Высокие значения показателей, отражающих тяжесть психопатологической симптоматики за весь период наблюдения у исследуемых пациентов, зарегистрированы по шкалам соматизации, депрессии, тревожности, «паранойальные симптомы», враждебности, менее высокие – психотизма и фобической тревожности. После лечения проблемными оставались показатели депрессии, тревожности и паранойальности, значения которых были значимо выше у ВПН, чем у ВНН. Так, при выписке показатель паранойальности у ВПН находился в интервале значений Me 1,16 [0,50-1,66] при Me 0,83 [0,50-1,33] у ВНН ($p < 0,0001$), депрессии – Me 1,00 [0,53-1,53] при Me 0,84 [0,53-1,31] у ВНН ($p < 0,02$), тревожности – Me 0,90 [0,50-1,50] при Me 0,70 [0,40-1,10] у ВНН ($p < 0,00004$).

Общий индекс тяжести психопатологических симптомов (GSI) был в 6 раз в исследуемых группах выше аналогичного показателя в контрольной группе до лечения ($p < 0,000000$). После лечения величина GSI в 4,3 раза у ВПН и в 3,6 раза у ВНН превышала показатель GSI у здоровых лиц ($p < 0,000000$). Тяжесть психопатологической симптоматики спустя месяц нарастает, с 3-го по 12 месяц наблюдения находится на уровне плато, среднее значение которого составляет 0,88 (SD=0,47) балла, что в 4 раза выше аналогичного показателя у здоровых ($p < 0,000000$). Если до лечения показатель GSI у ВПН составлял 1,4 (SD=0,6), при выписке – 0,9 (SD=0,5), то через месяц его значение увеличилось до 1,13 (SD=0,49) при $p < 0,000000$. Среднее значение GSI через 3, 6 и 12 месяцев от начала наблюдения у ВПН составило 1,07 (SD=0,5) балла, что в 1,5 раза выше аналогичного показателя ВНН и в 5 раз больше, чем у здоровых лиц ($p < 0,000000$).

Полученные данные свидетельствуют о тяжести психопатологической симптоматики, отражающей уровень дистресса, который испытывают ВПН и ВНН на протяжении всего периода наблюдения. Проведение краткосрочной терапии улучшает, но не стабилизирует психическое состояние ПИН, особенно инфицированных ВИЧ, что увеличивает риск развития рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся у них психических расстройств.

Развитие опиоидной зависимости во многом отражает поступательная динамика синдрома патологического влечения к наркотикам (ПВН). По своему содержанию ПВН, проявляющийся идеаторными, аффективными, сенсорными, поведенческими и вегетативными нарушениями, представляет собой доминирующую потребность, подчиняющую всю психическую деятельность потребителя наркотиков, с чувством охваченности переживаниями, связанными с влечением без внутренней переработки возникающих побуждений, учета и анализа конкретной ситуации.

Выявление закономерностей, возникающих при обострении ПВН, существенно снижающего критические способности ПИН, позволяет оценить его выраженность. Наиболее проблемными на протяжении всего периода наблюдения показатели ПВН были у ВПН. Так, при поступлении размах значений ПВН у ВПН составил $Me\ 20,0\ [17,0-22,0]$ баллов, у ВНН – $Me\ 16,0\ [13,0-20,0]$. При выписке у пациентов обеих групп интенсивность ПВН снизилась в 1,5 раза и составила $10,9\ (SD=4,2)$ при $p<0,000000$. Однако степень влечения к наркотикам у ВПН оставалась тяжелой, на что указывает ее величина – $11,6\ (SD=4,3)$ балла. Величина ПВН у ВНН составила $9,3\ (SD=2,8)$ балла, что свидетельствует о средней степени влечения к наркотикам.

Динамическая оценка интенсивности ПВН спустя 1, 3, 6 и 12 месяцев наблюдения свидетельствует о существенных различиях в интенсивности влечения в зависимости от вида используемой терапии. Так, среднее значение уровня ПВН спустя 1-12 месяцев наблюдения после ПФТ у ВПН составляет $14,3\ (SD=5,5)$ балла, у находившихся на ЗМТ – $9,3\ (SD=4,3)$, после ПФТ у ВНН – $6,8\ (SD=4,5)$, у находившихся на ЗМТ – $8,3\ (SD=3,6)$.

По уровню выраженности ПВН в зависимости от вида терапии, ВПН через 12 месяцев наблюдения различались в 1,6 раза ($p<0,000000$). Величина ПВН после ПФТ у ВПН составила $14,2\ (SD=5,8)$ балла, после ЗМТ – $8,9\ (SD=4,6)$. Максимально низкие значения ПВН после ПФТ зарегистрированы у ВНН, которые в 2 раза были ниже аналогичного показателя ВПН и составили $7,2\ (SD=6,1)$ при $p<0,00003$. После ЗМТ уровень ПВН у ВНН составил $8,1\ (SD=3,9)$ против $8,9\ (SD=4,6)$ у ВПН. ПФТ способствует более эффективному снижению интенсивности ПВН у ВНН, а ЗМТ – у ВПН. Высокий уровень ПВН у ВПН после ПФТ может быть причиной риска рецидива наркотизации, что необходимо учитывать в работе с данной категорией пациентов.

В качестве диагностических и прогностических критериев эффективности лечения опиоидной зависимости, качества ее ремиссии могут быть использованы результаты структурно-динамического анализа ПВН, позволяющие оценить его выраженность, изменение соотношений структурных компонентов.

Анализ структуры ПВН за весь период наблюдения свидетельствует о доминировании клиники идеаторного компонента на фоне ярких аффективных, соматовегетативных и поведенческих его составляющих, наиболее проблемным является уровень нарушений, связанный с идеаторным компонентом ПВН,

который отражает отношение ПИН (мысли, переживания, воспоминания) к болезни и наркотикам. До и после лечения величина идеаторных нарушений у ПИН различалась в 1,5 раза ($p < 0,000000$) и составила 2,5 ($SD=0,5$)/1,6 ($SD=0,8$) балла, соответственно. Размах идеаторных нарушений через 1-3 месяца наблюдения находился в пределах значений Me 2,0 [1,0-2,0], через 6-12 месяцев – Me 1,0 [1,0-2,0]. Высоким уровнем идеаторных нарушений остается у ПИН после выписки, что свидетельствует о непреодолимом желании употребить наркотик, постоянстве и доминировании мыслей о приеме наркотика, отражающих выраженность ПВН и, соответственно, поведение и эмоциональное состояние ПИН в целом.

В структуре аффективного компонента ПВН выделяют ряд симптомов, среди которых наиболее проблемный – эмоциональная лабильность, проявляющаяся состояниями быстро меняющегося в течение дня настроения в диапазоне от пониженно-слезливого до раздражительного, дисфоричного с капризностью, плаксивостью или утрированной сентиментальностью. При выписке наихудшим среди компонентов ПВН был показатель эмоциональной лабильности, составивший 1,8 ($SD=0,5$) балла. Следует отметить, что кривая эмоциональной лабильности на протяжении 12 месяцев наблюдения, отличаясь явной тенденцией к снижению, характеризуется более высокими значениями по отношению к другим симптомам аффективного компонента. Нередко в структуре аффективного компонента встречались смешанные состояния с дисфорическими, тревожными и депрессивными проявлениями, определить длительность которых или смену одного состояния другим представляло трудности. Проблемным аффективный компонент был при поступлении ПИН в стационар. Так, до лечения размах значений сниженного настроения, дисфории и тревоги находился в интервале Me 2,00 [2,0-3,0], при выписке, через 1-12 месяцев наблюдения – Me 1,00 [0,0-2,0] балла.

Отражая интенсивность ПВН, аффективные расстройства почти всегда сопровождаются нарушениями сна. Чаще всего ПИН предъявляют жалобы на плохой сон, бессонницу, трудности при засыпании, поверхностный сон, ранние или частые пробуждения среди ночи, невозможность заснуть после пробуждения. Наиболее выраженными нарушениями сна были у ПИН при поступлении. При этом у ВПН средние значения составили 2,7 ($SD=0,5$) балла против 2,2 ($SD=0,7$) у ВНН. При выписке уровень диссомний снизился, средние значения составили 1,5 ($SD=0,8$) у ВПН и 1,1 ($SD=0,7$) у ВНН. Через 1 месяц показатель диссомний у ВПН составил 1,4 ($SD=0,8$), у ВНН – 0,7 ($SD=0,6$), что в 1,8 раза ниже ВПН. В последующем, через 3, 6 и 12 месяцев, динамика диссомний отличалась более худшими показателями нарушений сна у ВПН, чем у ВНН. Так, уровень диссомний был выше у ВПН, чем у ВНН, в 1,9 раза через 3 месяца, в 2 раза через 6 месяцев и в 1,8 раза через 12 месяцев наблюдения.

Аффективные расстройства всегда сопровождаются поведенческими нарушениями, служащими оценочным маркером интенсивности ПВН. Лечение

оказывает позитивное влияние на выраженность поведенческих нарушений у ПИН. Так, при выписке уровень поведенческих расстройств у ПИН составил 1,1 (SD=0,5) балла, что в 1,5 раза меньше, чем при поступлении – 1,8 (SD=0,8). Динамика поведенческих расстройств у ВПН отличалась более высокими показателями по сравнению с ВНН. По уровню расстройств поведения через 1 месяц наблюдения ВПН и ВНН различались в 2,1 раза и составили 1,4 (SD=0,8)/0,6 (SD=0,5), соответственно. Интенсивность поведенческих расстройств после выписки вплоть до 12-го месяца наблюдения у ВНН имеет тенденцию к снижению, у ВПН уровень расстройств поведения через 1 месяц наблюдения достигает максимума, существенно не изменяясь в последующем. В период с 1-го по 12 месяц наблюдения выраженность психопатоподобного поведения у ВПН в 1,6 раза была выше, чем у ВНН. Таким образом, особенность влечения к наркотикам заключается в преобладании в структуре ПВН идеаторных расстройств, эмоциональной лабильности в сочетании с другими симптомами аффективных нарушений, расстройств сна и поведения, что требует проведения с ПИН лечебных противорецидивных и психокоррекционных мероприятий.

Выводы. Выявление клинико-психологических и психосоциальных отклонений у ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью может способствовать разработке эффективных лечебных и психокоррекционных вмешательств, снижающих вероятность развития рецидива наркотизации. Динамическая психометрическая биопсихосоциальная оценка состояния пациентов должна проводиться до и после лечения, так как лечение не гарантирует полного воздержания от приема наркотиков, а течение опийной зависимости может предусматривать развитие рецидива, особенно при наличии сочетанной патологии, включающей психические расстройства и ВИЧ.

Активная зависимость у ВИЧ-позитивных потребителей инъекционных наркотиков сопровождается невысокой удовлетворенностью качеством жизни, проблемным социальным функционированием в сферах, связанных с трудовой деятельностью и способностью структурировать свободное время, выраженным влечением к наркотикам и проблемным психическим функционированием. Опросник качества жизни SF-36 показал наличие у пациентов эмоциональных и физических проблем, связанных с заболеванием, существенно ограничивающих их социальную активность, а также невысокий уровень состояния здоровья и выраженную астению, снижающих возможность справляться с физическими и эмоциональными нагрузками.

Использование ШСФ указало на наиболее проблемные у исследуемых при выписке сферы, связанные с трудовой деятельностью, свидетельствующие о нежелании трудиться, низком доходе или безработном статусе пациентов, а также способностью структурировать свободное время. Более позитивный характер изменений социального функционирования в динамике наблюдается у ВИЧ-негативных пациентов после курса психофармакотерапии в отличие от ВИЧ-позитивных пациентов с опийной зависимостью, у которых более высокий уровень социального функционирования связан с проведением

заместительной терапии. В целом более проблемный уровень социального функционирования характерен для ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью, чем у ВИЧ-негативных, что подтверждается худшими показателями агрессивного/аутоагрессивного поведения, психоорганических расстройств, критических способностей и способности к самообслуживанию, свидетельствующих о негативном влиянии ВИЧ-инфекции на уровень социального функционирования пациентов.

Особенность влечения к наркотикам у ВИЧ-позитивных пациентов с опиоидной зависимостью, по данным ШПВ, заключается в преобладании в структуре синдрома патологического влечения к наркотикам идеаторных нарушений, отражающих отношение пациентов (мысли, переживания, воспоминания) к болезни и наркотикам, свидетельствующих о непреодолимом желании употребить наркотик, доминировании мыслей, их постоянстве о приеме наркотика, симптомов аффективных расстройств, расстройств сна и поведения, отражающих выраженность влечения и, соответственно, поведение и эмоциональное состояние пациентов в целом.

Данные, полученные с помощью опросника SCL-90-R, свидетельствуют о тяжести психопатологической симптоматики, отражающей уровень дистресса, испытываемый ВИЧ-позитивными и ВИЧ-негативными пациентами с опиоидной зависимостью на протяжении всего периода наблюдения. Активная зависимость сопровождается высокими значениями соматизации, депрессии, тревожности, паранойяльности и враждебности, препятствующими осознанию пациентами необходимости прохождения лечения. Оказание краткосрочной стационарной одномоментной медицинской помощи улучшает, но не стабилизирует психическое состояние зависимых пациентов, особенно с ВИЧ-инфекцией, что увеличивает риск развития рецидива наркотизации и способствует хронизации имеющихся у них психических расстройств.

Литература

1. Сиволап Ю. П. Патогенез психопатологических проявлений опиоидной зависимости: дуалистическая модель / Ю. П. Сиволап // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – № 1. – С. 70–72.
2. Сиволап Ю. П. К проблеме психопатологии аддиктивных расстройств // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – № 11. – С. 4–6.
3. Сиволап Ю. П., Савченков В. А. Злоупотребление опиоидами и опиоидная зависимость. – М: Медицина, 2005. – 304 с.
4. Надлежащая клиническая практика: ГОСТР 52379-2005. – Москва: Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии: Национальный стандарт Российской Федерации [Электронный ресурс]. – 2022. – Режим доступа : <http://www.medtran.ru/rus/trials/gost/52379-2022.htm>. – Дата доступа : 01.11.2022.

