

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Гродненский государственный медицинский университет»

**«КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ»**

Областная научно-практическая конференция,
посвящённая 20-летию
медико-психологического факультета УО «ГрГМУ»

Материалы конференции

25 октября 2013 г.

Гродно
ГрГМУ
2013

УДК 616.8+159.9
ББК 88.46я431
К493

Рекомендовано Редакционно-издательским советом УО «ГрГМУ»
(протокол № 10 от 10.09.2013)

Редакционная коллегия:

ректор, проф. В.А. Снежицкий (отв. редактор);
проректор по научной работе, проф. ВВ. Зинчук;
первый проректор, доц. ВВ. Воробьев;
декан медико-психологического факультета
УО «ГрГМУ», проф. Т.М. Шамова.

Рецензенты:

доц., канд. мед. наук М.А. Ассанович;
канд. мед. наук С.Л. Дудук;
доц. канд. мед. наук В.А. Карпюк;
проф., д-р мед наук Н.А. Нечипоренко;
проф., д-р мед. наук Т.М. Шамова;
доц., канд. мед. наук В.И. Шишко.

К493 **Клинико-психологические аспекты медицинской практики :**
материалы областной научно-практической конференции,
посвящённой 20-летию медико-психологического факультета
УО «ГрГМУ», Гродно, 25 октября 2013 г. – Гродно : ГрГМУ, 2013.
– 252 с.
ISBN 978-985-558-282-4.

В материалах статей представлены работы, посвященные актуальным медико-психологическим проблемам в клинической практике по следующим направлениям: психотерапия, психосоматика, неврология, психиатрия и наркология, психология.

Информация будет полезна широкому кругу научных сотрудников, работников сферы охраны психического здоровья и практического здравоохранения.

УДК 616.8+159.9
ББК 88.46я431

ISBN 978-985-558-282-4

©УО «ГрГМУ», 2013

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ГРОДНЕНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Снежицкий В.А., Шамова Т.М., Воронец В.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В современном мире многократно возросла психологическая нагрузка как следствие изменения стереотипа и темпа жизни. Растет количество психосоматических расстройств. Более 30% пациентов соматических стационаров на самом деле страдают психосоматической патологией, 60-80% всех соматических заболеваний обусловлено воздействием психических факторов и преморбидными личностными особенностями. Наблюдается и повышение суицидальной активности населения, рост невротических и депрессивных расстройств во всех возрастных группах, проблемой остается употребление алкоголя и наркотических средств. Растет спрос на психолого-психотерапевтическую и психиатрическую помощь.

В нашей стране психическому здоровью населения и организации специализированной помощи придается большое значение. Государственные приоритеты нашли свое отражение в послании главы государства белорусскому народу и Национальному собранию Республики Беларусь, в законе об оказании психологической помощи (1 июля 2010 года, № 153–З), в законе о психиатрической помощи, принятом Палатой представителей Национального собрания Республики Беларусь в первом чтении, в целом ряде государственных программ: программа комплексных мер противодействия наркомании, незаконному обороту наркотиков и связанными с ними правонарушениями на 2009-2013 гг. (Постановление Совета Министров №1634 от 30.10.2008), комплексный план по профилактике суицидального поведения на 2009-2012 от 05.10.2009, программа национальных действий по предупреждению алкоголизма и пьянства на 2011-2015 гг. (Постановление Совета Министров № 27 от 11.01.2011). Закон о психологической помощи Беларусь приняла первой среди стран СНГ, что еще раз подчеркивает актуальность данной проблемы.

В Указе Президента Республики Беларусь от 22 июля 2010 г. № 378 «Об утверждении приоритетных направлений научно-технической деятельности в Республике Беларусь на 2011–2015 годы» нашли свое отражение и критические технологии, касающиеся психокоррекции, психотерапии и психофармакотерапии в области кардиологии, реабилитации пациентов и инвалидов (пп. 22, 26).

Решение поставленных на государственном уровне задач по формированию здорового образа жизни, борьбе с алкоголизмом, наркоманией, суицидами требует участия квалифицированных специалистов, имеющих качественное образование не только в области медицины, в частности психиатрии, но и глубокое знание психологии человека. Подготовка именно таких специалистов начата в 1993г. на медико-психологическом факультете Гродненского государственного медицинского института.

Необходимо отметить, что учебный план специальности «медико-психологическое дело» существенно отличается от такового по специальности «лечебное дело», прежде всего наличием достаточно объемного блока психологических дисциплин, без знания которых невозможно успешное функционирование врачей-психиатров-наркологов и врачей-психотерапевтов. Значительно глубже изучаются и медицинские специальные дисциплины. Изучение специальных дисциплин с 1-ого курса повышает мотивацию студентов на получение устойчивых и качественных знаний по избранной специальности. Кроме того студенты принимают участие в тренингах и семинарах. При социологическом опросе студентов старшекурсников 88% выразили удовлетворенность выбором профессии и выбором вуза.

Неоднократно на научно-практических форумах различного уровня при проведении социологического опроса организаторов здравоохранения удовлетворенностью подготовкой специалистов отмечался высокий уровень подготовки на медико-психологическом факультете.

В Российской Федерации обучение клинических психологов осуществляется несколько иначе. Несмотря на то, что в большинстве ведущих медицинских вузов открыты факультеты клинической психологии, единого подхода в подготовке кадров

нет. По-прежнему педагогические университеты активно готовят психологов, не имеющих необходимых знаний психотерапии, пограничной психиатрии, расстройств личности и т.д., которые невозможно получить вне стен медицинского вуза. В дальнейшем восполнение этого пробела потребует длительной переподготовки. По оценке врачей, клинические психологи – самые обездоленные специалисты в медицинской профессиональной «семье». Их место и роль в лечебном процессе неясны, прежде всего, самим психологам. Большая часть клинических психологов, придя работать в общеклинические отделения, не знают, чем им заниматься, а врачи не представляют, что им с этими психологами делать.

Время показало правильность избранного нами пути. За истекший период коллективом вуза проделана огромная работа по созданию нормативно-правовой и учебно-методической базы специальности. Специальность «медико-психологическое дело» включена в общегосударственный классификатор специальностей. Утвержден образовательный стандарт уже III поколения. Специальность аккредитована. Факультет трижды аттестован в рамках аттестации вуза.

За 20 лет почти 700 студентов успешно прошли обучение на медико-психологическом факультете и получили дипломы специалистов в области психического здоровья. Традиционно высок спрос на рынке труда на врачей этого профиля. Наши выпускники успешно трудятся во всех регионах Республики Беларусь и за ее пределами.

Большое внимание на факультете уделяется воспитанию личности, выработке активной жизненной позиции будущих медиков. Становлению профессионально-личностной позиции студента, развитию его автономности, самостоятельности способствует деятельность студенческого самоуправления, охватывающая все стороны студенческой жизни. Основным механизмом организации самоуправления факультета является методика коллективной творческой деятельности. Преодолеть проблемы адаптации к изменившимся условиям жизни нашим первокурсникам помогают студенты старших курсов. Традиционно в рамках проекта «равный обучает равного», который стартовал более 10 лет назад, проводятся тренинги

общения. В течение первых 2-х лет обучения наши студенты сопровождаются кураторами из числа старшекурсников. Инициатива студентов реализовалась в социальных проектах «Свет – детям» и «Социально-психологическая реабилитация ветеранов Великой Отечественной войны». Волонтерская деятельность по психологической поддержке пожилых людей, детей с особенностями развития, пациентов с тяжелой соматической патологией стала традиционным направлением работы студенческого самоуправления. Участвуя в реализации молодежных проектов, студенты не только формируют активную жизненную позицию, но и приобретают профессиональные навыки психологической помощи различным категориям пациентов.