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Стрелков О. Г., Цыркунов В. М.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. В мире зарегистрировано 600 млн случаев заражения COVID-19. По данным целого ряда исследований известно, что психопатологические синдромы, возникшие в острую фазу заболевания, в большинстве случаев длительно сохраняются после выздоровления от COVID-19. Воздействие вируса штамма SARS-COV-2 на психическое здоровье граждан сопровождается возникновением ряда проблем, требующих внимательного отношения к изучению последствий инфицирования в раннем и отдаленном периоде, методов реабилитации пациентов, имеющих психические нарушения.

Цель – изучить психическое состояние пациентов в отдаленном периоде коронавирусной инфекции, вызванной штаммом SARS-COV-2, используя анализ доступных литературных источников.

Методы исследования. Проанализированы тематические публикации, имеющиеся в электронных ресурсах Cyberleninka, Pubmed, PMC, Elibrary, JAMA.

Результаты и их обсуждение. Установлено поражение COVID-19 органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта и нервной системы [1]. К вероятным механизмам повреждения центральной нервной системы (ЦНС) рассматривается непосредственное поражение вирусом ЦНС [5], поражение ЦНС как осложнение вследствие системного гипериммунного ответа, кислородной недостаточности, применения большого количества препаратов, подавляющих иммунитет и приводящих к дисбалансу в нейромедиаторной системе ЦНС [6]. Клиническим выражением повреждения ЦНС у пациентов с COVID-19 выступают нарушения сна, развитие тревоги, посттравматическое стрессовое расстройство, астения, расстройства настроения, когнитивной сферы (нарушение концентрации внимания, ухудшение памяти на текущие и отдаленные события, снижение способности к планированию своих действий, аналитико-синтетической способности, отмечено нарушение способности к абстрагированию, замедление мышления) [3]. Все это приводит к нарушению социального функционирования пациентов, профессиональной непригодности и нарушению функционирования личности. [9-11]. Подобная симптоматика нередко сохраняется после выздоровления от коронавирусной инфекции и может длиться до года [8]. Показано, что развитие и длительность психопатологической симптоматики тесно связана с поражением ЦНС, полученным в острую фазу заболевания [2, 4].

Выводы. Инфекция COVID-19 воздействует на биохимические процессы центральной нервной системы, прямо или опосредованно повреждая нейроны

головного мозга. Следствие этого – ухудшение психического здоровья на длительный период времени и нарушение социального функционирования. Поэтому существует необходимость проведения психокоррекционных мероприятий, направленных на восстановление психосоматического здоровья лиц, переболевших COVID-19, в раннем и отдаленном периодах.

Литература

1. Neurological associations of COVID-19. / Ellul M.A. [et al.] // *Lancet Neurol.* – 2020. – Vol. 19. – P. 767–783.

2. Immediate and long-term consequences of COVID-19 infections for the development of neurological disease / Heneka MT [et al.]. - *Alzheimers Restore Therapy.* – 2020. – Vol 12.

3. Aggregated COVID-19 suicide incidences in India: fear of COVID-19 infection is the prominent causative factor. [Electronic resource] / Dsouza D.D. [et al.] // *Psychiatry Res.* – 2020. - № 290. - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7832713/> - Date of access: 13.01.2022.

4. Depression, Anxiety, and Acute Stress Disorder Among Patients Hospitalized With COVID-19: A Prospective Cohort Study. [Electronic resource] / Parker C, [et al.] // *Acad Consult Liaison Psychiatry.* - 2021 – Vol. 62. - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7546958/> - Date of access: 13.09.2022.

5. COVID-19 and chronic fatigue syndrome: Is the worst yet to come? [Electronic resource] / Wostyn P. // *Med Hypotheses.* – 2021. - Vol. -146. - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7836544/> - Date of access: 13.09.2022.

6. Do cross-reactive antibodies cause neuropathology in COVID-19? [Electronic resource] / Kreye J [et al.] // *Nature Reviews. Immunology.* – 2020. – Vol. 20. – P. 645-646. - Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7537977/> - Date of access: 22.09.2022.

7. Widmann C.N. Long-term cerebral consequences of sepsis. [Electronic resource] / Heneka M.T. // *Lancet Neurol.* – 2014. – Vol. 13. – P 630. Mode of access: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1474442214700171?via%3Dihub> - Date of access: 21.09.2022.

8. One-year outcomes and health care utilization in survivors of severe acute respiratory syndrome. [Electronic resource] / Tansey CM [et al.] // *Arch. Intern. Med.* – 2007. – Vol. 167. – Mode of access: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/412710> - Date of access: 22.09.2022.

9. Post-discharge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: A cross-sectional evaluation [Electronic resource] / Halpin S.J [et al.]. //

Med Virol. – 2021 - Vol – 93. – P 1013 - 1022. Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32729939/> - Date of access: 22.10.2022.

10. Psychiatric morbidity and protracted symptoms after COVID-19 [Electronic resource] / Poyraz B.Ç. [et al.] // Psychiatry Res. – 2021 – Vol. 295. Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33296818/> - Date of access: 21.10.2022.

11. Survivors of COVID-19 are at high risk of posttraumatic stress disorder [Electronic resource] / Xiao S [et al.] // Glob Health Res Policy. – 2020. – Vol. 29 . Mode of access: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32514428/> - Date of access: 22.10.2022.

ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Стрижанова Е. В., Купцова А. Н.

Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

Актуальность. В современном обществе информация о том, что человек страдает каким-либо психическим заболеванием, зачастую воспринимается крайне негативно. Общество определяет принадлежность этого индивида к социальной группе лиц с психическими расстройствами. Это явление носит название «социальная стигматизация» [1]. Стигматизация – это динамический процесс, формирующийся обществом и социальными институтами с множеством взаимосвязанных компонентов: необоснованные стереотипы, оценочные предубеждения, осознанное отдаление, потеря статуса и, как следствие, дискриминация [2]. Стигматизация лиц с психическими расстройствами во многих странах носит исторически обусловленный характер: негативные стереотипы, страх и неприятие приводили на протяжении столетий к ситуации, когда общество либо отвергало, либо игнорировало существование лиц с психическими расстройствами [3]. Преодоление существующих негативных установок и стереотипов в области психиатрии необходимо начинать в школьный и студенческий периоды [4]. В связи с актуальностью данного вопроса, мы провели собственное исследование на базе УО «Гомельский государственный медицинский университет», касающееся вопросов стигматизации людей с психическими расстройствами среди студентов-медиков.

Цель – оценить уровень стигматизации людей с психическими расстройствами в исследуемых группах студентов-медиков. Выявить влияние изучения психиатрии на отношение студентов-медиков к лицам с психическими нарушениями.

Методы исследования. Основным методом получения данных послужило социологическое анкетирование. Анкетирование было анонимным ввиду того,

что данная форма опроса позволяет получить наиболее правдивые ответы на заданные вопросы. В исследовании приняли участие 62 студента УО «Гомельский государственный медицинский университет». Возраст студентов варьировал от 18 до 25 лет. Половая структура выглядела следующим образом: Были взяты 2 группы сравнения, отобранные на основании того, был ли пройден предмет «Психиатрия»: в первой группе оказались студенты 2-4 курса, не прошедшие подготовку по данной дисциплине, вторую группу составили студенты 5-6 курса, имеющие опыт изучения предмета. Половая структура выглядела следующим образом: в первую группу вошли 32 человека, в том числе 22 женщины (68,8%) и 10 мужчин (31,3%), вторую группу составили 30 чел., в том числе 20 женщин (66,7%) и 10 мужчин (33,7%).

Результаты и их обсуждение. Среди респондентов преобладали лица женского пола (42 женщины – 68% и 20 мужчин – 32%), что указывает на большую заинтересованность лиц женского пола в участии в таких опросах.

Что касается отношения к душевнобольным людям, в 1 группе 11 (34,4%) студентов ответили, что сочувствуют людям с психическими расстройствами, интерес к таким людям испытывали 9 (28%) студентов, неприязнь у 3 (9,4%), жалость у 3 (9,4%), страх у 3 (9,4%), безразличие у 3 (9,4%) опрошенных. Во 2 группе результат был таким: интерес у 13 (43,3%), сочувствие у 8 (26,6%), жалость у 3 (10%), неприязнь у 2 (6,67%), безразличие у 2 (6,67%), страх у 2 (6,67%) человек. В двух исследуемых группах большинство студентов считают, что в нашем обществе негуманное отношение к лицам с психическими расстройствами: в 1 группе – 21 чел. (65,6%), во 2 группе 17 чел. (56,7%), что гуманное, соответственно, считают 11 (34,4%), 13 (43,3%) опрошенных. О том, что в нашем обществе присутствует дискриминация в отношении лиц с психическими расстройствами, в 1 группе считают 20 (65,5%), а во 2 – 22 (73,3%) опрошенных.

На вопрос, может ли лицо, имеющее психическое заболевание, обучаться в вузе, в 1 группе большинство студентов считают, что нет – 19 (59,4%), а 13 (40,6%) считают, что могут проходить обучение. Касательно 2 группы, большинство ответили, что такие люди могут обучаться в ВУЗе 19 (63,3%), а 11 (36,7%) студентов высказались отрицательно. На вопрос необходимо ли изолировать лиц с психическими расстройствами от других людей: в 1 группе считают, что нет, не нужно – 21 (65,4%), а 11 (34,4%) чел. считают, что нужно. Во 2 группе 17 (56,7%) ответили, что не надо, 13 (43,3%) студентов ответили – надо изолировать. Касательно взаимодействия в повседневной жизни между лицами с психическими расстройствами и опрашиваемыми студентами, на вопрос «Я бы согласился, чтобы человек с психическим расстройством был моим коллегой/одногруппником?» в 1 и 2 группах большинство опрашиваемых ответили положительно. В 1 группе положительно ответили 21 (65,6%), а во второй 19 (63,4%) респондентов, против высказались в 1 группе 11 (34,4%), а во 2 – 11 (36,6%) опрашиваемых. Большинство студентов, согласились бы

дружить с душевнобольным человеком: в 1 группе 21 (65,6%), во 2 – 18 (60%) высказались «за», против были 11 (34,4%) студентов из 1 группы, 12 (40%) из 2 группы. Однако в одной комнате в общежитии с душевнобольным человеком большинство опрошенных не согласилось бы жить. В первой группе отрицательно ответили 20 (62,5%), положительно 12 (37,5%) респондентов. Во 2 группе отрицательно ответили 20 (66,8%), положительно 10 (33,3%).

На вопрос «Есть ли для Вас разница в отношении к пациентам разного профиля?» 1 группа опрошиваемых ответили: «нет», 21 чел. (65,6%), «да» – 11 чел. (34,4%). Вторая группа ответила таким образом: «да» – 16 чел. (53,33%), «нет» – 14 чел. (46,7%).

Большинство опрошенных и в 1, и во 2 группах, считают, что лица с психическими расстройствами не должны иметь детей, в 1 группе 19 (59,4%) опрошенных, во 2 – 17 (56,6%).

Кроме всего перечисленного выше, большинство опрошенных считают психотерапевтическую, психиатрическую и наркологическую помощь доступной в Республике Беларусь. В 1 группе это мнение высказали 17 (53,1%) студентов, во 2 – 23 (76,7%). Отрицательно высказались в первой группе 15 чел. (47,9%), во второй – 7 (23,3%).

Студентам, прошедшим курс психиатрии, были заданы дополнительные вопросы «Был ли полезен и интересен цикл по психиатрии?», «Изменил ли этот цикл Ваше отношение к лицам с психическими расстройствами?» По результатам опроса прошедших цикл выявлено, что для 22 (73,3%) опрошенных цикл был интересен и полезен, у 8 (26,7%) опрошенных ответ отрицательный. Отношение у студентов к людям с психическими заболеваниями после цикла изменилось у половины опрошенных 15 (50%).

Выводы:

1. Уровень стигматизации психически нездоровых людей в исследуемых группах студентов-медиков можно охарактеризовать как низкий – 52% опрошенных выразили лояльное и сочувственное отношение к лицам, имеющим психические расстройства.

2. Изучение предмета «Психиатрия» помогает сформировать более лояльное отношение к людям, имеющим психические расстройства.

Литература

1. Goffman E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. – Harmondsworth: Penguin, 1990. – 173 S

2. Бебчук М. А. Семья и психическое здоровье ребенка / Психическое здоровье и образование / М.: Городец, 2018. С. 241-244.

3. Контекст законодательства по охране психического здоровья / Справочник базовой информации ВОЗ по психическому здоровью, правам человека и законодательству/ Женева, 2005. - С. 1-2

4. Impact of a Mental Health Curriculum on Knowledge and Stigma Among High School Students: A Randomized Controlled Trial / R. Milin, S. Kutcher, S. P.

ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСКРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Тименова С. В.¹, Мотуз И. А.²

*Гродненский государственный медицинский университет¹, Гродно, Беларусь
Центр здоровья ОАО "Гродножилстрой"² Гродно, Беларусь*

Актуальность. Хроническая недостаточность мозгового кровообращения – медленно прогрессирующая дисфункция головного мозга, которая возникает вследствие диффузного и/или мелкоочагового повреждения мозговой ткани в условиях длительно существующей недостаточности церебрального кровоснабжения [1]. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – это хроническая прогрессирующая форма цереброваскулярной патологии, характеризующаяся развитием многоочагового или диффузного поражения головного мозга и проявляющаяся комплексом неврологических и нейропсихологических нарушений. Когнитивные нарушения (КН) – один из видов неврологических расстройств при ДЭ и представляют собой важный индикатор цереброваскулярной патологии. Актуальность проблемы своевременной диагностики КН не вызывает сомнений, так как когнитивные нарушения отрицательно влияют на качество жизни пациентов. Таким образом, ранняя диагностика, профилактика и эффективная терапия КН – важный аспект ведения пациентов с хроническим нарушением мозгового кровообращения [2, 3].

Цель – оценить степень выраженность когнитивных нарушений у пациентов с ДЭ.

Методы исследования. В исследование включены пациенты, проходившие лечение на базе неврологического отделения УЗ «ГКБСМП г. Гродно». Для оценки когнитивного статуса использовали Монреальскую шкалу когнитивной оценки (MoCA). Чувствительность метода составляет 90%, специфичность метода – 87%. С ее помощью оценивают разные когнитивные сферы, а время проведения составляет около 10 минут. Полученные данные обработаны с использованием стандартных компьютерных программ «Microsoft Excel 2013», «STATISTICA 10.0».

Результаты и их обсуждение. Выборка составила 33 пациента, проходивших стационарное лечение на базе неврологического отделения «УЗ «ГКБСМП г. Гродно». Среди них мужчины составили 52,5%, женщины – 47,5%. Средний возраст пациентов на момент госпитализации составил ($M \pm m$) $64,3 \pm 8,68$ года, из них у мужчин $63 \pm 8,14$ и у женщин $70,4 \pm 9,13$ лет. В неврологическом статусе наиболее часто встречались пирамидный, вестибуло-мозжечковый и амиостатический синдромы. В исследовании по

методике МоСА результат составил в среднем $17,5 \pm 1,0993$ балла, что ниже нормы. Никто из респондентов не набрал результат 26 и выше баллов, что является пороговым значением для нормы. Самые низкие результаты были выявлены при оценке функции беглость речи – $0,1429 \pm 0,1382$ балла. При этом пациенты не могли назвать более одиннадцати слов на одну букву. Оценка функции зрительно-конструктивных/исполнительных навыков составила $2,2857 \pm 0,4583$ балла, функция отсроченного воспроизведения – $0,5 \pm 0,401$ балла, абстрактного мышления – $0,8214 \pm 0,2372$. Самый высокий результат $5,8214 \pm 0,1844$ были набраны в разделе ориентация на время и место, где пациенты практически всегда отвечали правильно.

Выводы. Таким образом, КН определяются у подавляющего большинства пациентов с ДЭ, причем уже на ранних ее стадиях. Применение методики нейропсихологического тестирования показало, что у пациентов определяется выраженное расстройство памяти с признаками первичной недостаточности запоминания поступающей информации. Наблюдается нарушение направленного гнозиса и праксиса, снижение понимания логико-грамматических конструкций.

Литература

1. Шмырев В. И., Васильев А. С., Рудас М. С. Дисциркуляторная энцефалопатия – вопросы патогенеза, диагностики, дифференциальной диагностики и лечения на современном этапе // Кремлевская медицина. Клинический вестник. 2009. № 4. С. 31-36.

2. Осипов Е. В., Гельпей М. А., Батюшин М. М. и др. Изучение выраженности когнитивных расстройств у пациентов с артериальной гипертензией // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2015. – № 8. – С. 254–258.

3. Лобзин В. Ю., Емелин А. Ю., Воробьев С. В., Лупанов И. А. Современные подходы к диагностике, профилактике и терапии когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 51-56.

ЗАВИСИМОСТЬ СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА ОТ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА

Тиханович А. А., Сушко А. В., Шулейко О. Б., Пирогова Л. А.,
Василевский С. С.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Высокие достижения в спорте требуют напряжения всех функциональных систем организма, в первую очередь ЦНС. Эффективность тренировок зависит от таких свойств нервной системы человека, как стрессоустойчивость, быстрая адаптация к постоянно нарастающим

физическим нагрузкам, а также способность вырабатывать индивидуальные способы адаптации к возрастающему физическому напряжению.

Высокий уровень физических нагрузок и психоэмоциональное напряжение во время участия в соревнованиях нередко приводит к острому и/или хроническому перенапряжению всех функциональных систем и срыву адаптации. Перетренированность – это патологическое состояние, в основе которого лежит перенапряжение корковых процессов, в связи с чем ведущими признаками этого состояния выступают функциональные изменения ЦНС, протекающие по типу неврозов. Это проявляется дезадаптацией, нарушением достигнутого в процессе тренировки уровня активности функциональных систем.

Таким образом, для стабильного роста спортивного мастерства свойства личности имеют решающее значение. Несмотря на различия в подходах изучения, большинство исследователей признают, что темперамент – это биологический фундамент, на котором личность формируется как часть социума.

Термин «Темперамент» происходит от латинского *temperamentum* – надлежащее соотношение частей. Темперамент – это совокупность психических свойств человека, характеризующих степень его возбудимости, которое проявляется отношением к окружающей действительности и особенностями поведения.

Индивидуальные особенности личности характеризуются: темпом, ритмом, интенсивностью и динамичностью психических процессов. Расчет проводят по показателям силы, уравновешенности и подвижности нервных процессов. Сила может рассматриваться как показатель работоспособности нервной клетки. При ее высоких возможностях спортсмен способен выдерживать большую физическую нагрузку. Каждый спортсмен обладает индивидуальной пластичностью нервных процессов. Уравновешенность указывает на баланс процессов возбуждения и торможения. Подвижность – на быструю смену этих процессов, что способствует лучшей приспособляемости и обучаемости.

В соответствии с этими характеристиками личности принято выделять четыре ведущих типа темперамента:

- холерик – сильный, неуравновешенный;
- сангвиник – слабый, неуравновешенный;
- флегматик – слабый, уравновешенный;
- меланхолик – сильный, уравновешенный.

Поскольку абсолютно «чистых» темпераментов не существует, то каждый из них корректируется посредством тренировок под конкретные задачи в соответствии с видами спорта. Из-за разной степени выраженности разных признаков и выработки приспособительных реакций в большинстве случаев мы имеем дело со смешанными вариантами.

Тип темперамента обусловлен индивидуальной физиологической особенностью деятельности нервных процессов. Активность нервных процессов определяет сосудистый и мышечный тонус, что сказывается на поведении, активности в социуме и спортивной деятельности. Свойства личности, обусловленные темпераментом, остаются наиболее устойчивыми и долговременными. Их можно отнести к врожденным, наследуемым признакам, заданным конституционально. Свойства личности не существует вне связи с физическими, когнитивными и психическими особенностями. Их взаимосвязь, взаимообусловленность и синергии создают индивидуально неповторимую личность. Некоторые свойства усиливают друг друга, другие – корректируют индивидуальные особенности.

Цель исследования – выявить наиболее эффективные характеристики темперамента для достижения наивысших спортивных результатов ценой оптимальных усилий, преимущественно со стороны эмоциональной сферы

Методы исследования. Анализ литературы, наблюдение, опрос, анкетирование, участие в тренировочном и соревновательном процессе. Исследование проводилось на базе Областного диспансера спортивной медицины, ОСДЮШОР им. А. Сапеги, отделение настольного тенниса. Настольный теннис скоростно-силовой сложно-координационный вид спорта, требующий от спортсмена достаточно высоких физических качеств и способности мыслить стратегически даже в условиях анаэробной интенсивной нагрузки.

Результаты исследования. В течение 20022 г. на базе СДЮШОР были протестированы по опроснику Айзенка 31 спортсмен с разными спортивными званиями. У каждого определен преобладающий тип темперамента. Результаты занесены в таблицу.

Таблица – Преобладающий тип темперамента у спортсменов

	Холерик	Сангвиник	Флегматик	Меланхолик
МСМК	+			
МС	++++	+	+	
КМС	+	+		
1 взр. разряд	+	+++++		
2 взр. разряд		+		
3 взр. разряд				
юн. разряды	+++++++	+++++	++	

Как видно из таблицы, наивысших спортивных званий в настольном теннисе достигли обладатели качеств холерика: сильные, неуравновешенные. Благодаря силе и пластичности нервных процессов, они показали себя как наиболее обучаемые, способные проявить азарт в игровом виде спорта,

упорство в формировании технических навыков и качеств физической подготовки, волю к победе. Были сложности с умением справляться с собственными эмоциями, следовать тактике игры. Но при правильном психологическом подходе тренера и выстраивании тренировочного процесса данный навык успешно поддавался коррекции.

Таковыми же успешными оказались сангвиники. Благодаря высокой пластичности, но более низкой эмоциональности, они легко оставались в рамках стратегии игры, не поддаваясь напору собственных эмоций.

Менее подвижные меланхолики и флегматики практически не были зафиксированы среди спортсменов высокого уровня. Что может быть связано с самим видом спорта, требующим высокой подвижности нервной системы.

Выводы. Проведенное исследование показало, что врожденные свойства нервной системы и обусловленные ими свойства личности оказывают значительное влияние на достижение спортсменом высоких результатов. Полученные результаты необходимо учитывать при построении индивидуального плана физической и психологической подготовки спортсмена. Знание преобладающего типа темперамента помогает тренеру прогнозировать поведение спортсмена в условиях ежедневной тренировочной работы над техническими навыками и физической подготовкой в условиях повышенного психического напряжения в соревновательной деятельности и учебно-тренировочных сборах. Знание индивидуальных особенностей и типа темперамента спортсмена позволяет корректно подобрать способы и методы работы на тренировке и во время соревнований.

Литература

1. Барташев А. В. Темперамент и характер: Психологическая диагностика / А.В. Батаршев. - М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2001. -336с.
2. Голубева Э. А. Способности и индивидуальность / Э.А. Голубева. – М.: Наука, 2010. - 190 с.
3. Ильин Е. П. Дифференциальная психофизиология / Е. П. Ильин – СПб.: Питер, 2001.- 464 с.
4. Лейтес Н. С. Типы ВНД и темперамент / Н.С. Лейтес. – М.:Прогресс, 2002. – 267 с.
5. Мерлин В. С. Очерк теории темперамента / В.С. Мерлин. – М.: Наука, 2009. – 184 с.
6. Пирогова Л. А. Спортивная медицина / Пирогова Л. А. [и др.]. - Гродно: ГрГМУ, 2021. – 224 с.

ФАКТОРНАЯ СТРУКТУРА ОПРОСНИКА «ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ СОМАТОФОРМНЫХ СИНДРОМОВ» И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ШКАЛЫ СОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ

Томашик Т. Е., Луговская А. А.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

Актуальность. Существует большое разнообразие инструментов диагностики соматоформных расстройств. Большинство из них разработаны с целью экспресс-диагностики, многие не специфичны для соматоформных расстройств. Самая популярная методика «Скрининг для соматоформных симптомов» (SOMS) основана на определении количества и тяжести соматоформных симптомов, представленных в DSM-IV и ICD-10.

Диагностические критерии соматоформных расстройств включают их основные особенности. Такими особенностями являются необъяснимые соматические жалобы. Однако во многих случаях для постановки точного диагноза необходимо учитывать дополнительные эмоциональные, когнитивные, поведенческие и психосоциальные аспекты.

В 2007 г. немецкие психиатры (D. Wedekind et al.) попытались разрешить эту проблему и разработали опросник «Перечень показателей для соматоформных синдромов» (The quantification inventory for somatoform syndromes – QUISS) [7]. Опросник QUISS учитывает не только соматические жалобы, но и разные когнитивные и поведенческие области, связанные с расстройством.

Оценка диагностических свойств «Перечня показателей для соматоформных синдромов» и факторный анализ проводились на основе метрической системы Раша (MCP), которая позволяет разрабатывать не зависящие от особенностей популяции равноинтервальные психометрические шкалы, имеющие научно обоснованные критерии интерпретации [2, 3, 4].

Цель исследования – анализ факторной структуры опросника «Перечень показателей для соматоформных синдромов» с определением научно обоснованных критериев интерпретации выделенных шкал.

Методы исследования. Исследование проводилось на базе отделения пограничных состояний учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия – Наркология» и психоневрологического отделения учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно». Обследована группа пациентов из 227 чел. с верифицированными диагнозами невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, депрессивных расстройств с соматическими симптомами. В группу испытуемых вошли 52 мужчины и 175 женщин в возрасте от 18 до 55 лет.

Пациентам предлагалось 18 вопросов. Каждый из 18 вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует ответ «нет», а 4 – «очень сильно», «постоянно», «абсолютно верно», в зависимости от содержания вопроса. Первый вопрос отражает глобальную оценку общего состояния здоровья. Второй вопрос включает список из 41 соматического симптома. Пациенту надо было отметить все симптомы, которые беспокоили его в течение последней недели. При обработке данных все соматические симптомы ранжировались по количеству и принадлежности к соответствующей группе (кардиопульмональные, болевые и др.) и переводились в 5-балльную шкалу. Остальные 16 вопросов о том, как выбранные соматические симптомы беспокоили пациента и влияли на его качество жизни, мышление, поведение и функционирование.

Применение метрической системы Раша в настоящем исследовании включало стандартный набор процедур: оценку конструктивной валидности каждого пункта опросника, оценку одномерности опросника, надежности, разработку критериев интерпретации [2, 3, 5, 6]. Критерии интерпретации разрабатывались с помощью индекса минимальных значимых различий с использованием одностороннего Z-критерия для 95% вероятности ($MDC_{95\%}$) и индивидуальной ошибки измерения для каждой логитной меры шкалы [1, 3, 6, 8].

Результаты и их обсуждение. На основе матрицы данных, содержащей ответы испытуемых, проведено итерационное определение мер трудности пунктов и мер выраженности исследуемого конструкта с трансформацией полученных результатов в шкалу логитов.

Далее проведен факторный анализ нормализованных остатков между ожидаемыми и фактическими вероятностями ключевых ответов респондентов методом главных компонент. Согласно результатам факторного анализа, в опроснике «Перечень показателей для соматоформных синдромов» выделены 2 шкалы. В шкалу соматического неблагополучия вошли 9 вопросов и показатель количества соматических симптомов из вопроса 2. Все пункты указанной шкалы имели высокие показатели конструктивной валидности, индексы качества UMS и WMS находились в приемлемом диапазоне для клинических рейтинговых шкал (0,6-1,4) [3].

Четырехфакторная модель оригинальной версии опросника не подтвердилась. Также в методику не вошел вопрос № 16 «У Вас было чувство, что Вас не воспринимают всерьез другие в течение прошлой недели?» по низким значениям индексов качества UMS и WMS.

Таким образом, в модифицированном опроснике «Перечень показателей для соматоформных синдромов» осталось 17 вопросов. Шкала соматического неблагополучия модифицированного опросника полностью соответствует условию одномерности, характеризуется высокой надежностью и достаточной дискриминативностью.