В преддверии 20-летнего юбилея при медико-психологическом факультете создан попечительский совет, объединивший организаторов здравоохранения, высшего образования и социальной защиты, отраслевого профсоюза, людей, неравнодушных к дальнейшей судьбе факультета. Надеемся, что при его поддержке мы сможем совершенствовать процесс подготовки специалистов, осуществлять новые социальные проекты.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

**Авдей Г.М., Романчук Э.В., Карева Л.В., Хох К.М.,
Демяшкевич А.Г.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Бронхиальная астма (БА) относится к классическим психосоматическим заболеваниям [5]. В патогенезе таких болезней, как известно, большую роль играют психические факторы, что подтверждается, в частности, данными о возникновении и провоцировании приступов БА при эмоциональной нагрузке и психологическом стрессе [7, 8, 10].

Существуют исследования по изучению особенностей психического состояния больных с БА [5, 9, 11]. Это состояние характеризуется наличием невротических расстройств, патологическими личностными реакциями или патологическим развитием личности. Наиболее часто (47%) изменения психического состояния у пациентов с БА проявляется тревогой, на фоне которой возникают неприятные ощущения, не связанные с дыхательной функцией [5]. Психические нарушения увеличивают тяжесть соматических заболеваний, снижают трудоспособность и качество жизни часто в большей степени, чем болезни внутренних органов [3, 4].

Цель исследования – установить гендерные особенности психоэмоциональных расстройств и внутренней картины болезни у пациентов с БА в зависимости от возраста и степени тяжести заболевания для коррекции лечебно-профилактических мероприятий в комплексной терапии этих больных.

Материал и методы исследования.

Обследовано 30 больных (14 мужчин и 16 женщин) с диагнозом бронхиальная астма в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $42,1 \pm 3,49$ лет), находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом и аллергологическом отделениях Учреждения здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница». Все пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от возраста и степени тяжести заболевания. I группу составили 15 больных (8 женщин и 7 мужчин) в возрасте до 45 лет (средний возраст $27,5 \pm 2,0$) с диагнозом: бронхиальная астма, аллергическая форма, впервые установленная, а II группу – 15 пациентов (9 женщин и 6 мужчин) в возрасте после 45 лет (средний возраст $56,8 \pm 3,15$ лет) с диагнозом: бронхиальная астма, смешанная форма, средней или тяжелой степени тяжести; хроническая обструктивная болезнь легких II степени, эмфизема легких, диффузный пневмосклероз.

Все больные клинически обследованы.

Пациенты I группы жаловались на сухой кашель, одышку при физической нагрузке, эпизоды затрудненного дыхания, чихание, слезотечение, заложенность носа. У этих больных выявлена сенсibilизация к бытовым, пищевым, грибковым, пыльцевым и эпидермальным аллергенам. У большинства

пациентов установлена аллергия на домашнюю пыль, шерсть животных (кошки), цитрусовые, шоколад, полынь. Вентиляционная функция легких у этих больных не нарушена. Содержание общего иммуноглобулина Е (Ig Е) в крови превышало норму примерно в 5 раз и составляло в среднем $503,2 \pm 20,0$ IU/ml. Из сопутствующих заболеваний отмечены: хронический фарингит, хронический тонзиллит, вертеброгенная торакалгия, железодефицитная анемия легкой степени.

Больные II группы предъявляли жалобы на периодически возникающие приступы затрудненного дыхания, сопровождающиеся свистящими хрипами, приступообразным кашлем с мокротой, одышку при ходьбе, физической нагрузке, общую слабость, потливость, быструю утомляемость. У всех пациентов на рентгенограммах легких установлены признаки эмфиземы легких, диффузного пневмосклероза, застойных изменений в легких. У большинства больных изменена вентиляционная функция легких. Имели место начальные или умеренные проявления по рестриктивному типу и легкое или умеренное снижение по обструктивному типу на уровне крупных бронхов. Содержание Ig Е было повышенным и составляло в среднем $402,7 \pm 15,75$ IU/ml. У этих пациентов выявлена масса сопутствующих патологий: ишемическая болезнь сердца, кардиосклероз, артериальная гипертензия, мочекаменная болезнь, желчнокаменная болезнь, хронический ринит, хронический гастрит, сахарный диабет 2 типа, вертеброгенная цервикоторакалгия, ожирение.

Всем пациентам проведено исследование психоэмоционального статуса: использованы шкала астенического состояния (Л.Д. Малковой–Т.Г. Чертовой), экспресс-диагностика личностной склонности к сниженному настроению (В.В. Бойко) и неуправляемой эмоциональной возбудимости (В.В. Бойко), шкала депрессии Бека, опросник для выявления реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберга–Ю.Л. Ханина), вопросник для выявления признаков вегетативных изменений, шкала сонливости Эпфорта [1, 2, 6]. Полученные результаты обрабатывали статистически с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования.

У всех больных вне зависимости от возраста установлены повышенная эмоциональность и импульсивность на фоне сниженного настроения, расстройства сна, связанные с трудностями засыпания (таблица 1). Только у лиц женского пола I группы имели место слабые астенические проявления ($p_1 < 0,05$), легкая депрессия ($p_1 < 0,05$), умеренная ситуативная и личностная тревожность ($p_1 < 0,05$, $p_4 < 0,05$) и выраженная вегетативная симптоматика ($p_1 < 0,05$). У мужчин этой группы зафиксированы легкие вегетативные расстройства ($p_3 < 0,05$), низкая ситуативная тревожность ($p_3 < 0,05$) и умеренная личностная тревога ($p_3 < 0,05$). Как видно, при БА, даже у лиц молодого возраста ведущим эмоциональным состоянием была патологическая тревога (стабильно повышенный уровень личностной тревожности). Наиболее часто отмечались необычная чувствительность, тревожность, возбудимость, эмоциональная изменчивость, обидчивость, впечатлительность.

У пациентов II группы выявлены астено-вегетативные симптомы в виде общей слабости, быстрой утомляемости, потливости, беспокойного сна, снижения работоспособности, неприятных ощущений в виде «ползания мурашек», жжения, пульсации, сдавливания, распираания и пр. в разных частях тела ($p < 0,05$, $p_3 < 0,05$, $p < 0,05$, $p_3 < 0,05$) (таблица 1). Установлены депрессивные расстройства у мужчин и умеренная депрессия у женщин ($p < 0,05$, $p_3 < 0,05$, $p_4 < 0,05$). Имели место более высокие уровни ситуативной и личностной тревожности: умеренный ($p < 0,05$) и выраженный ($p < 0,05$, $p_4 < 0,05$), соответственно.

Таким образом, с утяжелением соматического статуса и нарастанием степени тяжести БА у пациентов, особенно у лиц женского пола, наблюдался рост психоэмоциональных расстройств в виде астено-вегетативных и тревожно-депрессивных проявлений. При исследовании внутренней картины болезни у больных с БА диагностированы следующие типы отношений: у лиц I группы преобладали гармоничный и эйфорический (дополнительно у женщин – тревожный, а у мужчин – анозогностический), у пациентов II – гармоничный (дополнительно у женщин – тревожный и обсессивно-фобический, а у мужчин – эргопатический и эйфорический).