Для каждой шкалы модифицированного опросника «Перечень показателей для соматоформных синдромов» определены уровни выраженности соответствующих симптомов и выделены критерии оценки минимальных клинически значимых изменений в выраженности симптомов при повторных обследованиях.

В таблице 1 представлены данные по критериям определения статистических уровней выраженности соматического неблагополучия, а также соответствующие этим уровням баллы и меры в логитах. В соответствии со статистическими уровнями отражены клинические степени тяжести.

Таблица 1. – Критерии определения уровней выраженности соматического неблагополучия по шкале 1 модифицированного опросника «Перечень показателей для соматоформных синдромов»

№	Уровни выраженности симптомов		Логиты	Баллы
	статистические	клинические		
1.	Крайне низкий	легкая степень тяжести	-6,0541 – -3,0941	0-5
2.	Очень низкий		-2,8511 – -1,8716	6-11
3.	Низкий		-1,7045 – -0,8189	12-18
4.	Средний	умеренная степень тяжести	-0,6797 – 0,2117	19-25
5.	Умеренно повышенный	тяжелая степень	0,3797 – 1,3682	26-31
6.	Высокий		1,6060 – 2,7991	32-36
7.	Крайне высокий		3,2125 – 5,8512	37-40

В шкалу соматического неблагополучия вошли 10 показателей. Максимальное количество баллов по шкале может быть 40. Меры выраженности соматического неблагополучия для каждой суммарной оценки по шкале распределились от -6,0541 до 5,8512 логита, что соответствует области суммарных баллов шкалы от 0 до 40. Для каждой меры в логитах рассчитана индивидуальная ошибка измерения, проведен калибровочный анализ шкалы. Установлено 7 статистически значимых уровней выраженности соматического неблагополучия. Легкой и тяжелой степени тяжести соответствуют 3 уровня, средней степени тяжести – 1 уровень.

Значения динамических критериев оценки минимальных клинически значимых изменений в выраженности соматического неблагополучия при повторных обследованиях, рассчитанные на основе индекса $MDC_{95\%}$, варьируют от 4 до 7 баллов, что представлено в таблице 2.

Таблица 2. – Критерии оценки минимальных клинически значимых изменений в выраженности соматического неблагополучия

№	Общая сумма баллов по шкале	Статистически отличающийся шаг, баллы
1.	0	6
2.	1-3	5
3.	4-11	6
4.	12-20	7
5.	21-27	6
6.	28-33	5
7.	34-35	4
8.	36-40	

В таблице 2 указан статистически отличающийся шаг, который определяет, на какое количество баллов при повторном исследовании должна увеличиться или уменьшится суммарная оценка по шкале 1, чтобы это соответствовало минимальным клиническим изменениям соматического неблагополучия у пациента.

При анализе критериев минимальных клинически значимых различий установлено, что опросник имеет ограничения по высоким и низким суммарным оценкам по шкале. При суммарной оценке в 36 баллов и выше определить статистически значимые различия можно только в сторону редукции симптомов, так как данные суммарные оценки метрически не отличаются от оценки в 35 баллов (статистически отличающийся шаг равен 4, табл. 2).

Такое же условие присутствует и для суммарных оценок от 0 до 6 баллов. Для суммарных оценок 0-6 баллов критерий минимальных значимых различий также односторонний и оценивает минимальные изменения только в сторону увеличения выраженности соматического неблагополучия.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Опросник «Перечень показателей для соматоформных синдромов» имеет две шкалы.

Все диагностические пункты шкалы соматического неблагополучия имеют высокие значения индексов качества, что обуславливает их высокую конструктивную валидность.

Шкала характеризуется высокой надежностью и достаточной дискриминативностью.

Определены научно обоснованные критерии интерпретации шкалы. Шкала соматического неблагополучия способна дифференцировать 7 метрических уровней выраженности симптомов. Обладает высокой чувствительностью к выявлению легкой и тяжелой степени выраженности соматического

неблагополучия, так как способна дифференцировать по 3 метрических уровня в каждой из указанных степеней тяжести.

Разработаны точные критерии оценки клинически значимых изменений выраженности симптомов, которые варьируют от 4 до 8 баллов.

Литература

1. Ассанович, М. А. Метод определения пороговых критериев в клинических рейтинговых шкалах, разработанных на основе модели Раша / М. А. Ассанович // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2017. – Т. 18, № 3. – С. 19–24.

2. Ассанович, М. А. Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике / М. А. Ассанович. – Минск: Новое знание, 2017. – С. 224.

3. Ассанович, М. А. Методология и прикладные аспекты метрической системы Раша в клинической психодиагностике : монография / М. А. Ассанович. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – С. 428.

4. Bond, T. G. Applying the Rasch model: fundamental measurement in the human sciences / T. G. Bond, C. M. Fox / NY: Routledge, 2012. – P. 38

5. Boone, W. J. Rasch analysis for instrument development: why, when, and how? / W. J. Boone / CBE life sciences education, 2016. – Vol. 5, № 4. – P. 41-47.

6. Copay, A. G. Understanding the minimum clinically important difference: a review of concepts and methods / A. G. Copay, B. R. Subach, S. D. Glassman, D. W. Polly, T. C. Schuler // The Spine Journal. – 2007. – №7. – P. 541-

7. Wedekind, D. The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): a novel instrument for the assessment of severity / D. Wedekind, B. Bandelow, E. Fentzahn, P. Trümper, E. Rüther // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. – 200 – № 257. – P. 153–163.

8. Wright, A. Clinimetrics corner: a closer look at the minimal clinically important difference (MCID) / A. Wright, J. Hannon, E. J. Hegedus, A. E. Kavchak // Journal of Manual and Manipulative Therapy. – 2012. – №20. – P. 160-6.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ШКАЛЫ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ ОПРОСНИКА «ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ СОМАТОФОРМНЫХ СИНДРОМОВ»

Томащук Т. Е.¹, Малюкевич Л. И.², Романчук С. И.³

Гродненский государственный медицинский университет¹, Гродно, Беларусь

²1134 Военный клинический медицинский центр ВСРБ, Гродно, Беларусь

³Городская клиническая больница № 3 г. Гродно, Гродно, Беларусь

Актуальность. Диагностические критерии соматоформных расстройств, представленные в DSM-V и МКБ-10, включают их ключевые особенности. Одна из таких особенностей – необъяснимые соматические жалобы. Однако

кажется очевидным, что инструмент оценки клинических проявлений при соматоформных расстройствах требует более сложного подхода, чем просто подсчет соматических симптомов пациента. Во многих случаях необходимо учитывать более широкий спектр проявлений. Эти проявления включают когнитивные и поведенческие аспекты, такие как взгляды на здоровье пациентов, атрибуции, сенсбилизацию к ощущениям в теле, неоднократное обращение за помощью, недоверие к медицинскому лечению, прием ненужных лекарств и другие.

Группой немецких психиатров (D. Wedekind et al.) в 2007 г. разработан опросник «Перечень показателей для соматоформных синдромов» (The quantification inventory for somatoform syndromes – QUISS), который учитывает не только соматические жалобы, но и различные когнитивные и поведенческие области, связанные с расстройством [6].

Оценка диагностических свойств «Перечня показателей для соматоформных синдромов» и его модификация проводились на основе метрической системы Раша (MCP). Метрическая система Раша позволяет разрабатывать не зависящие от особенностей популяции равноинтервальные психометрические шкалы, имеющие научно обоснованные критерии интерпретации [1, 2].

Цель исследования – анализ факторной структуры опросника «Перечень показателей для соматоформных синдромов» с определением научно обоснованных критериев интерпретации выделенных шкал.

Методы исследования. Исследование проводилось в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия – Наркология» на базе отделения пограничных состояний в учреждении здравоохранения «Городская клиническая больница № 3 г. Гродно» на базе психоневрологического отделения. Группа исследуемых состояла из 227 пациентов с диагнозами невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, депрессивных расстройств с соматическими симптомами. В нее вошли 52 мужчины и 175 женщин в возрасте от 18 до 55 лет.

Пациентам предлагалось ответить на 18 вопросов. Каждый из вопросов оценивается по пятибалльной шкале (от 0 до 4), где 0 соответствует ответ «нет», 4 – «очень сильно», «постоянно», «абсолютно верно», в зависимости от содержания вопроса. Первый вопрос отражает глобальную оценку общего состояния здоровья. Второй вопрос включает список из 41 соматического симптома. Пациенту надо отметить те симптомы, которые беспокоили его в течение последней недели. Их может быть несколько. При обработке данных соматические симптомы подсчитываются и делятся на группы (кардиопульмональные, болевые, псевдоневрологические и др.). Результаты переводятся в пятибалльную шкалу. Оставшиеся 16 вопросов о том, как выбранные соматические симптомы беспокоили пациента и влияли на его качество жизни, мышление, поведение и функционирование.

Для анализа психометрических характеристик опросника «Перечень показателей для соматоформных синдромов» использовалась метрическая система Раша. Были проведены все технические этапы итерационного анализа и моделирования шкалы: оценка конструктивной валидности каждого пункта опросника, факторный анализ нормализованных остатков, оценка надежности и дискриминативности, разработка критериев интерпретации [2, 4, 7]. Критерии интерпретации разрабатывались с помощью индекса минимальных значимых различий с использованием одностороннего Z-критерия для 95 вероятности ($MDC_{95\%}$) и индивидуальной ошибки измерения (SEM) для каждой логитной меры шкалы [2, 3, 5, 7].

Результаты и их обсуждение. По результатам исследования установлено, что вопрос № 16: «У Вас было чувство, что Вас не воспринимают всерьез другие в течение прошлой недели?», имел низкие показатели конструктивной валидности, поэтому был исключен из опросника [7].

Оставшиеся 17 вопросов, входящие в опросник «Перечень показателей для соматоформных синдромов», обладали удовлетворительными психометрическими свойствами.

Согласно факторному анализу нормализованных остатков методом главных компонент, структура опросника неоднородна, в нем можно выделить 2 шкалы. В шкалу соматического неблагополучия вошли 9 вопросов и показатель количества соматических симптомов из вопроса 2. В шкалу когнитивных искажений вошли 7 вопросов и показатель количества групп соматических симптомов из вопроса 2.

Все пункты шкалы когнитивных искажений имели высокие показатели конструктивной валидности, индексы качества UMS и WMS находились в приемлемом диапазоне для клинических рейтинговых шкал (0,6-1,4) [3].

Шкала когнитивных искажений модифицированного опросника полностью соответствуют условию одномерности (собственное число первого фактора не превышает значение, равное 2) [3], характеризуется высокой надежностью и дискриминативностью.

После определения статистически значимых различий между мерами выраженности когнитивных искажений весь диапазон мер шкалы и соответствующих им суммарных оценок был разделен на метрические уровни. Для каждого уровня установлены пороговые суммарные оценки в баллах и критерии интерпретации.

В таблице 1 отражены критерии определения статистических уровней выраженности когнитивных искажений, соответствующие этим уровням баллы, меры в логитах и клинические степени тяжести.

В шкалу когнитивных искажений вошли 8 показателей, максимально возможное количество баллов по этой шкале 32 балла. Меры выраженности когнитивных искажений для каждой суммарной оценки по шкале распределились от -4,4705 до 4,2274 логита. Согласно результатам калибровочного анализа, в шкале 2 выделены 5 статистически значимых

уровней выраженности когнитивных искажений (табл. 1). Два из них относятся к среднему и высокому уровню, один к низкому уровню выраженности когнитивных искажений.

Таблица 1. – Критерии определения уровней выраженности когнитивных искажений по шкале 2 модифицированного опросника «Перечень показателей для соматоформных синдромов»

№	Уровни выраженности симптомов		Логиты	Баллы
	статистические	клинические		
1.	Низкий	легкая степень тяжести	-4,4705 – -1,4212	0-6
2.	Ниже среднего	умеренная степень тяжести	-1,2420 – -0,4349	7-13
3.	Средний		-0,3260-0,3984	14-21
4.	Повышенный	тяжелая степень	0,5159-1,3198	22-27
5.	Высокий		1,5633-4,2274	28-32

Интерпретация уровней основана на законах интерпретации шкал, созданных на основе МСР. «Первый уровень соответствует минимальной степени выраженности конструкта, так как все оценки данного уровня статистически не отличаются от нулевой. Последний уровень соответствует максимальной степени выраженности психологического конструкта. Уровень, содержащий нулевой логит, соответствует средней степени выраженности. Остальные уровни занимают промежуточное положение и интерпретируются соответственно изменениям по уровню выраженности в логитах» [3].

Для каждой суммарной оценки методики рассчитаны динамические критерии оценки минимальных клинически значимых изменений в выраженности когнитивных искажений при повторных обследованиях. Установлено, что данные критерии имеют неодинаковые значения и варьируют от 5 до 8 баллов (табл. 2).

Таблица 2. – Критерии оценки минимальных клинически значимых изменений в выраженности когнитивных искажений

№	Общая сумма баллов по шкале	Статистически отличающийся шаг, баллы
1.	0	7
2.	1	5
3.	2-5	6
4.	6-8	7
5.	9-17	8
6.	18-21	7

7.	22-25	6
8.	26	5
9.	27-32	

Согласно данным таблицы 2, для суммарной оценки по шкале, равной 20 баллов, алгоритм на основе МСР с помощью МДС позволил установить статистически отличающийся шаг, равный суммарной оценке 7 баллов. Это означает, что если при первом обследовании полученный результат составил 20 баллов, то клинически значимое увеличение выраженности когнитивных искажений наблюдается только в том случае, когда при втором обследовании пациент набирает 27 баллов и больше. Клинически значимое уменьшение выраженности когнитивных искажений наблюдается, когда при втором обследовании пациент набирает 13 баллов и меньше.

При анализе критериев минимальных клинически значимых изменений видно, что шкала имеет ограничения по высоким и низким суммарным оценкам. Это 27-32 балла и 0-7 баллов. При суммарной оценке в 27-32 балла определить статистически значимые различия можно только в сторону уменьшения симптомов, так как данные суммарные оценки метрически не отличаются от оценки в 26 баллов (статистически отличающийся шаг равен 5, табл. 2).

Такое же условие присутствует и для суммарных оценок 0-7 баллов. Для них критерий минимальных значимых различий также односторонний и оценивает изменения только в сторону увеличения выраженности когнитивных искажений.

Выводы. Таким образом, в результате проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

Опросник «Перечень показателей для соматоформных синдромов» имеет две шкалы, шкалу соматического неблагополучия и когнитивных искажений.

Все диагностические пункты шкалы когнитивных искажений имеют высокие значения индексов качества UMS и WMS, что обуславливает их высокую конструктивную валидность.

Шкала характеризуется высокой надежностью и дискриминативностью. Способна дифференцировать 5 метрических уровней выраженности симптомов. Обладает высокой чувствительностью к выявлению средней и тяжелой степени выраженности когнитивных искажений, так как способна дифференцировать по 2 метрических уровня в каждой степени тяжести.

Разработаны точные критерии оценки клинически значимых изменений выраженности симптомов, которые варьируют от 5 до 7 баллов.

Литература

1. Ассанович, М. А. Методологические подходы к научному измерению в клинической психодиагностике / М. А. Ассанович. – Минск: Новое знание, 2017.– С. 224.

2. Ассанович, М. А. Методология и прикладные аспекты метрической системы Раша в клинической психодиагностике : монография / М. А. Ассанович. – Гродно : ГрГМУ, 2018. – С. 428.

3. Ассанович, М. В. Психометрические характеристики и диагностические критерии 5-пунктовой шкалы оценки выраженности негативных симптомов (NSA-5 – Negative Symptoms Assessment-5) при шизофрении / М. В. Ассанович // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2020. – Т. 1. – С. 83–92.

4. Boone, W. J. Rasch analysis for instrument development: why, when, and how? / W. J. Boone / CBE life sciences education, 2016. – Vol. 5, № – P. 41-47.

5. Rai, S. K. Approaches for estimating minimal clinically important differences in systemic lupus erythematosus / S. K. Rai, J. Yazdany, P. R. Fortin, A. Avica-Zubieta // Arthritis research & therapy. – 201 – Vol.17, №1. – P. 143–151.

6. Wedekind, D. The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): a novel instrument for the assessment of severity / D. Wedekind, B. Bandelow, E. Fentzahn, P. Trümper, E. Rüther // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. – 2007. – № 257. – P. 153–163.

7. Wright, A. Clinimetrics corner: a closer look at the minimal clinically important difference (MCID) / A. Wright, J. Hannon, E. J. Hegedus, A. E. Kavchak // Journal of Manual and Manipulative Therapy. – 2012. – №20. – P. 160-6.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ПСИХОЗАМИ

**Хвостова И. И.¹, Докукина Т. В.², Ткаченко О. В.³, Зубовская Е. Т.³,
Мисюк Н. Н.²**

Белорусский государственный медицинский университет»¹, Минск, Беларусь,

Республиканский научно-практический центр психического здоровья»²,

Минск, Беларусь,

Республиканский научно-практический центр «Мать и дитя»³,

Минск, Беларусь

Актуальность. Уязвимость женщины для психических расстройств в послеродовом периоде значительно выше в сравнении с любым другим периодом ее жизни [1,2]. Однако нейробиологические основы послеродовых психозов

(далее – ПП) остаются малоизученными. Одна из гипотез их развития – предположение о нарушениях в процессах миелинизации, опосредованных дисфункцией иммунной системы [3, 4]. Прояснение этиологии, патогенетических механизмов ПП имеет значение в связи с теми серьезными

последствиями и ущербом, который они могут нанести как здоровью матери, так и новорожденному.

Цель – изучение и сравнение преморбидных характеристик, клинических особенностей и показателей клеточного и гуморального иммунитета у женщин с послеродовым психозом с целью оптимизации оказания им медицинской помощи.

Методы исследования. В открытое поперечное исследование с целью изучения и сравнения преморбидных характеристик, клинических особенностей и показателей клеточного и гуморального иммунитета были включены 23 пациентки с ПП (основная группа) и 65 пациенток с первым в жизни психотическим эпизодом (группа сравнения). Включению пациенток в исследование предшествовало получение информированного согласия. Критериями исключения из исследования были отказ от участия в исследовании, острые инфекционные заболевания в период стационарного лечения (совпадающие по времени с психотической симптоматикой), органические психические расстройства, выявленные до настоящего эпизода. В качестве методов исследования использовались клинико-психопатологический, клинико-биографический метод, метод инструментальных и лабораторных исследований. Для оценки тяжести симптомов использована шкала общего клинического впечатления (CGIS). Методом проточной цитофлуориметрии были определены относительное и абсолютное содержание субпопуляций Т и В-лимфоцитов, Т-хелперов, цитотоксических Т-лимфоцитов, естественных киллеров, рассчитан иммунорегуляторный индекс. Статистическая обработка данных проводилась с помощью вычисления параметров описательной статистики, коэффициента ранговой корреляции Спирмена и Хи-квадрат критерия для распределения 2×2 для установления взаимосвязи, U-критерия Манна-Уитни и дисперсионного анализа Краскела-Уоллиса для независимых выборок для выявления различий.

Результаты и их обсуждение. Средний возраст пациенток основной группы составил $29,9 \pm 4,8$ года, группы сравнения – $30,7 \pm 7,7$ года. У женщин основной группы чаще, чем в группе сравнения, встречалась отягощенность семейного анамнеза психическими заболеваниями (43,4 и 23%, соответственно, $p < 0,01$).

В группе пациенток с ПП и в группе сравнения соматические заболевания, перенесенные в течение года до наступления психического расстройства, встречались с незначительной разницей в частоте – 10 (43,4%) и 27 (41,5%) случаев, соответственно, ($p > 0,05$). Однако структура соматических заболеваний в группах отличалась: в основной группе чаще встречались заболевания нервной и эндокринной систем ($p < 0,05$), а пациентки группы сравнения чаще переносили Covid-19 ($p < 0,001$).

ПП чаще наступал после первых родов (14 случаев, 61%), в 6 случаях (26%) ПП развивался после вторых родов и у 3 женщин (13%) – после третьих. Количество беременностей у женщин в изученной выборке часто не совпадало

с количеством родов, так как у 10 (43,4%) женщин с ПП в акушерском анамнезе имелось прерывание беременности. Таким образом, наиболее часто ПП наступал после второй беременности (10 случаев, 43,4%), в 7 случаях (30%) женщина переносила ПП после первой беременности, в 4 (17%) – после третьей и в 2 – после четвертой и пятой беременности (по 4%).

У большинства женщин с ПП беременность протекала с осложнениями (15 пациенток, 65%): в 7 случаях (30%) это были осложнения со стороны плода, в 8 случаях (35%) – со стороны матери. Осложнения в родах встречались реже (8 пациенток, 35%): в 4 случаях (17,5%) они касались матери и в 4 – ребенка (17,5 %).

У пациенток с ПП значительно чаще, чем в группе сравнения, отмечалось кратковременное течение психоза: у 5 (22%) пациенток общая длительность расстройств не превышала 30 суток, в то время как среди пациенток с первичными психозами столь кратковременные расстройства встречались гораздо реже – 3 случая (5%) ($p < 0,001$). У 30 (46%) пациенток группы сравнения и у 7 (31%) пациенток основной группы полная редукция симптоматики приходилась на период между 30 и 60 днем от появления первых симптомов психического расстройства ($p < 0,05$). При этом основная группа и группа сравнения не отличались достоверно по числу случаев, когда симптомы заболевания сохранялись свыше 60 суток (47 и 49%, соответственно, $p > 0,05$). При сравнительной оценке ведущего клинического синдрома в группах установлено, что в структуре ПП наиболее часто присутствовал аффективный синдром (9 случаев, 39%), в то время как контрольной группе наиболее часто встречался параноидный синдром (30 случаев, 46%), ($p < 0,05$).

При анализе показателей иммунограммы выявлены статистически значимые различия в иммунном статусе пациенток основной группы и группы сравнения. У пациенток с ПП выявлено значимо более высокое относительное содержание Т-лимфоцитов по сравнению с пациентками с первым в жизни психотическим эпизодом – 80,4 [78,1; 83,7]% и 74,6 [70,9; 80,4]%, соответственно ($U=385$, $p=0,004$), и значимо более низкое относительное и абсолютное содержание В-лимфоцитов – 7,55 [4,7; 9,2]% и 0,1 [0,07; 0,15]×10⁹/л по сравнению с 9,6 [7,2; 12,1]% и 0,15 [0,1; 0,2]×10⁹/л, соответственно ($U=413$, $p=0,005$ и $U=435$, $p=0,01$).

В группе женщин с ПП статистически значимые различия в показателях иммунограммы отмечены между подгруппами женщин, имевших осложнения во время беременности со стороны плода, и женщин, чья беременность протекала без таких осложнений. У первых чаще встречались отклонения от нормального уровня абсолютного и относительного содержания В-лимфоцитов ($U=5$; $p=0,002$) и натуральных киллерных клеток ($U=10$, $p=0,01$). По результатам корреляционного анализа среди пациенток с ПП выявлены статистически значимые умеренные прямые взаимосвязи между тяжестью психического расстройства на 20-й день пребывания в психиатрическом стационаре и отклонениями от нормальных показателей содержания

цитотоксических Т-лимфоцитов ($R=0,5$, $p<0,05$), иммунорегуляторного индекса ($R=0,698$, $p<0,001$). У пациенток с более тяжелым протеканием ПП чаще регистрировались отклонения от нормы в таких показателях иммунограммы, как цитотоксические Т-лимфоциты и иммунорегуляторный индекс.

Выводы. ПП чаще наступали после первых родов (61%), наиболее часто – после второй беременности (43,4%) у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (56,5%) и осложненным течением настоящей беременности (65%) и родов (35%). Пациентки с ПП чаще переносили заболевания нервной и эндокринной системы ($p<0,05$) в течение года, предшествующего психическому расстройству.

Кратковременное течение психоза значительно чаще встречалось у пациенток с ПП (22%), чем в группе сравнения (5%), ($p<0,001$). В клинической картине ПП наиболее часто встречался аффективный синдром (39%), в то время как для первичных психозов был более характерен параноидный синдром (46%), ($p<0,05$).

У пациенток обеих исследуемых групп отмечено некоторое угнетение как клеточного, так и гуморального иммунитета. При этом для женщин с ПП характерно более высокое относительное содержание Т-лимфоцитов по сравнению с пациентками с первым в жизни психотическим эпизодом ($U=385$, $p=0,004$), и более низкое относительное и абсолютное содержание В-лимфоцитов ($U=413$, $p<0,01$; $U=435$, $p=0,01$). У пациенток с более тяжелым течением ПП чаще регистрировались отклонения от нормальных уровней цитотоксических Т-лимфоцитов ($U=275$, $p<0,05$) и иммунорегуляторного индекса ($R=0,698$, $p<0,001$).

Частота присутствия в личном анамнезе женщин с ПП заболеваний нервной и эндокринной системы, а также некоторое угнетение гуморального звена иммунитета и его связь с тяжестью течения ПП могут свидетельствовать в пользу активного участия иммунной дисрегуляции в генезе тяжелых психических расстройств послеродового периода.

Литература

1. Munk-Olsen T., Maegbaek M. L., Johannsen B. M. et al. Perinatal psychiatric episodes: a population-based study on treatment incidence and prevalence // *Transl. Psychiatry*. 2016. Vol.6, № 10. e. 919.
2. Langan M. J., Mclean G., Cantwell R., Smith D. J. Admission to psychiatric hospital in the early and late postpartum periods: Scottish national linkage study // *BMJ Open*. 2016. Vol.6. e 008758.
3. Dazzan P., Fuste M., Davise V. Do defective immune system-mediated myelination processes increase postpartum psychosis risk? // *Trends Mol. Med*. 2018. Vol. 24, № 11. P. 942 – 949.
4. Kumar M. M. Immune system aberrations in postpartum psychosis: an immunophenotyping study from a tertiary care neuropsychiatric hospital in India // *J. Neuroimmunol*. 2017. Vol. 310. P. 8 – 13. [PubMed: 28778450].

СЕМЕЙНОЕ ПРЕДАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

Ходжаев А. В., Каминская Ю. М., Григорьева И. В.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Актуальность. Согласно данным мировой статистики, ежегодно на аборт решаются около 55 млн женщин, что составляет 21,0% от общего количества беременностей. В Республике Беларусь количество случаев искусственного прерывания беременности насчитывает около 25 тысяч в год. Аборты сопряжены с медико-социальными и этическими вопросами. Кроме того, искусственное прерывание беременности может негативно влиять на репродуктивное здоровье женщин, приводить к возникновению гинекологических заболеваний и бесплодию. В связи с демографической ситуацией в Республике Беларусь одна из важных задач – повышение рождаемости. В комплексе мероприятий по повышению рождаемости одно из ключевых мест занимает профилактика абортов.

Цель – описание семейного предабортного консультирования как метода, направленного на профилактику абортов.

Методы исследования. Поиск информации в литературных источниках, интернет-ресурсах. Демонстрация предварительных данных по проведенным предабортным консультациям за 9 месяцев 2022 г.

Результаты и их обсуждение. Согласно статье 27 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении» (в редакции от 11.12.2020): «Женщине предоставляется право самостоятельно решать вопрос о материнстве. В организациях здравоохранения созданы условия и обеспечено проведение предабортного психологического консультирования женщин, обратившихся за проведением искусственного прерывания беременности. Женщина, обратившаяся за проведением искусственного прерывания беременности, вправе определить членов семьи, в отношении которых может проводиться предабортное психологическое консультирование».

Семейное предабортное консультирование – это квалифицированная психотерапевтическая/психологическая помощь беременной женщине и членам ее семьи, оказавшимся перед трудным выбором, которая основана на совместном разборе мотивов прерывания и сохранения беременности, анализе личностных и средовых ресурсов беременности, выявлении проблемных зон в данной ситуации с использованием функционального ресурса всей семейной системы.