Таблица 1

Показатели психоэмоционального состояния у больных с бронхиальной астмой (в баллах)

Показатели	Больные с БА в возрасте до 45 лет, (M ± m)				Больные с БА в возрасте свыше 45 лет, (M ± m)				p
	Общая группа n = 15	Мужчины n = 8	Женщины n = 7	Общая группа n = 15	Мужчины n = 6	Женщины n = 9			
Астения	47,9 ± 2,0	43,6 ± 1,84	52,7 ± 3,0	56,1 ± 2,12	53,2 ± 2,02	58,0 ± 2,70	p < 0,05, p ₁ < 0,05, p ₃ < 0,05		
Настроение	21,4 ± 1,0	21,8 ± 0,95	21,0 ± 1,03	17,5 ± 1,90	17,0 ± 2,06	17,9 ± 1,73	p ₃ < 0,05		
Эмоции	17,5 ± 1,0	17,6 ± 1,13	17,4 ± 0,95	17,2 ± 1,51	17,2 ± 2,15	17,3 ± 1,04			
Вегетатика	24,8 ± 2,50	16,1 ± 3,02	34,7 ± 2,34	34,9 ± 3,0	31,3 ± 2,33	37,3 ± 3,60	p < 0,05, p ₁ < 0,05, p ₃ < 0,05		
Депрессия	8,7 ± 1,50	5,8 ± 1,42	11,9 ± 2,02	15,5 ± 2,0	13,5 ± 2,21	16,9 ± 2,20	p < 0,05, p ₁ < 0,05, p ₃ < 0,05, p ₄ < 0,05		
Сонливость	5,5 ± 0,90	5,4 ± 1,25	5,9 ± 1,10	7,3 ± 0,90	6,5 ± 1,0	7,9 ± 0,84			
Ситуативная тревожность	27,2 ± 1,50	22,6 ± 2,55	32,4 ± 1,0	32,7 ± 1,30	30,7 ± 2,42	34,0 ± 1,07	p < 0,05, p ₁ < 0,05, p ₃ < 0,05		
Личностная тревожность	41,9 ± 1,60	40,4 ± 2,62	43,7 ± 1,22	48,6 ± 2,0	46,7 ± 1,81	49,9 ± 1,60	p < 0,05, p ₃ < 0,05, p ₄ < 0,05		

Примечание: p – критерий достоверности показателей граф 1 и 4, p₁ – критерий достоверности показателей граф 2 и 3, p₂ – критерий достоверности показателей граф 5 и б, p₃ – критерий достоверности показателей граф 2 и 5, p₄ – критерий достоверности показателей граф 3 и б.

Выводы

1. У всех больных с БА установлены психоэмоциональные расстройства в виде астено-депрессивных и тревожных переживаний, сниженного настроения, эмоциональной импульсивности, вегетативной симптоматики. Более выраженные психоэмоциональные расстройства были присущи пациентам с БА смешанной формы, средней и тяжелой степени тяжести (II группы) и женщинам обеих групп.

2. У всех больных с БА диагностирован гармоничный тип отношения к болезни, а у лиц I группы дополнительно – эйфорический.

3. Установлены гендерные особенности внутренней картины болезни у пациентов с БА: у женщин преобладали тревожный и обсессивно-фобический типы отношений к болезни, а у мужчин – эргопатический и эйфорический.

4. Выявленные изменения психоэмоционального статуса и внутренней картины болезни могут служить базой для коррекции этих нарушений с проведением лечебно-профилактических мероприятий в общей схеме лечения больных с БА для улучшения их качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабак, С.Л. Дневная сонливость, нарушения сна и ночная дыхательная недостаточность в практике терапевта / С.Л. Бабак // *Consilium medicum*. – 2010. – № 5. – С. 50–54.
2. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в неврологии и нейрохирургии / А.Н. Белова. – Руководство для врачей. – М.: Медкнига, 2004. – 456 с.
3. Белялов, Ф.Н. Значение психических факторов в клинике внутренних болезней / Ф.Н. Белялов // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2011. – № 2. – С. 15–20.
4. Белялов, Ф.И. Тревога, депрессия и качество жизни у пациентов со стенокардией и хронической обструктивной болезнью легких / Ф.И. Белялов, А.А. Хамаева // *Психические расстройства в общей медицине*. – 2010. – № 3. – С. 15–17.
5. Березин Ф.Б. Психосоматические соотношения при бронхиальной астме / Ф.Б. Березин, Е.М. Куликова, Н.Н. Шаталов // *Актуальные проблемы психиатрии и психосоматики*. – 1990. – С. 25– 9.
6. Вейн, А.М. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение. / А.М. Вейн. – М.: Мед Информационное Агентство. – 1998. – С. 54.

7. Губачев, Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский. – Л.: Медицина, 1981. – С. 216.
8. Исаев, Д.Н. Психологический стресс и психосоматические расстройства в детском возрасте / Д.Н. Исаев. – Санкт-Петербург: Из-во Петербургского педиатрического института. – 1994. – С. 454.
9. Федосеев, Г.П. Бронхиальная астма / Г.П. Федосеев, Г.П. Хлопова. – М., 1988. – 178 с.
10. Чучалин, А.Г. Бронхиальная астма / А.Г. Чучалин. - М., 1985. - 167 с.
11. Alexander, F. Psychosomatic Medicine / F. Alexander. – New York, 1980. – 206p.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ФОРМ КАВИНТОНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

**Авдей Г.М., Кулеш С.Д., Шумскас М.С., Арцименя С.Е.,
Савченко Е.В., Бычек Л.В., Авдей С.А., Заобурная Я.С.,
Лукьянюк Т.Н.**

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) представляет собой прогрессирующее нарушение функций головного мозга вследствие неадекватного церебрального кровообращения [8, 11]. Когнитивные нарушения являются ключевым проявлением гипертонической энцефалопатии (ГЭ) [8]. Если на ранней стадии ГЭ преобладают умеренные нейродинамические нарушения в виде замедленности, аспонтанности, снижения работоспособности, ослабления концентрации внимания, то в последующем развиваются регуляторные расстройства (подкорково-лобный когнитивный синдром) с нарушением инициации, планирования, поэтапной реализации ментальных действий [2, 5]. Нарушение памяти, как правило, бывает умеренным, носит вторичный характер и способствует снижению качества жизни (КЖ) больных [6].

Улучшение КЖ и уменьшение выраженности симптомов заболевания ДЭ традиционно достигается с помощью ряда нейротрофических, вазоактивных, антиоксидантных и

психотропных препаратов, назначаемых курсами [10]. Предпочтение отдается препаратам с полимодальным действием. Одним из них является кавинтон, фармакологический эффект которого проявляется в нормализации сосудистого тонуса, улучшении мозгового кровообращения, реологических свойств крови, способности улучшать энергообеспечение головного мозга в условиях ишемии за счет повышения утилизации глюкозы, нейропротективного и антиоксидантного действия [1]. Кавинтон обладает влиянием на нейромедиаторные системы мозга, усиливая внутримозговой обмен норадреналина и серотонина [3]. Положительный эффект применения кавинтона у больных с различными формами ДЭ в наибольшей степени выражен в отношении коррекции нарушений высших корковых функций: памяти, эмоционально-волевой сферы, а также астенического синдрома [9].

Исследования по применению парентеральных форм Кавинтона при цереброваскулярных заболеваниях показали наибольшую эффективность препаратов со средней суточной дозой 50 мг (10 мл) [14]. В связи с появлением новой формы выпуска Кавинтона (50мг/10 мл №5) представлялось интересным изучить его эффективность и безопасность у больных с ГЭ.

Цель исследования – оценить эффективность/безопасность влияния Кавинтона в дозе 50 мг/сутки на когнитивные функции у больных с ГЭ II стадии (ГЭ II) с цефалгическим и вестибулоатактическим синдромами.

Материал и методы исследования.