Основные задачи семейного предабортного консультирования:

1. Повысить уровень осведомленности по вопросам оказания психологической и медицинской помощи в ситуации репродуктивного выбора.
2. Оказать помощь в адекватной оценке текущей жизненной ситуации.
3. Установить истинные мотивы прерывания или сохранения беременности.

4. Провести анализ и обозначить внешние и внутренние ресурсы, определяющие ценность ребенка и готовность к материнству (отцовству).
5. Оказать помощь в определении конструктивных решений, направленных на возможное сохранение беременности.
6. Предоставить информацию о существующих выплатах (пособиях).
7. Провести консультирование по оптимизации семейной ситуации.
8. Оказать помощь при возникновении психических и поведенческих расстройств.
9. Провести информирование о последствиях искусственного прерывания беременности.

В Республике Беларусь проведение предабортного консультирования и семейного предабортного консультирования регламентировано приказами Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.08.2016 № 719 «О некоторых вопросах проведения предабортного психологического консультирования» и от 09.11.2021 № 1409 «О проведении семейного предабортного консультирования».

Оценка эффективности проведения любого предабортного консультирования заключается в оценке доли решивших сохранить беременность после получения консультирования. Данные разных исследований колеблются в пределах от 7 до 30%, однако большинство исследователей склоняются к такому показателю, как 10% от общего количества обратившихся за прерыванием и получивших предабортное консультирование. При этом надо помнить, что даже одна спасенная жизнь важна. Анализ эффективности проведения предабортного консультирования в Беларуси, в том числе семейного, будет представлен позднее по результатам работы за 2022 г. Вместе с тем главными внештатными специалистами по психологии предоставлены предварительные данные по количеству проведенного предабортного консультирования, в том числе семейного, по регионам (таблица).

Таблица – Предварительные данные предабортного консультирования за 9 месяцев 2022 г.

Область	Проведено	
	предабортных консультирований	из них семейных предабортных консультирований
Брестская	1265	55
Витебская	789	80
Гомельская	1703	361
Гродненская	100	53
г. Минск	1076	101
Минская	611	нет информации
Могилевская	1467	17

Небольшой процент семейного консультирования в общем количестве преабортного консультирования может быть связан с неготовностью женщины привлекать членов семьи, исходно низкой ее мотивацией (отсутствием мотивации), а также недостаточной информированностью женщин о ее праве на семейное консультирование и др.

Выводы:

1. Семейное преабортное консультирование выступает важным направлением психологической работы, в котором врач-психотерапевт/психолог не уговаривает женщину отказаться от искусственного прерывания беременности, а помогает увидеть новый выбор: взвесить все, учитывая личные, семейные и государственные ресурсы. Привлечение других членов семьи в процессе консультирования позволяет подключить ресурсы всей семьи для принятия взвешенного решения по вопросу сохранения или прерывания беременности.

2. Необходимо усилить работу по мотивации к рождению детей, информированию женщин, оказавшихся в ситуации репродуктивного выбора, об их праве привлекать к решению членов семьи в рамках семейного преабортного консультирования.

Литература

1. Добряков, И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. – СПб.: Питер, 2010. – 234с.

2. Дрозд, О. А. Преабортное консультирование: психологическая помощь или давление [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://elib.bsu.by/handle/123456789/249955>. – Дата доступа: 23.06.2021.

3. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП (редакция от 11.12.2020). Глава 4. Статья 27. Искусственное прерывание беременности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://pravo.by/document/?guid=3871&p0=v19302435>. – Дата доступа: 11.10.2021.

4. Куценко, О. С. Аборт или Рождение? Две чаши весов / Пособие для психологов и других специалистов, работающих с женщиной и ее семьей в ситуации репродуктивного выбора / О. С. Куценко. – СПб: 3 переиздание, 2021. – 425 с.

5. Психологическое доабортное консультирование. Методические рекомендации. – Москва: «Центр общественных инициатив», 2009. – 70 с.

6. Психологическое консультирование женщин по вопросам сохранения беременности: методические рекомендации / Сост. С. А. Безрукова. – Пенза: КотОМ, 2017. – 88 с.

7. Психологическое консультирование женщин, планирующих искусственное прерывание беременности. Методическое письмо [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://www.minzdrav29.ru/health/normativnyye-pravovyye-dokumenty/klinical_protokols. – Дата доступа: 28.09.2021.

СОЦИАЛЬНЫЕ МИШЕНИ ТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Шевцов А. Ю¹, Шевцова Ю. Б²

*Клиническая больница № 85 ФМБА России¹,
ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ»²*

Актуальность. *Актуальность* работы определяется сущностной целью оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология», которую можно сформулировать как максимально полное восстановление физического и психического здоровья и улучшение социальных характеристик: социальной адаптации и социального функционирования.

Цель исследования – выявить взаимосвязи нарушений в социальной сфере с проявлениями синдрома зависимости от алкоголя и другими клиническими факторами, предложить на этой основе комплексные подходы к лечению с учетом улучшения социальной адаптации и социального функционирования.

Методы исследования – клинико-anamnestический и катамнестический с акцентом на вопросах социальной сферы, клинико-психопатологический, статистический.

Результаты и их обсуждение. *Научная парадигма.* Синдром зависимости от алкоголя, а также связанные с ним нарушения аффективной сферы и психоорганические расстройства приводят к нарушениям психической адаптации – приспособления к рутинным требованиям жизни, а также к ее изменениям. Болезненные процессы воздействуют на основополагающие функции центральной нервной системы, необходимые для жизнеобеспечения самого человека и его ближайшего окружения. В процессе текущего наркологического заболевания деформируются такие важнейшие функции системы высшей нервной деятельности, как восприятие поступающей информации, ее обработка и анализ, формирование стратегических целей и тактических задач, устойчивость стремления к достижению необходимых результатов, апперцепция достигнутых результатов, интроспекция собственных психических процессов. Теряется гибкость жизненных тактик, паттерны реагирования приобретают ригидность, страдают или утрачиваются возможности изменения стратегии поведения при недостижении значимых целей.

Перечисленные изменения высшей нервной деятельности (нарушения психической адаптации) неблагоприятным образом сказываются на поведении человека с наркологическим расстройством. Вслед за психической дезадаптацией закономерно травмируется адаптация социальная. Это выражается в нарушении или разрушении таких областей социального функционирования, как трудоспособность, производственные отношения, стабильная семейная жизнь, воспитание детей, дружеские отношения, увлечения и интересы.

Дизайн исследования. Изучалась взаимосвязь первого и последнего звена из описанной выше цепочки, а именно – корреляции некоторых параметров алкогольной зависимости и социального функционирования.

Проведено обследование 400 пациентов с алкоголизмом. Карта, разработанная для задач исследования, включала 287 позиций, которые затрагивали клинические закономерности становления и развития алкогольной зависимости, коморбидной психической патологии пограничного уровня, социальные характеристики (трудовая деятельность или профессиональное обучение, семейная жизнь и воспитание детей, дружеские отношения, интересы и увлечения), проявления агрессивного поведения. Оценка результатов комплексной терапии проводилась в группе исследования и в контрольной группе по истечении 12 и 18 месяцев.

Результаты исследования. Обнаружено, что нарушение социального функционирования и степень его выраженности у пациентов с зависимостью от алкоголя связаны с клинической картиной синдрома зависимости и его прогрессивностью, особенностями личности, коморбидной патологией. С высокой степенью достоверности установлено, что пациенты с алкоголизмом с коморбидной личностной патологией реже сохраняли свои семьи, хуже обеспечивали близких и себя в материальном плане, чаще уклонялись от обязанностей на работе или в учебе, отличались более высокой агрессивностью. Выявлено, что чем более спокойной и стабильной была обстановка в нуклеарной семье пациентов, тем реже они проявляли агрессивные тенденции и имели меньшие нарушения социального функционирования в последующем, при развитии алкоголизма. Негативное влияние на социальную адаптацию оказывало наличие остаточных явлений органического поражения головного мозга (перинатального, травматического и/или интоксикационного генеза). При значительной степени выраженности влечения к алкоголю и высокой прогрессивности заболевания нарушения в семейной и производственной сферах выявлялись достоверно чаще, чем при меньшей выраженности патологического влечения и более медленном течении алкоголизма. Весьма тесной оказалась связь социальных характеристик с изменениями личности, являвшимися прямым следствием алкогольной зависимости. Обнаружилась достоверная положительная корреляция между социальной дезадаптацией и заострением преморбидных особенностей личности, а также с развитием в рамках основного заболевания аффективных, психопатоподобных или неврозоподобных расстройств. Выраженность алкогольной деградации также коррелировала с нарушением социальных характеристик обследованных, причем данная корреляция была «зеркальной».

В рамках исследования разработаны и апробированы комплексные терапевтические схемы, позволявшие повысить социальную адаптацию пациентов. Положительный эффект давало своевременное применение лекарственных средств, купирующих патологическое влечение к алкоголю,

смягчающих аффективные и поведенческие расстройства, медикаментозных средств и методов восстановительной терапии.

В схемы комплексной терапии обязательно включался ряд психотерапевтических методик из перечисленных в Клинических рекомендациях «Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ. Синдром зависимости от психоактивных веществ» (2018), которые имели высокие уровни убедительности, достоверности доказательств и сложившейся клинической практики.

При этом мотивирование на трезвый образ жизни и улучшение социального функционирования включалось в цель и задачи психотерапии, фигурировало на каждом втором занятии или консультации.

Мишени психотерапевтического воздействия в соответствии с Клиническими рекомендациями – патологическое влечение к алкоголю, анозогнозия, аддиктивное расщепление личности, дисфункциональные механизмы психологических защит, ауто- и гетероагрессия, искажение когний вследствие дезадаптивных убеждений, экстернальный локус контроля, иждивенческие установки, аффектогенное мышление, нарушение и флуктуация самооценки, дефицит навыков управления эмоциями, отсутствие позитивных коммуникативных навыков.

Кроме психотерапии, проводимой врачами психиатром-наркологом и психотерапевтом, осуществлялись консультации клиническим психологом и консультантом из числа «бывших зависимых», выздоравливающих по программе Анонимных Алкоголиков «12 шагов». Занятия организовывались в индивидуальной, групповой и семейной формах.

Выводы. Поскольку нарушения социального функционирования пациентов с алкоголизмом тесно взаимосвязаны с основными симптомокомплексами синдрома зависимости и коморбидной патологией, применение комплексного подхода, ориентированного (в том числе) на коррекцию социальной дезадаптации, позволяет добиться положительных результатов как в лечении собственно алкогольной зависимости, так и в улучшении социального функционирования. С другой стороны, улучшение жизненных условий пациентов становится дополнительным стимулом к поддержанию трезвого образа жизни.

Дополнительно. Наряду с успешными случаями достижения длительных ремиссий алкогольной зависимости и улучшения социального функционирования пациентов из обеих групп имели место и случаи, когда в амбулаторной программе не удавалось этого добиться. Неблагоприятное развитие событий обуславливалось:

- 1) злокачественным, высоко прогрессирующим течением алкоголизма;
- 2) нарастанием психоорганических расстройств, обусловленных алкоголизацией и черепно-мозговыми травмами;

3) присоединением синдрома зависимости от некоторых лекарственных препаратов;

4) некорректируемым расстройством личности (психопатией) с асоциальными и агрессивными личностными установками.

В таких случаях оказывалось недостаточным использование фармакотерапии, проводимой с целью улучшения здоровья, и психотерапии, основывающейся на вербальных стимулах.

Целесообразным было после активной мотивационной интервенции направление пациентов в реабилитационные отделения и центры – в такую среду, которая бы позволяла им не только принимать участие в беседах об изменении своего мышления и поведения, но и отрабатывать, а также закреплять новые умения и навыки в реальной обстановке с исключением доступа алкогольных напитков на протяжении нескольких месяцев подряд.

Литература

1. Дмитриева Т. Б., Игонин А. Л., Тузикова (Шевцова) Ю. Б. Взаимосвязь между клиническими проявлениями алкоголизма и асоциальным поведением. Журнал «Наркология» № 5, 2005, с. 43-47.

2. Шевцова Ю. Б. Социальные аспекты алкоголизма. Материалы VII научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации психиатрической и наркологической помощи в ФГУЗ ФМБА России», 2007, с.37-41.

3. Игонин А. Л., Клименко Т. В., Шевцова Ю. Б. и др. Психотерапия и реабилитация наркологических больных с различной степенью социальной дезадаптации (пособие для врачей). Изд-во ГНЦССП им. В. П. Сербского, М., 2009, 39 с.

4. Шевцова Ю. Б. Нарушения социального функционирования больных алкоголизмом. Сборник «Социальная психиатрия» выпуск 4, М., 2008, с. 318-331.

5. Игонин А. Л., Шевцова Ю. Б., Баранова О. В. и др. Нарушения социального поведения больных алкоголизмом (характер проявлений, механизмы формирования, возможность коррекции). Российский психиатрический журнал № 1, 2009, с.77-82.

6. Шевцова Ю. Б., Игумнов С. А. Основные психотерапевтические модальности, применяемые у наркологических больных с различной степенью мотивации и социальной адаптации. Журнал «Вопросы наркологии», 2019, № 11 (182), с. 5-24.

7. Шевцова Ю.Б. Социальные аспекты наркологических расстройств и их коррекция в процессе оказания медицинской помощи и реабилитации. Сборник докладов Международной научно-практической конференции «Психиатрия и аддиктология в XXI веке: новые задачи и пути решения» 22-23 сентября 2022 г., под редакцией Цыганкова Б. Д., Московское областное общество психиатров и психиатров-наркологов, 2022, с.122-123.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ

Шемякина С. С.