В неврологическом отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» обследовано 25 больных (14 женщин и 9 мужчин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст $57,7 \pm 1,14$ лет) с диагнозом ГЭ II с цефалгическим и вестибулоатактическим синдромами. При поступлении в стационар пациенты предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, нарушение сна, раздражительность, чувство тревоги, общее недомогание, снижение работоспособности и настроения, ухудшение внимания и памяти. В неврологическом статусе у больных выявлены симптомы орального автоматизма, неустойчивость в позе Ромберга, анизорефлексия. У всех пациентов диагностирована артериальная гипертензия II. Из

сопутствующих заболеваний имели место нейросенсорная тугоухость, вертеброгенная люмбоишиалгия, сахарный диабет 2 типа, хронический бронхит. Всем больным проведено лечение препаратом Кавинтон (фирма Гедеон Рихтер) по схеме: I день – 5 мл (25 мг) на 250 мл физиологического раствора внутривенно капельно, II – VI дни – по 10 мл (50 мг) на 500 мл физиологического раствора внутривенно капельно. Введение осуществлялось медленно, со скоростью 40 капель в 1 минуту. Дополнительно пациенты получали гипотензивную терапию (эналаприл по 10 мг 2 раза в сутки), массаж волосистой части головы и шейно-воротниковой зоны, физиопроцедуры. До и после парентерального введения препарата Кавинтон больным проводилась ультразвуковая доплерография (УЗДГ) каротидных и вертебральных сосудов и тестирование по шкалам субъективного состояния, экспресс-методики оценки когнитивных функций и краткой формы Medical Outcomes Study Schort Form (SF-36), включающей 36 вопросов, отражающих 8 шкал здоровья для исследования КЖ [4, 7]. После комплексного лечения парентерального введения препарата Кавинтон больные продолжали принимать Кавинтон в таблетированной форме (10 мг 3 раза в сутки). Эффективность лечения определяли по субъективной оценке больных и динамике объективных показателей. Полученные результаты обрабатывали статистические с использованием критерия Стьюдента.

Результаты исследования

После проведенного лечения большинство пациентов, преимущественно женского пола, отмечали субъективное улучшение самочувствия: уменьшалась интенсивность головной боли, головокружения, проходили чувство тревоги, раздражительность, общее недомогание, нарушение сна, сердцебиение, улучшалось настроение, концентрация внимания и память, восстанавливалась работоспособность. В ходе исследования оценивалось состояние церебральной гемодинамики с использованием УЗДГ каротидных и вертебральных сосудов. После лечения препаратом Кавинтон у большинства пациентов (75%) не было выявлено существенной динамики при УЗДГ, у 20% уменьшались признаки венозной дисциркуляции, отмечалась тенденция к нормализации

сосудистого тонуса и общего периферического сосудистого сопротивления. Допплерографические данные в пользу диффузного ассиметричного стенозирования каротидных и позвоночных артерий (не более 50%) выявлены у 5% больных.

При проведении экспресс-методики исследования когнитивных функций установлено увеличение объема и скорости запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации после терапии препаратом Кавинтон. Так, пациенты изначально, до лечения, запоминали 3-4 слова из 9 предложенных слов, после лечения количество слов увеличилось до 6, а у женщин до 7-9 слов ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$, $p_3 < 0,05$). Все заученные в задании слова (9 слов) пациентами после терапии были воспроизведены ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$, $p_3 < 0,05$). У лиц мужского пола дополнительно получено достоверное увеличение запоминания количества слов, имеющих общий смысловой признак ($p_3 < 0,05$). Затруднений при выполнении заданий на исследование зрительно-пространственной деятельности пациенты не испытывали как изначально, так и после проведенного лечения. Они правильно выполняли расстановку стрелок на часах без циферблата (7ч 25мин) и рисунок 3 геометрических фигур (треугольник справа от круга, но слева от квадрата). Процессы вербального мышления в операциональном, дискурсивном и динамическом аспектах улучшались на фоне терапии у всех обследуемых пациентов, но более значимо у лиц мужского пола. Мужчины без ошибок выполняли серийное вычитание «100 по 7» ($p_3 < 0,05$), правильно выбирали утверждения, соответствующего смыслу пословицы «Не в свои сани не садись» из 4 предложенных вариантов ($p_3 < 0,05$) и самостоятельно решали арифметическую задачу ($p_3 < 0,05$). Выполнение заданий, направленных на изучение возможности избирательной актуализации из памяти слов, связанных общим смысловым признаком, показало, что все пациенты, как женщины, так и мужчины за 1 минуту называли более 20 любых продуктов питания ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$, $p_3 < 0,05$) и грамотно отвечали на 3 вопроса, требующих актуализации упроченных в прошлом опыте знаний ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$, $p_3 < 0,05$).

Таким образом, при использовании препарата кавинтон в дозе 50 мг в сутки установлено субъективное улучшение

самочувствия, в том числе внимания и памяти обследуемых пациентов с ГЭ II, увеличение у них объема и скорости запоминания слухоречевого материала, улучшение вербального мышления и избирательной актуализации из памяти слов.

Анализ качества жизни больных с ГЭ II после лечения выявил рост физической ($p_3 < 0,05$) и жизненной активности ($p_3 < 0,05$), улучшение эмоционального фона ($p_3 < 0,05$), преимущественно лицами мужского пола, высокую оценку состояния здоровья всеми обследуемыми пациентами и значимое увеличение психологического компонента здоровья ($p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$, $p_3 < 0,05$).

Итак, применение в комплексном лечении больных с ГДЭ II препарата Кавинтон способствует улучшению когнитивных функций и росту качества жизни. Препарат безопасен и может быть рекомендован для использования у пациентов с ГДЭ в клинической практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев, В.В. Механизм действия и особенности клинического применения Кавинтона / В.В. Афанасьев, С.Л. Румянцева // Атмосфера. Нервные болезни. – 2010. – № 2. – С. 13 – 15.
2. Захаров, В.В. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом возрасте: диагностика и лечение / В.В. Захаров, Н.Н. Яхно // Русский медицинский журнал. – 2004. – № 10. – С. 573–576.
3. Касаткин, Д.С. Полиmodalность эффектов препарата Кавинтон: экспериментальные и клинические доказательства / Д.С. Касаткин // Неврология и психиатрия. Инсульт. – 2010. – Вып. 2, № 9. – С. 32–41.
4. Корсакова, Н.К. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении / Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, И.Ф. Рощина // Журн. неврологии и психиатрии. – 2009. – № 2. – С. 44–50.
5. Левин О.С. Диагностика и лечение когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии / О.С. Левин, Н.А. Ющенко // Consilium Medicum. – 2007. – № 8. – С. 47–53.
6. Левин, О.С. Дисциркуляторная энцефалопатия: от патогенеза к лечению / О.С. Левин // Трудный пациент, архив. – 2010. – № 4. – С. 32–40.
7. Румянцева, С.А. Энергокоррекция и качество жизни при хронической ишемии мозга / С.А. Румянцева, Е.В. Силина. – М., Медина, 2007. – С. 53–60.
8. Стаховская, Л.В. Место дисциркуляторной энцефалопатии в структуре цереброваскулярных заболеваний. Вопросы диагностики и лечения / Л.В. Стаховская. В.В. Гудкова // Consilium Medicum. Неврология. – 2009. – № 2. – С. 38–34.

9. Танащян, М.М. Применение кавинтона для лечения когнитивных нарушений у больных с хроническими цереброваскулярными заболеваниями / М.М. Танащян, О.В. Лагода, П.А. Федин // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – № 10. – С. 41–43.
10. Фоякин, А.В. Гипертоническая энцефалопатия как общетерапевтическая проблема / А.В. Фоякин, Л.А. Гераскина // Атмосфера. Нервные болезни. – 2009. – № 3. – С. 11-18.
11. Яхно, Н.Н. Сосудистые когнитивные расстройства / Н.Н. Яхно, В.В. Захаров // Русский медицинский журнал. – 2005. - № 12. – С. 789–793.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Авдей Г.М., Карева Л.В., Казакевич Ю.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Аккумуляция психических расстройств среди контингента больных дерматологической клиники – широко известный факт. Согласно данным некоторых авторов, распространенность психических нарушений в амбулаторной дерматологической практике колеблется в пределах 21–34 %, а среди стационарных пациентов этот показатель достигает 31–60% [1, 6].

Основное место среди дерматологических заболеваний занимают аллергодерматозы и хронические заболевания невыясненной этиологии: аллергический и атопический дерматит, крапивница и т.п.

Крапивница – полиэтиологическое заболевание, связанное с разнообразной патологией, основным механизмом которой является высвобождение медиаторов тучными клетками [2]. Основной клинический симптом – эритематозные зудящие волдырные элементы, четко отграниченные, возвышающиеся над поверхностью кожи размером от нескольких миллиметров до нескольких сантиметров.