*Якутский республиканский наркологический диспансер, Якутск,
Республика Саха*

Актуальность. Клиническая эволюция паттернов потребления алкоголя в течение десятилетий в зарубежной научной литературе рассматривается исключительно в национальных эпидемиологических исследованиях, направленных на выработку государственной антиалкогольной политики в рамках глобальной стратегии Всемирной организации здравоохранения по сокращению вредного употребления алкоголя и алкогольной зависимости (АЗ) в популяционных масштабах [1-4]. Исследования такого рода учитывают частотно-количественные индексы в расчете на душу населения, используют отличающиеся методологии и критерии, проводятся в форме анкетирования, что исключает не только сопоставление клинических показателей внутри контингентов лиц с АЗ, но затрудняет, по мнению авторов аналитического обзора 1286 разных источников за 1990-2016 гг., даже самую оценку масштабов наносимого алкоголем вреда населению [5]. Таким образом, естественная эволюция АЗ у больных из якутской этнической популяции с течением десятилетий в контексте изложенных выше проблем остается малоизвестной. Анализ имеющейся в нашем распоряжении клинической информации может дать дополнительный импульс исследованиям в этом направлении, сопоставить прошлый клинический опыт с нынешним, быть полезным как с точки зрения понимания временных трендов, так и для оценки перспектив терапевтических программ.

Цель – разработать подходы к совершенствованию наркологической помощи пациентам с АЗ из якутской этнической популяции с учетом влияния этнокультуральных факторов на клиническое оформление и интенсивность патоморфоза АЗ в Республике Саха (Якутия).

Методы исследования. Материалом исследования служат сведения о пациентах из якутской этнической популяции, лечившихся в разные годы в ГБУ Республики Саха (Якутия) «Якутский республиканский наркологический диспансер», г. Якутск. Основные методы исследования: клинко-психопатологический, клинко-катамнестический, экспериментально – психологический и статистический с учетом международных требований GCP (Good Clinical Practice) Для выборки дифференциальных критериев нозологической и синдромальной диагностики используются исследовательские диагностические критерии V раздела (Психические и поведенческие расстройства) МКБ-10.

Результаты и их обсуждение. В ходе данного исследования проведен анализ выборки, сформированной на «пилотном» этапе и в дальнейшем расширенной до статистически необходимого объема в 160 пациентов. В группу А (Гр. А) входят пациенты из якутской и славянской этнических популяций, лечившиеся в 1987-1991 гг., в группу Б (Гр. Б) – лечившиеся в 2013-2015 гг. (по 80 пациентов со средней стадией АЗ в каждой группе). *Критерии включения:* мужчины из якутской и славянской этнических популяций; АЗ (F10.2). *Критерии исключения:* коморбидная психическая патология; злоупотребление иными психоактивными веществами. Установлены клинические особенности АЗ в разных этнических популяциях (на примере якутской и славянской). Определены основные этнокультуральные особенности клинической картины АЗ среди якутской этнической популяции пациентов, заключающиеся в существенном влиянии на формирование клинической картины (синдром измененной реактивности, синдром психической и физической зависимости) специфического религиозного мировоззрения, а также особенностей психофизиологической адаптации в условиях Крайнего Севера.

Выводы. Проведенное исследование позволяет применить в клинической практике предлагаемые подходы в диагностике, лечении и реабилитации пациентов с АЗ с учетом влияния этнокультуральных факторов. Полученные результаты имеют важное значение для повышения качества оказания наркологической помощи якутской этнической популяции с целью улучшения методов диагностики и профилактики АЗ как социально значимого заболевания.

Литература

1. Devaux M., Sassi F. Alcohol consumption and harmful drinking: trends and social disparities across OECD countries. OECD Health Working Paper No.79 Organization for Economic Co-operation and Development 12-May-2015/. URL: [http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP\(2015\)2&docLanguage=En](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DELSA/HEA/WD/HWP(2015)2&docLanguage=En). (accessed 28.06.2019)
2. Grant B., Dawson D., Stinson F. et al. The 12-Month Prevalence and Trends in DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence. United States, 1991–1992 and 2001–2002. // Alcohol Research & Health. – 2006.–Vol.29.–N2–P.79-91.
3. Moskalewicz J., Osterberg E. Changes in Alcohol Affordability and Availability. Twenty Years of Transitions in Eastern Europe. National Institute for Health and Welfare. Report 13/2016. Helsinki. URL: <http://www.julkari.fi/handle/10024/131245>.– (accessed 28.06.2019).
4. Pärna K., Ringmets I. Alcohol consumption patterns during transition and economic growth in Estonia: Results from the 1996 and 2006 Health Interview Surveys //Open Journal of Preventive Medicine. 2011.–Vol. 1.–No 3. – P.80-87.
5. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. // The Lancet. – 2018. – Vol. 392. – No 10. – P. 1015–1035.

ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИИ) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19

Шемякина С. С.

*Якутский республиканский наркологический диспансер Якутск,
Республика Саха*

Актуальность. Оказание наркологической помощи населению Республики Саха (Якутии) до введения ограничительных мер, обусловленных пандемией, проходило следующим образом: врачи психиатры-наркологи наркологических диспансеров оказывали наркологические услуги в самом наркологическом диспансере (НД) и предоставляли им необходимую помощь (консультирование, медикаментозная терапия, противорецидивная терапия, семейное консультирование и т. д.) в зависимости от состояния зависимых лиц. Нуждающимся в стационарном лечении оказывалось содействие в госпитализации в наркологический стационар. Врачи психиатры-наркологи НД регулярно выезжали в районы для оказания поддержки районным врачам-наркологами и для курирования их деятельности, консультирования пациентов на местах.

Цель – особенности оказания наркологической помощи населению Республики Саха (Якутии) в условиях пандемии COVID-19. Они выражались в следующем:

- в самоизоляции людей на дому;
- в значительном ограничении перемещения людей, закрытию значительного количества предприятий и организаций;
- ограничении движения автотранспорта внутри городов и между районами, запрете проведения массовых мероприятий и т. д.

Все это крайне затруднило оказание наркологической помощи населению и создало следующие проблемы:

1. Лица, зависимые от ПАВ, и члены их семей не могли посещать наркологические учреждения по мере актуализации их проблем.
2. Сотрудники наркологических учреждений не могли посещать места проживания зависимых лиц, зависимых от ПАВ для наблюдения за их состоянием и оказания необходимых услуг на дому.
3. Появились проблемы транспортировки лиц, нуждающихся в стационарном лечении, из регионов в областные НД.
4. Районные врачи психиатры-наркологи и зависимые лица не могли получить своевременную консультативную помощь врачей областных НД.
5. Крайне затруднилось оказание наркологической помощи лицам, которые контактировали с людьми, инфицированными COVID-19, поскольку они находятся в строгой изоляции.

6. Оказалось практически невозможным проведение амбулаторных программ медико-социальной реабилитации для лиц, зависимых от ПАВ, и членов их семей.

7. Запреты на посещения родственниками пациентов в наркологических стационарах, личные встречи родственников пациента с лечащим врачом оказали отрицательное воздействие на лечебный процесс.

8. Ряд лиц, нуждающихся в лечении, сами отказывались от госпитализации из-за боязни заразиться COVID-инфекцией, что могло привести к прогрессированию заболевания и неблагоприятному прогнозу.

9. У многих молодых людей, студентов и школьников образовались многие недели неструктурированного времени, что без должного надзора может привести к разным вариантам аддиктивного поведения.

Методы исследования. Адаптация форм и методов оказания наркологических услуг к имеющейся ситуации ограничительных мер [1] состояла в следующем:

1. Каждый врач психиатр-нарколог НД прикреплялся к определенному количеству зависимых лиц и членов их семей, а районные врачи психиатры-наркологи – к зависимым лицам и членам их семей, проживающих на территории их района. Осуществлялась СМС-рассылка на телефоны данных лиц с информацией о том, что они могут получить необходимую консультацию, в том числе он-лайн, прикрепленных к ним врачей психиатров-наркологов посредством телефонной связи и с использованием мобильных приложений (Instagram, Skype и т. д.).

2. Были созданы мобильные приложения (Instagram, Skype и т. д.) для врачей психиатров-наркологов отдаленных и труднодоступных районов Республики Саха (Якутии) с целью обсуждения тех или иных случаев, связанных с оказанием наркологической помощи и возникающими трудностями.

3. Установлено соглашение с сотрудниками правоохранительных органов и экстренной медицинской помощи об оказании содействия при транспортировке нуждающихся лиц в госпитализации в наркологический стационар.

4. Подписаны соглашения с кризисными центрами для оказания психологической помощи членам семей лиц, зависимых от алкоголя и наркотических веществ и, при необходимости предоставления временного места проживания членам семей, которые испытывают акты эмоционального и физического насилия со стороны агрессивных зависимых лиц – членов семей.

5. Достигнуто соглашение с муниципальными и частными психологическими центрами о проведении онлайн консультирования (бесплатного) зависимым лицам и членам их семей.

6. Значительно упрощен процесс госпитализации лиц, зависимое поведение которых представляет угрозу для их самих и окружения.

7. Путем СМС-информирования зависимым лицам и членам их семей даны номера телефонов (в том числе и круглосуточного), по которым можно получить необходимое консультирование по вопросам зависимости.

8. Зависимым лицам и членам их семей предоставлены номера телефонов (в том числе и круглосуточного) и адресов ближайших аптек, где можно приобрести препараты противорецидивной терапии.

9. Среди зависимых лиц и членов их семей распространены адреса психологических сайтов, где можно получить информацию о нормализации своего психологического состояния в условия изоляции.

Результаты и их обсуждение. В результате проведенных мероприятий значительно облегчен доступ нуждающихся лиц к получению необходимой информации по решению проблем с зависимостью, осуществлению определенного объема профилактической помощи.

При работе с клиентами, имеющими аддиктивные расстройства, в период пандемии проводились следующие профилактические меры:

- КПТ терапия (понимание своих когнитивных ошибок и деструктивных убеждений) – для предотвращения срывов у клиентов.

- Рекомендации психотерапевта по чтению специальной литературы с использованием мобильных приложений (Instagram, Skype и т. д.).

- Психологическая поддержка посредством телефонной связи и с использованием мобильных приложений (Instagram, Skype и т. д.).

- Советы по поиску и нахождению работы в онлайн, участию в бесплатных веб-семинарах.

- Самостоятельные занятия по релаксации, медитативным техникам и йога-терапии.

- Добровольная помощь в составе групп волонтеров.

- Советы по профилактике домашних конфликтов путем налаживания функциональной коммуникации.

- Контроль приема поддерживающих препаратов (продолжительной терапии).

Выводы. *Алгоритм оказания наркологической помощи в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19):*

1. Обеспечена удаленная передача рецептов в аптечную сеть, при необходимости доставка препаратов на дом пациентам.

2. Обеспечена возможность проведения дистанционного консультирования амбулаторных пациентов посредством телефонной связи и с использованием мобильных приложений (Instagram, Skype и т. д.).

3. Обеспечено своевременное информирование пациентов о целесообразности переноса назначенных и/или рекомендованных дат оказания плановой медицинской помощи в амбулаторных условиях; возможности (при необходимости) получения дистанционной консультации врача или организации врачебного осмотра строго по предварительной записи. При осуществлении предварительной записи пациента на плановый амбулаторный

прием проводилась оценка эпидемиологического анамнеза в установленном порядке.

4. Временно ограничена плановая госпитализация на койки круглосуточного и дневного стационара с учетом развития эпидемиологической ситуации, при этом обеспечено оказание неотложной наркологической помощи для категории лиц с острыми состояниями при психических расстройствах и расстройствах поведения, вызванных употреблением психоактивных веществ.

5. Обеспечено строгое соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в подразделениях медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «психиатрия-наркология».

6. Осуществлено информирование граждан об изменениях в оказании медицинской помощи в учреждениях, в т. ч. путем размещения информации на официальных сайтах, в аккаунтах социальных сетей медицинской организации, при обращении граждан в колл-центры медицинских организаций.

7. Для граждан, участвующих в обеспечении непрерывного цикла работы и бесперебойного производства, обеспечено проведение предварительных и периодических медицинских осмотров с участием врача-психиатра-нарколога.

Литература

1. Клименко Т. В., Козлов А. А., Игумнов С. А., Фастовцов Г. А., Зборовский К. Э., Искандаров Р. Р. Наркологические расстройства в эпоху пандемии COVID-19 //Военная медицина. - 2021.- № 1 (58). – С. 94-104.

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ КЛИНИКО- ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Шилова О. В., Шаденко В. Н., Шапаревич А. С.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья,
Минск, Беларусь*

Актуальность. Последние десятилетия, до пандемии COVID-19, изучению распространенности и бремени психических и поведенческих расстройств уделялось много внимания со стороны мирового здравоохранения [1, 2]. По оценкам исследования Института показателей и оценки здоровья, представленном в исследовании «Глобальное бремя болезней», в мире 792 млн (10,7%) чел. жили с психическим расстройством. Около 4% людей страдают тревожными расстройствами, около 3,5% – депрессивными расстройствами [3].

Официальные статистические сборники в Республике Беларусь содержат информацию о численности пациентов с психическими расстройствами (без алкогольного психоза, алкоголизма, наркомании и токсикомании), подлежащих обязательному диспансерному наблюдению в организациях Минздрава

Республики Беларусь. Их число составило в 2018 г. 18 693 чел., или 197,1 на 100 тыс. населения. При этом число непсихотических психических расстройств составило 6490 чел., или 68,4 на 100 тыс. населения. По Гродненской области общее количество подлежащих диспансерному учету в 2018 г. составляло 1283 чел. или 123,2 на 100 тыс. населения, в том числе непсихотических расстройств – 509, или 48,9 на 100 тыс. населения [4].

Эпидемиологические исследования психических расстройств в Республике Беларусь не проводились. Улучшение диагностики и лечения пациентов с аффективными и невротическими психическими расстройствами в современных условиях – сложная и важная организационная задача не только психиатрической помощи, но и системы здравоохранения в целом.

Цель – изучение распространенности депрессивных и невротических расстройств, качества жизни и стрессоустойчивости населения Гродненской области.

Методы исследования. Проведено клинико-эпидемиологическое исследование: открытое полевое социологическое поперечное исследование квотной выборки всех групп населения на основе результатов Переписи населения 2019 г. по квотам с учетом территориального и половозрастного принципа отбора в группу обследуемых с репрезентативностью респондентов по Минску, по областным центрам, большим и малым городам и сельской местности каждой области. Социологическое исследование проводилось последовательно, по Гродненской области (конец 2020-х начало 2021 г.) в том числе. Основные демографические и медицинские данные, а также факторы, связанные с образом жизни, получены из специально разработанной социологической анкеты.