Атопический дерматит – хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся интенсивным зудом и протекающее с поражением видимых участков кожного покрова [5]. Учитывая наблюдающиеся у части

пациентов, страдающих данным заболеванием, обострения после психического стресса, ряд авторов [3, 5] относят его к категории классических психосоматических заболеваний.

Все дерматологические заболевания оказывают значительное влияние на качество жизни, причиняя пациентам не только физический, но и психологический дискомфорт [2].

Цель исследования – определить сравнительный анализ и выявить гендерные особенности психоэмоционального состояния и качества жизни больных с крапивницей и атопическим дерматитом для проведения лечебно-профилактических мероприятий и коррекции этих нарушений.

Материал и методы исследования.

В аллергологическом отделении УЗ «Гродненская областная клиническая больница» обследовано 33 пациента (12 мужчин и 21 женщина) с дерматологическими заболеваниями в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст $32,8 \pm 3,15$ лет). Из них 18 больных (6 мужчин и 12 женщин) составили лица с хронической крапивницей средней степени тяжести, а 15 пациентов (6 мужчин и 9 женщин) с атопическим дерматитом, взрослой формой, в стадии обострения.

Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – лица с хронической крапивницей (К), 2 группа – с атопическим дерматитом (АД).

Все пациенты обследованы клинически. Они предъявляли жалобы на зуд кожных покровов, высыпания уртикарного характера, отеки на кожных покровах туловища, верхних и нижних конечностей, в области лица, возникшие после перенесенного воздействия нервного фактора (конфликтные ситуации), холода, погрешностей в еде и после принятия водных процедур. Большинство больных жаловалось дополнительно на горечь во рту, чувство тяжести в правом подреберье или в эпигастрии, вздутие живота, изжогу. Из сопутствующих заболеваний у 20% пациентов выявлена дискинезия желчевыводящих путей, у 40% – гастропатии, у 15% – заболевания легких в виде диффузного пневмосклероза и эмфиземы легких, у 12% – артериальная гипертензия I-II степени тяжести. Небольшой процент составили больные с заболеваниями почек (мочекаменная болезнь, кисты почек), ожирением 1

степени, вертеброгенной люмбоишиалгией и цервикокраниалгией. У 15% пациентов диагностирован аллергический ринит.

Психоэмоциональное состояние исследовали с помощью шкалы тревоги Тейлора, состоящей из 50 утверждений, на которые следует дать ответ «да» или «нет»; опросника CES-D (Center for Epidemiologic Studies) для выявления депрессивных расстройств, включающего 20 пунктов, каждый из которых определяет субъективную частоту симптомов депрессии с оценкой от 0 до 3-х баллов [4, 8].

Дерматологический индекс качества жизни у больных с заболеванием кожи определяли с помощью анкеты, содержащей 10 вопросов с оценкой от 0 до 3-х баллов [2].

Результаты обрабатывали статистически, с использованием критерия Стьюдента.

Результат исследования.

При анализе психоэмоционального состояния больных с заболеванием кожи установлен средний уровень тревожности с тенденцией к высокому у женщин с К и у мужчин с АД (соответственно: $p_1 < 0,05$, $p_2 < 0,05$) на фоне отсутствия у них депрессивных расстройств (таблица 1). Такие пациенты отмечали периоды беспокойства, повышенной возбудимости, напряженности, невозможности сосредоточиться на работе, расстройство сна в виде трудности засыпания или кошмарных сновидений, потливость, расстройство желудка с приступами рвоты и тошноты. Полученные данные дерматологического индекса качества жизни указывают на то, что заболевание оказывает умеренное влияние на жизнь пациента вне зависимости от вида болезни и от пола (таблица 1). Такие пациенты испытывали ощущения неловкости и смущения, что сказывалось на отношениях с родственниками, друзьями. Заболевание кожи у этих больных мешало им заниматься уборкой дома, покупками, спортом, создавало проблемы с выбором гардероба, беспокоило на работе или учебе, влияло на досуг и социальную активность, причиняло неудобство и отнимало время при лечении.

Таким образом, у больных с дерматологическими заболеваниями установлены изменения психоэмоционального состояния и качества жизни.

Таблица 1

Показатели психоэмоционального состояния и качества жизни у больных с крапивницей и атопическим дерматитом (в баллах)

Показатели	Больные с крапивницей, (M ± m)		Больные с атопическим дерматитом, (M ± m)			p	
	Общая группа n = 18	Мужчины n = 6	Женщины n = 12	Общая группа n = 15	Мужчины n = 6		Женщины n = 9
	1	2	3	4	5	6	
Тревога	18,5 ± 2,0	14,7 ± 1,87	20,4 ± 1,39	17,6 ± 2,40	23,7 ± 2,36	15,6 ± 2,37	p ₁ < 0,05, p ₂ < 0,05
Депрессия	14,5 ± 1,42	11,0 ± 1,50	16,3 ± 1,39	12,8 ± 1,28	12,0 ± 1,30	13,0 ± 1,31	
Качество жизни	7,9 ± 2,10	4,5 ± 2,15	9,6 ± 1,17	7,5 ± 2,12	6,7 ± 2,51	7,7 ± 2,35	

Примечание: p₁ – критерий достоверности показателей граф 2 и 3, p₂ – критерий достоверности показателей граф 5 и 6.

Выводы

1. У всех пациентов с К и с АД зафиксирован средний уровень тревожности, но у мужчин с АД и у женщин с К имела место тенденция к повышению тревоги.

2. Ни у кого из обследуемых пациентов депрессивных расстройств не наблюдалось.

3. Заболевание кожи у больных с К и с АД оказывает умеренное влияние на жизнь пациентов вне зависимости от пола.

4. Вышеуказанные изменения со стороны психоэмоционального состояния и качества жизни позволяют провести лечебно-профилактические мероприятия с коррекцией этих нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андриющенко, А.В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине / А.В. Андриющенко // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 1. – С. 14–27.
2. Данилычева, И.В. Качество жизни у больных крапивницей и атопическим дерматитом / И.В. Данилычева, Н.И. Ильина // Consilium-medicum: – 2001. – № 4. – С. 11–18.
3. Дороженок, И.Ю. Психодерматология (психосоматические аспекты хронических дерматозов). Обзор литературы. Ч.2 / И.Ю. Дороженок // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 3. – С. 51–58.
4. Личностная шкала проявлений тревоги (Дж. Тейлор, адаптация Т.А. Немчина) // Диагностика эмоционально-нравственного развития. – ред. и сост. И.Б. Дерманова. – СПб, 2002 – С. 126–128.
5. Миченко, А.В. Атопический дерматит и стресс: психосоматические соотношения / А.В. Миченко // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 2. – С. 25–28.
6. Смулевич, А.Б. Психопатология психических расстройств в дерматологической клинике (модель психической патологии, ограниченной пространством кожного покрова) / А.Б. Смулевич, И.Ю. Дороженок, Д.В. Романов, А.Н. Львов // Психические расстройства в общей медицине. – 2012. – № 1. – С. 17–21.
7. Феденко, Е.С. Современные представления о крапивнице / Е.С. Феденко // Consilium-medicum: – 2000. – № 2. – С. 188–193.
8. Шкала-опросник CES-D // www.paracels55.ru

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИМИДЖА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА В РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Барадина И.Н., Рубникович С.П., Манкевич С.М.

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Первые высказывания по вопросу имиджа врача появились в античные времена и принадлежат Гиппократу. Он описал психофизические характеристики модели поведения врача и сформулировал основные постулаты имиджа. «Врач сообщает авторитет, если он хорошего цвета и хорошо упитан, соответственно своей природе, ибо те, которые сами не имеют хорошего вида в своем теле, у толпы считаются не могущими иметь правильную заботу о других.

Затем, ему прилично держать себя чисто, иметь хорошую одежду и натираться благоухающими мазями, ибо все это обыкновенно приятно для больных.

В отношении духа: быть благоразумным не только в том, чтобы молчать, но также и в остальной, правильно устроенной жизни. И это наиболее принесет ему помощь для приобретения славы.

Пусть он также будет по своему нраву человеком прекрасным и добрым и, как таковой, значительным и человеколюбивым. Ибо поспешность и чрезмерная готовность, даже если бывают весьма полезны, презираются. Но должно наблюдать, когда можно пользоваться всем этим, ибо одни и те же приемы у одних и тех же (больных) ценятся, когда они редки.

Что касается до внешнего вида врача, пусть он будет с лицом, исполненным размышления, но не суровым, потому что это показывает гордость и мизантропию. Тот врач, который изливается в смехе и сверх меры весел, считается тяжелым, и этого должно в особенности избегать».

Модель Гиппократа относят к патерналистской модели поведения. Таково было видение в общении людей античности, вместе с тем следует отметить, что на сегодняшний день

находится немало приверженцев этой модели. Несмотря на языковую трактовку того времени, мы можем увидеть все составляющие имиджа: его семиотику, образ, экспрессивную и когнитивную его части.

Развитие медицинской науки и практики способствовало внедрению новых подходов к процессу лечения с появлением новых технологий и, как следствие, новых моральных аспектов в отношениях между врачом и пациентом, следовательно, имидж врача уже необходимо рассматривать в комплексе развития других наук, так как они тесно связаны с медицинской наукой. В XX веке формируется так называемая новая автономная модель взаимоотношений врача и пациента и неизбежно новый имидж, который выдвигает новые моральные проблемы в отношениях между врачом и пациентом: их *деперсонализацию, коммерциализацию, формализацию и скептическую реакцию пациентов к рекомендациям врача*. Составляющие имиджа с течением времени мы можем рассматривать в динамике, отслеживать его константы, ассоциативность и открытость.

Цель исследования – дать характеристику имиджа врача при автономной модели взаимоотношений с пациентом, влияние имиджа врача на мотивацию процесса адаптации съёмных конструкций лечебных аппаратов и факторов при лечении парафункций жевательных мышц и патологии височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС).

Материалы и методы

Нами проведен опрос 52 пациентов, обратившихся на консультацию для уточнения диагноза или его дифференциальной диагностики и получавших терапию при патологии жевательных мышц и височно-нижнечелюстного сустава, который включал в себя вопросы, характеризующие имидж врача, метод выбора врача пациентом для лечения, степень доверия к проводимому лечению, оценке адаптации к лечебному аппарату.

Целью проводимого опроса являлось выяснение составляющих имиджа врача на стоматологическом приеме, которые влияют на проведение диагностических манипуляций в полном объёме и процесс терапии пациентов с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Определить наиболее приемлемую модель взаимоотношений врача и пациента, дать оценку роли мотивирующего фактора в лечении пациентов и влияния психосоматических факторов на адаптацию к съёмным протезам.

Результаты и обсуждение

При обследовании пациентов с патологией в области жевательных мышц и височно–нижнечелюстного сустава выявили причины, которые способствуют проведению всех диагностических манипуляций и установке диагноза. К ним относятся наличие болевого компонента, его количественные и качественные характеристики, длительность заболевания и количество врачебного персонала, которое посетил пациент для оказания ему помощи. Все пациенты в момент проведения консультации отмечали, что им важно внимание со стороны врача к их проблеме и понимание, что врач владеет знаниями и умениями в этой области, важность коллегиального осмотра отметили 90% пациентов, только 2% категорически отказывались от него, а 8% высказали сомнение в его необходимости, посчитав, что достаточно консультанта, к которому они обратились. Основными критериями имиджа врача они отмечали внимание, заботу, владение знаниями и желание оказать помощь на должном уровне. Режим консультирования обозначил следующие временные промежутки: жалобы и анамнез пациента требовали от 10 до 20 минут, изучение рентген снимков и другой документации от 10 до 30 минут, осмотр полости рта, анализ окклюзионных взаимоотношений и анализ траектории движения нижней челюсти от 10 минут и другие временные затраты по заполнению медицинской документации. Такой подход к пациенту требует наличия достаточного количества времени на амбулаторном приеме, которое является дефицитным у врача-стоматолога. При консультировании пациентов лучше воспринималась автономная модель взаимодействия врача и пациента.

Адаптация к зубным протезам и лечебным аппаратам подразумевает процесс активации элементов адаптивной системы, приводящий в результате к формированию приспособляемости тканей протезного ложа и полости рта к зубным протезам и лечебным аппаратам. Существуют факторы,

которые мы объединили в группы [1], влияющие на адаптацию к съёмным конструкциям зубных протезов и лечебным аппаратам:

1. Психосоматические факторы.

1.1. Влияние потери зубов на качество жизни пациентов и психологические проблемы.

1.2. Изменение психофизиологического обеспечения основных функций челюстно-лицевой области.

1.3. Причины орального характера, замедляющие процесс адаптации в терапии.

1.4. Характер обращения за терапевтической помощью

2. Физические факторы.

2.1. Способы очищения протезного ложа и языка.

2.2. Применение материалов для адгезии к протезному полю.

Потеря зубов и заболевания ВНЧС, жевательных мышц способствуют снижению качества жизни пациентов. Наблюдается зависимость уровня качества жизни от количества отсутствующих зубов и степени выраженности болевого синдрома при патологии собственно жевательного аппарата. Дополнительными факторами формирования такой зависимости служат возраст и пол человека. Пациенты в возрасте 35 – 45 лет в большей степени страдают от неизбежности использования съёмных зубных протезов и чаще всего воспринимают такой вариант лечения как признак социального неблагополучия и старения, в большинстве случаев (более 70%) это относится к женщинам. В то же время отличий в социопсихологическом статусе среди пациентов различных возрастных групп с частичным отсутствием зубов, не имеющих съёмных протезов, не наблюдается [2,3].

Потеря зубов влечет, прежде всего, психоэмоциональную проблему. Удаление большого количества зубов ведёт к изменению объёма полости рта, что, в свою очередь, влечет за собой изменение резонаторной способности полости рта, ограничение речевых экскурсий и артикуляции языка, нарушение дикции. Всё это крайне негативно сказывается на коммуникативных способностях пациентов и влияет на их психосоциальное поведение. Названные нарушения в комплексе с изменениями внешности могут обуславливать изменения

психоэмоционального состояния и другие нарушения психики [5]. При патологии ВНЧС и жевательных мышц с суставными и мышечными проявлениями у пациентов также имеют место нарушения психоэмоционального состояния.

Снижения качества жизни при применении лечебных аппаратов практически не наблюдается, так как пациент воспринимает их как временную лечебную меру для достижения результата, которая оказывает терапевтическое действие, купируя болевой синдром, и в большинстве своем приводит к изменению внешности в лучшую сторону, воздействуя на физическом уровне положительно. Объясняя пациенту отрицательные стороны, которые возникают при эксплуатации лечебного аппарата в полости рта, давая понять, что не он один проходит такие процессы в лечении, получаем положительные моменты в установлении тесной связи между врачом и пациентом. В итоге 91% респондентов были готовы далее проводить терапию. Пациент, который заинтересован в улучшении своего состояния, активно включается в процесс терапии, понимая, что все зависит от его согласия и непосредственного участия. Пациент становится активным участником всего происходящего, и таким образом реализуется автономная модель взаимоотношений врача и пациента, нивелируются отрицательные моральные проблемы. Принявшие участие в опросе респонденты (89%) отметили, что наглядным и мотивирующим моментом для пациента становится применение различных приспособлений и диагностических аппаратов при его клиническом обследовании. В таком случае он понимает, что доктор выполняет манипуляцию не на «глаз», а обоснованно. Этот аспект важен для влияния на имидж молодого специалиста в аспекте его профессиональных навыков, а фразы о не знании проблемы и рекомендации поисков специалистов в неизвестном направлении влияют негативно на имидж врача со стороны пациента, и 76% респондентов отказались бы лечиться дальше. Все респонденты отметили, что охотно продолжают терапию у врача, который пользуется авторитетом среди коллег и соответствует их представлениям о внешнем образе врача, обладает положительными качествами в отношении к больному и позитивными эмоциями.