В качестве основы скрининга невротических и депрессивных расстройств использовался Mental International Neuropsychiatric Interview (MINI) – это короткое структурированное диагностическое интервью, разработанное для выявления психических расстройств по МКБ-10 в рамках эпидемиологических исследований. Качество жизни, связанное со здоровьем, оценивалось с применением методики SF-36. Стрессоустойчивость оценивалась при помощи таблицы событий Холмса и Раге.

Анализ данных производился с использованием компьютерной программы Statistica 6.0, калькулятора для расчета величины эффекта. Полученные данные подвергнуты статистическому анализу с учетом их распределения.

Результаты и их обсуждение. В Гродно и Гродненской области в соответствии с квотным распределением были опрошены 199 человек: 101 – мужчины, 98 – женщины (всего по Республике Беларусь опрошены 1200 чел.).

Из опрошенных в г. Гродно курят 53% мужчин и 22% женщин. Один мужчина и трое женщин бросили данную пагубную привычку. Имеют физические нагрузки более 30 минут в день 37% мужчин и 19% женщин.

Нами исследован вопрос о степени и тяжести инфицирования новой коронавирусной инфекцией. Из опрошенных 42% мужчин и 26% женщин

перенесли инфекцию COVID-19, в том числе 5 человек в форме пневмонии (табл. 1).

Таблица 1. – Степень тяжести COVID-19

Рассматриваемые параметры	Количество чел. (мужчины)	%	Количество чел. (женщины)	%
Covid-19 инфекция	8	42	7	26
легкая	5	26	5	19
пневмония	3	16	2	7
тяжелая		0	0	0

По результатам проведения структурированного интервью с использованием MINI среди опрошенных Гродненской области можем отметить следующее: большой депрессивный эпизод выявлен у 21 чел. (11 чел. в г. Гродно и 10 в области). Гипоманиакальные эпизоды отсутствуют, однако отдельные гипоманиакальные симптомы выявлены у 3 чел. (7%), что косвенно свидетельствует о распространенности биполярного аффективного расстройства. Имеются данные по злоупотреблению алкогольными напитками – 20% среди городского населения и 14% в области.

Характеристики качества жизни отражены в таблице 2. На фоне высокого уровня физического функционирования по области ($85,3 \pm 24$) и общего функционирования ($58,3 \pm 22,4$) отмечаются некоторые диспропорции по уровням психического здоровья и психологического компонента здоровья. Так, по области средние показатели уровня качества жизни по психическому здоровью – 62 ± 14 , а по его психологическому компоненту – $28,6 \pm 5,1$. Физический компонент отмечается как высокий – $56,7 \pm 9,1$.

Таблица 2. – Характеристики качества жизни среди опрошенных в Гродненской области

Качество жизни	Физическое функционирование	Общее функционирование	Психическое здоровье	Физический компонент здоровья	Психологический компонент здоровья
Гродно и область	$85,31 \pm 24$	$58,26 \pm 22,36$	$61,98 \pm 14,06$	$56,10 \pm 10,41$	$28,55 \pm 5,11$

Показатели уровня стрессоустойчивости среди участников Гродненской области отражены в таблице 3. Большинство опрошенных демонстрировали уровень стрессоустойчивости, трактуемый как «высокий» и «большой» – около 68%. Суммарно низкий и пороговый уровень стрессоустойчивости вследствие высокой насыщенности жизни стрессовыми событиями выявлен у 32% (низкий – у 6,8%), что свидетельствует о высоком риске развития психических расстройств и обострении соматической патологии у данной категории лиц.

Таблица 3. – Показатели уровней стрессоустойчивости среди опрошенных по Гродненской области и городу (опросник Холмса-Раге)

Место исследования	Низкая	Пороговая	Большая	Высокая
Гродно и область человек (чел., %)	9 (6,87%)	33 (25,2%)	59 (45,04%)	30 (22,9%)

Выводы. Из опрошенных в г. Гродно курят 53% мужчин и 22% женщин. Имеют физические нагрузки более 30 минут в день 37% мужчин и 19% женщин.

На фоне высокого уровня физического функционирования отмечается низкий уровень физического и психического компонентов качества жизни, у женщин более низкий, чем у мужчин. Отмечается высокая распространенность злоупотребления алкоголем и зависимости от алкоголя, достаточно высокая распространенность аффективных (депрессивных и потенциально суицидогенных) расстройств.

Литература

1. The Lancet Commission on Global Mental Health and Sustainable Development [Электронный ресурс]. – 2018. – URL: <https://globalmentalhealthcommission.org/wp-content/uploads/2019/12.htm> (дата обращения 20.11.2021).

2. Качаева, М. А., Шпорт С. В, Трущелёв С. А Стратегические направления деятельности ВОЗ по охране психического здоровья населения // Российский психиатрический журнал. – 2018. - № 6. – С. 10-23.

3. Психические расстройства // Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. – 2019. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> – (дата обращения: ноябрь 2022).

4. Здравоохранение в Республике Беларусь [Электронное издание]: офиц. стат. сб. за 2018 г. – Минск : ГУ РНПЦ МТ, 2019. – 261 с.: табл.

СОДЕРЖАНИЕ

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА В ОБЛАСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ Авдей А. Г.	3
ПРОТИВОПРАВНАЯ АКТИВНОСТЬ У ПОДРОСТКОВ С ХИМИЧЕСКИМИ АДДИКЦИЯМИ Александрова Н. А.	6
ОБ ОПЫТЕ И ПРОБЛЕМНЫХ ВОПРОСАХ В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ АБИТУРИЕНТОВ Бойко С. Л.	9
ПАРАДОКСЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ Букин С. И.	12
ФИТОТЕРАПИЯ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ Василевский С. С., Пирогова Л. А.	15
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С НЕКОТОРЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ Волох Е. В., Копытов А. В., Гиндюк А. В.	19
МЕТОД ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ РАЗВИТИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СВЯЗАННЫХ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ АЛКОГОЛЯ, В УСЛОВИЯХ ПРИЕМНОГО ОТДЕЛЕНИЯ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ Воронец А. В., Букин С. И.	23
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ И ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА: НАУЧНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ Воронко Е. В., Спасюк Т. И.	26
ВЗАИМОСВЯЗЬ ОЦЕНКИ САМОАКТИВАЦИИ С ВОЛЕВОЙ САМОРЕГУЛЯЦИЕЙ ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ ЛИЦ Григорьева И.В., Кононов С. С.	29
ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ (РЕКОНСТРУКТИВНАЯ) ПСИХОТЕРАПИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА Громова Н. В., Подоляк М. В.	33
ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ НОВОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИКО- ПРАВОВОЙ КАТЕГОРИИ – ПСИХИЧЕСКАЯ ТРАВМА Дукорский В. В., Скугаревский О. А., Остьянко Ю. И., Мистюкевич Д. П.	36
ОЦЕНКА ВЗАИМОСВЯЗИ МЕЖДУ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСКАГЕННОЙ РАДИКУЛОПАТИЕЙ Зычков Г. В., Бизюкевич С. В.	39

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	
Ким Д. П., Ашуров З. Ш.	42
ВЛИЯНИЕ РОДИТЕЛЬСКО-ДЕТСКИХ ОТНОШЕНИЙ НА ФОРМИРОВАНИЕ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ.	
Климович Е. А.	45
ПРИМЕНЕНИЕ КАНИСТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ	
Климович Н. А.	48
КОМОРБИДНОСТЬ И АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ	
Копытов А. В.	52
МЕТОД НОРМОКСИЧЕСКОЙ ЛЕЧЕБНОЙ КОМПРЕССИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ	
Копытов Д. А., Скугаревская М. М., Копытов А. В.	56
КРАТКОСРОЧНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	
Королева Е. Г.	60
О КОНСТИТУЦИОНАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЯХ ЖЕНСКОГО АЛКОГОЛИЗМА	
Кулемзина Т. В.	64
КОМОРБИДНОСТЬ ПСОРИАЗА И ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
Маркевич Е. Б.	66
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОК СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОРГАНОВ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ.	
Марковцова О. А.	70
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМОМ И АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 10 ЛЕТ	
Мармыш Д. А., Станько Э. П.	74
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО НАРКОМАНИЯМ И ТОКСИКОМАНИЯМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ И МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2012–2021 гг.	
Мармыш Д. А., Станько Э. П.	77
СМЕРТНОСТЬ ОТ СЛУЧАЙНЫХ ОТРАВЛЕНИЙ АЛКОГОЛЕМ. АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК УМЕРШИХ	
Мармыш Д. А.	80
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ.	
Мармыш Д. А.	83

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (АНАЛИЗ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ)	
Михневич Н. Н., Бизюкевич С. В.	87
ПРОБЛЕМЫ СЕПАРАЦИИ «ВЗРОСЛЫХ» ДЕТЕЙ ОТ «ВЗРОСЛЫХ» РОДИТЕЛЕЙ	
Мойсеёнок Е. Н., Будник Т. А., Станкевич Н. С.	91
ПСИХОДИАГНОСТИКА И КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ, ЗЛУОПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЕМ	
Нартова Т. В., Игумнов С. А., Шуплякова А. В.	94
РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ РЕАБИЛИТАЦИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	
Нартова Т. В., Игумнов С. А., Шуплякова А. В.	97
ИЗУЧЕНИЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ МЕХАНИЗМОВ ГЕНДЕРНЫХ НАРУШЕНИЙ КОГНИТИВНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПАВ	
Нартова Т. В., Николаева А. А., Каймакова В. А.	101
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ПД И СУИЦИДАЛЬНЫМ НЕФАТАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ В АНАМНЕЗЕ	
Нартова Т. В., Козлов К. С.	104
ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Никитина В. Н.	107
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, БУДУЩЕЕ	
Никитина В. Н.	110
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ГРОДНЕНЩИНЫ	
Новик Н. О.	113
ТАНЦЕВАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ МЕТОД БОРЬБЫ С СУБКЛИНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИЕЙ	
Окродзе О. Ю.	117
ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ	
Предко В. А., Кулаков Д. А.	120
ВОСПРИЯТИЕ ПСИХОТЕРАПИИ У ЛЮДЕЙ СТАРШЕ 50 ЛЕТ	
Прецкайло И. Я.	123
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ СНА В ПОСТПАНДЕМИЙНЫЙ ПЕРИОД	
Савицкий И. С.	126

ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВА НА ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПРИ ОГРАНИЧЕНИИ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЛИЦА ВСЛЕДСТВИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА.	
Семёнова С. А., Крайко О. В.	129
ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ	
Скаскевич Н.П.	133
ЗНАЧЕНИЕ СИСТЕМНОГО ПОДХОДА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ	
Сквира И. М., Абрамов Б. Э., Сквира М. И.	137
АНАЛИЗ СЕЗОННЫХ КОЛЕБАНИЙ ЗАВЕРШЕННЫХ СУИЦИДОВ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ В СВЯЗИ С ГЕОКЛИМАТИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ И АДДИКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
Спадерова Н. Н., Мальцева О. Н., Проботюк В. В., Нестерова О. А., Зотов П. Б., Мальцева О. Н., Проботюк В. В., Нестерова О. А.	140
К ВОПРОСУ ОБ ОЦЕНКЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ НАРКОМАНИЙ	
Станько Э. П.	145
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО ПОТРЕБИТЕЛЯ ОПИЙНЫХ НАРКОТИКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	
Станько Э. П.	149
ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
Стрелков О. Г., Цыркунов В. М.	159
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ СТИГМАТИЗАЦИИ В ПСИХИАТРИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Стрижанова Е. В., Купцова А. Н.	161
ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ	
Тименова С. В.¹, Мотуз И. А.²	164
ЗАВИСИМОСТЬ СПОРТИВНОГО МАСТЕРСТВА ОТ ТИПА ТЕМПЕРАМЕНТА	
ФАКТОРНАЯ СТРУКТУРА ОПРОСНИКА «ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ СОМАТОФОРМНЫХ СИНДРОМОВ» И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ШКАЛЫ СОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ	
Томашик Т. Е., Луговская А. А.	169
ПСИХОМЕТРИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ШКАЛЫ КОГНИТИВНЫХ ИСКАЖЕНИЙ ОПРОСНИКА «ПЕРЕЧЕНЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ СОМАТОФОРМНЫХ СИНДРОМОВ»	

Томашик Т. Е., Малюкевич Л. И., Романчук С. И.....	173
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА, КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, ПОКАЗАТЕЛЕЙ КЛЕТОЧНОГО И ГУМОРАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ПСИХОЗАМИ	178
Хвостова И. И., Докукина Т. В., Ткаченко О. В., Зубовская Е. Т., Мисюк Н. Н.	178
СЕМЕЙНОЕ ПРЕДАБОРТНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ	
Ходжаев А. В., Каминская Ю. М., Григорьева И. В.	182
СОЦИАЛЬНЫЕ МИШЕНИ ТЕРАПИИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ	
Шевцов А. Ю., Шевцова Ю. Б.	185
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК МУЖСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ) С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ	
Шемякина С. С.....	189
ОКАЗАНИЕ НАРКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИИ) В УСЛОВИЯХ ПАНДЕМИИ COVID-19	
Шемякина С. С.....	191
ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАНЫМ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ	
Шилова О. В., Шаденко В. Н., Шапаревич А. С.....	194

Научное издание

**«ПСИХИАТРИЯ И НАРКОЛОГИЯ:
ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ, ВЗГЛЯД В БУДУЩЕЕ»**

Сборник материалов
научно-практической конференции с международным
участием, посвящённой 60-летию кафедры психиатрии и наркологии,
40-летию наркологической службы
Гродненской области

22 декабря 2022 г.

Ответственный за выпуск С. Б. Вольф

Компьютерная верстка С. В. Петрушиной, А. А. Хартанович
Ст. корректор Л. С. Засельская

Подписано в печать 06.12.2022
Тираж 9 экз. Заказ 149.

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, Гродно

ISBN 978-985-595-764-6