Отдельно, мы хотели бы выделить причины орального характера, замедляющие процесс адаптации к съёмным лечебным аппаратам при терапии патологии ВНЧС и жевательных мышц: нефункциональные привычки у пациента, затрудняющие эксплуатацию съёмного лечебного аппарата в полости рта (36% из участвовавших в опросе), повышенный тонус языка у 32,8% респондентов и гипотонус жевательных мышц у 36,2% респондентов. Отмечена также окклюзионная стираемость зубов в генерализованной форме 3 степени тяжести (низкие клинические коронки), ведущая к плохой фиксации в полости рта съёмного лечебного аппарата у 12% респондентов, апроксимальная стираемость зубов в сочетании с другими некариозными поражениями, зубы при этом могут смещаться и изменять свое положение в зубной дуге (2,4%).

При уточнении характера обращения за терапевтической помощью наблюдается следующее: 64,8% респондентов обратились в связи с болью в области ВНЧС, с ограничением открывания рта и изменениями траектории движения нижней челюсти – 97,6%, для профилактического осмотра по рекомендации других врачей – 11,2%. Сложным явилось для 88% пациентов совершить самостоятельный выбор предложенной тактики лечения, соглашались с конкретным назначением более 92,8% респондентов, следовательно, значительная часть пациентов полагалась на врача, доверяя ему терапию своего заболевания.

Выводы

Из характеристики имиджа врача античных времен Гиппократ и имиджа врача при автономной модели взаимоотношений с пациентом в терапии больных с патологией ВНЧС и жевательных мышц имеют место две модели взаимоотношений врача и пациента, но преобладающей является при болевом синдроме патерналистская. Имидж врача влияет на мотивацию процесса адаптации съёмных конструкций лечебных аппаратов. Факторы орального характера при лечении парафункций жевательных мышц и патологии височно-нижнечелюстного сустава замедляют процесс адаптации. Существует необходимость определения временных затрат на стоматологическом приеме и проведения консилиумов при

консультировании и терапии пациентов с заболеваниями височно–нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Барадина, И.Н, Гунько, И.И., Лобко, В.А. Адаптация к съёмным зубным протезам: учебно-методическое пособие / БелМАПО, 2012. – 42 с.
2. Чабан, А.В., Пономарева, И.Г., Тармаева, СВ. Распространенность заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у взрослых и детей с патологией прикуса // Всероссийская научно-практическая конференция «Образование, наука и практика в стоматологии»: Материалы. – М., 2004. – 283-284.
3. Di Paolo C., Liberatore G.M., Rampello A., Panti F. Analisi longitudinale della patologia disfunzionale dell'ATM: valutazione di un campione di pazienti sottoposti a terapia non chirurgica. Minerva Stomatol 1995; 44: 4: 159-169.
4. Seligman D.A., Pullinder A., Solberg W.K. 1988. The prevalence of dental attrition and its association with factors of age, gender, occlusion and TMJ symptomatology. Journal of Dental Research 67:1323 – 1333
5. Кирсанова, С.В. Клинико-социальная характеристика пациентов с частичным отсутствием зубов и внедрение критериев качества жизни для оценки эффективности их лечения / С.В. Кирсанова, Э.А. Базикян, К.Г. Гуревич // ННЖ Институт стоматологии. – №4 (37). – 2007. С 24.
6. Ивен Клинеберг, Роберт Джагера. Окклюзия и клиническая практика. – Москва, МЕДпресс-информ, 2006. – 200 с.

ПРОБЛЕМА СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Бут-Гусаим В.В.

УЗ «Брестский областной психоневрологический диспансер»

УЗ «Брестский областной онкологический диспансер»

Проблема сообщения диагноза больным, страдающим тяжелыми соматическими заболеваниями, в отечественной медицине является крайне актуальной и вызывает длительные дискуссии уже многие годы, и также многие годы специалисты не могут прийти к общему знаменателю.

Целью данного исследования является изучение мнения врачей онкологического профиля и пациентов онкологического

стационара в отношении вопросов предоставления больным, страдающим неизлечимыми формами онкологических заболеваний, информации о заболевании, лечении и прогнозе.

Методы исследования

Проведение исследования потребовало разработки анкет для двух групп исследуемых: пациентов и врачей. Анкета состояла из 7 основных вопросов, которые могли потребовать заполнения дополнительных пунктов. Задачами исследования являлись изучение отношения к информированности о наличии заболевания, прав на информированность, готовности пациентов к получению информации такого рода и отношения к существующему законодательству в отношении прав пациента на получение информации о своем заболевании.

Перед началом исследования каждый участник был ознакомлен с целями и задачами исследования. Анкетирование проводилось анонимно. В исследовании приняли участие 42 врача и 42 пациента, выбранные в случайном порядке. Заполнили анкеты 35 из 42 пациентов (83,3%) и 37 из 42 врачей (88,09%).

По результатам исследования было выявлено, что 31, 43% врачей всегда сообщают полную информацию своим пациентам. Предпочитают не сообщать информацию о диагнозе и прогнозе 42,85% врачей, и 25,71% врачей сообщают информацию о заболевании и перспективах лечения, опираясь на множество факторов. Из общего количества обследуемых пациентов 8,10% пациентов не информированы о своем заболевании, а 91,89% пациентов считают, что получили достаточно информации, из них 82,35% пациентов получили информацию непосредственно от лечащего врача, а 14,5% – из других источников. В обоснованиях своего выбора респонденты-врачи, сообщающие полную информацию, разделились, в своих мнениях, на следующие группы: «это право больного» - 36,36%, «по требованию пациента» - 18,18%, «неинформированность может помешать процессу лечения» - 18,18%, а 27,27% воздержались от объяснения своего ответа. Врачи, которые предпочитают не сообщать информацию о заболевании, свой выбор объяснили следующим образом: «пациенты не готовы знать и адекватно воспринимать данную информацию» – 33,33%, «законом не урегулирован этот вопрос» – 6,66%, «из-за опасности

антивитальных намерений» – 13,33% и 20% объяснили свой выбор тем, что пациенты, психологически не готовы к получению данной информации. 13,33% врачей считают, что таким образом они не лишают пациента позитивного настроения и надежды на выздоровление. И 13,33% врачей ссылаются, на то, что это исключительная прерогатива лечащего врача, которыми они не являются. Врачи, которые используют принцип индивидуального подхода, руководствуются множеством факторов, основными из которых являются непосредственное желание самого пациента, его психическое и соматическое состояние.

Изучалось, также мнение респондентов в отношении их желания к получению полной достоверной информации о заболевании в ситуации, если бы у них было обнаружено неизлечимое онкологическое заболевание. 85,71% исследуемых из группы врачей хотели бы знать о своем заболевании, приводя, в преобладающем большинстве, рациональные доводы при объяснении своего выбора. Из них 32,37% врачей не смогли объяснить свой выбор, 5,71% врачей не хотели бы знать о наличии у себя неизлечимого онкологического заболевания, так как посчитали, что неизвестность сохраняет надежду на выздоровление и присутствует возможность врачебной ошибки. 77,14% врачей считают, что известие о наличии у них некурабельного злокачественного новообразования существенно поменяло бы их жизненные планы и 5,71% врачей уверены, что изменения не наступят. 11,42% врачей не смогли определиться с ответом. Из группы обследуемых пациентов 72,97% хотели бы знать полную информацию о заболевании, объясняя это, в преобладающих случаях, тем, что неизвестность сильнее ухудшает качество их жизни, чем информация о злокачественном онкологическом заболевании, а также данная информация будет способствовать значительным изменениям во взглядах и планах на дальнейшую жизнь и лечение. 21,6% врачей не хотели бы знать, что у них было диагностировано неизлечимое новообразование, мотивируя свой выбор тем, что данное известие отрицательно повлияет на остаток жизни. 48,65% пациентов считают, что их жизненные взгляды существенно изменятся после того, как они узнают о наличии неизлечимой формы

злокачественного новообразования и 40,54% считают, что существенных изменений не произойдет.

74,28% врачей считают, что в достаточном объеме информируют пациентов в отношении их заболевания, прогноза и лечения. 17,14% считают, что объем информации, который получают от них пациенты, недостаточный, объясняя это нехваткой времени, недостаточной оснащенностью для объективной оценки тяжести состояния и ограничениями в законодательной базе. Большинство респондентов не объяснили причин своего выбора. 8,56% исследуемых считают, что объем преподносимой ими информации зависит от готовности пациента к получению такой информации и наличия свободного времени. 72,97% пациентов считают, что достаточно информированы врачом, а 24,32% не удовлетворены информированностью, считая, что не получают достаточно информации о своем заболевании, либо не получают данную информацию вообще.

При изучении факторов, которых больше всего боится человек, узнавший о наличии неизлечимого онкологического заболевания, 54,27% врачей выбрали страх смерти, такого же мнения придерживается 40,52% пациентов. 19,99% врачей и 21,61% пациентов считают, что человек боится физических и душевных мучений, один респондент из группы врачей считает, что беспомощности, 5,71% врачей боялись бы стать обузой для близких. 5,71% врачей пугает невозможность излечения, и 8,57% врачей боятся неопределенности и неизвестности, также считают 8,10% пациентов. 5,4% опрошенных пациентов высказали страх от потери надежды и 8,1% - страх перед одиночеством.

При изучении мнения в отношении необходимости сообщения диагноза неизлечимым онкобольным 45,71% врачей согласились, что такую информацию необходимо сообщать всегда, 8,56% считают, что этого делать не стоит. В зависимости от желания пациента, готовности и тяжести состояния пациента и множества других факторов – 30,15%. И ответ «не знаю» дали 2,85% респондентов. Исследуемые пациенты в отношении данного вопроса разделились на следующие группы: «индивидуально» – 5,4%, «да» – 64,86%, «нет» – 29,72%.

В отношении того, необходимы ли дополнения в существующее законодательство о сообщении информации

некурабельным больным, 54,28% врачей и 62,16% пациентов считают, что такая необходимость существует. 20% врачей и 24,31% пациентов уверены, что нет такой необходимости. Мнение, что «Закон о здравоохранении» в полной мере определяет правила информирования любого пациента, выразили 19,99% врачей. А 10,81% пациентов не смогли ответить на этот вопрос.

Обсуждение.

Результаты исследования показали, что большинство пациентов удовлетворены получением информации от врача. Многие же врачи не готовы сообщить больному о неизлечимом заболевании, а доктора, предпочитающие полноценно информировать больных, обычно руководствуются принципом прав пациента. Врачи, предпочитающие не сообщать полноценную информацию пациентам, опираются на то, что больные не готовы к получению информации такого рода. В отношении желания быть информированным о наличии неизлечимого онкологического заболевания респонденты обеих групп в абсолютном большинстве высказались утвердительно, приводя рациональные доводы в объяснениях своего выбора. Необходимо учитывать, что в процессе оказания помощи некурабельным онкологическим больным данная категория пациентов, в преобладающем большинстве, испытывает страх смерти и мучений. Мнения большинства врачей в отношении существования необходимости сообщения диагноза пациенту с неизлечимым онкозаболеванием, разделились на тех, кто считает, что сообщать всю информацию необходимо всегда, и тех, кто считает, что информирование пациента должно опираться на множество факторов, и лишь небольшое количество врачей считает, что диагноз таким пациентам сообщать не следует. Пациенты в преобладающем большинстве считают, что диагноз необходимо сообщать всегда, но также значительное количество считает, что этого делать не стоит, и лишь немногие пациенты считают, что должен существовать индивидуальный подход к пациенту. Большинство респондентов высказались утвердительно в отношении того, что существует необходимость дополнения существующего законодательства в отношении информирования некурабельных пациентов.

Выводы.

В отечественном здравоохранении выбор метода информирования неизлечимых пациентов, в основном, опирается на субъективную оценку врачом законодательства и готовности пациента, при этом часто забывается, что каждый человек имеет право прожить свою жизнь так, как считает нужным. Недостаточная психологическая подготовка врачей оказывает негативное влияние на процесс информирования больных о наличии неизлечимого заболевания, что и является в настоящее время причиной несогласованности между специалистами в отношении принципов сообщения информации о диагнозе, лечении и прогнозе некурабельным больным.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕНОТЕНА И БЕТАЛОКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Варнакова Г.М., Данейко Л.П., Стоцкая Э.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Известно, что артериальная гипертензия (АГ) – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Высокая заболеваемость и смертность больных АГ диктует необходимость дальнейшего изучения механизмов ее развития и оптимизации лечения.

Учитывая сложность патогенеза АГ, необходим комплексный подход к лечению данного заболевания: коррекция как нейрогуморальных, так и психических нарушений.

Исходя из того, что активация симпатoadреналовой системы играет ключевую роль в формировании гипертонии, предпочтение при лечении АГ следует отдавать пролонгированным и высокоселективным β -адреноблокаторам, таким, как беталок-3ОК – кардиоселективный β_1 -адреноблокатор без внутренней симпатомиметической активности. Препарат подавляет стимулирующее влияние катехоламинов на сердце при физической и психоэмоциональной нагрузке: препятствует увеличению ЧСС, повышению АД, уменьшает минутный объем

сердца и снижает сократимость и потребность миокарда в кислороде.

Пусковым механизмом активации симпатoadреналовой системы являются нарушения психоэмоциональных реакций. По данным литературы, распространенность невротических и соматоформных расстройств с симптомами тревоги у больных с АГ может достигать 51,3%.

Результаты современных крупных исследований демонстрируют прямую взаимосвязь между симптомами тревоги или депрессии и развитием АГ, что позволяет рассматривать эти психопатологические состояния в качестве независимых факторов риска АГ, а применение для ее лечения психотропных препаратов считать важным средством этиопатогенетической терапии.

Еще в начале прошлого века основоположник учения о гипертонической болезни Г.Ф. Ланг указывал, что тревога и депрессия занимают важное место в развитии и прогрессировании АГ и считал лечение «успокаивающими» препаратами более рациональным, нежели лечение «лекарствами от давления».

В последние годы все чаще возникает потребность в препаратах с транквилизирующим действием небензодиазепинового ряда, так как у них нет побочных эффектов и к ним не формируется зависимость. К таким препаратам относится тенотен. Он представляет собой сверхмалые дозы антител к мозгоспецифическому белку S100. Механизмы действия антител связаны с модификацией функциональной активности эндогенного белка S100 и его лигандов. В результате реализуется его ГАМК-миметическое действие на восстановление ГАМК-ергической нейротрансмиссии, клинически проявляющееся облегчением засыпания, уменьшением поведенческих проявлений тревоги, улучшением памяти, снижением астении.

Цель настоящего исследования – оценка эффективности лечения АГ комплексом: беталок и тенотен как по гипотензивному действию, так и по коррекции тревожно-депрессивных расстройств.

Материалы и методы. В исследование включили 16 пациентов с АГ в возрасте от 29 до 55 лет, госпитализированных

в ГОКБ №4 г. Гродно в период с 20.11.12 по 25.02.13. Из них с АГ 2 степени – 13 человек, АГ 3 степени – 3 человека. Длительность заболевания составляла от 5 до 15 лет. Данные о наличии факторов риска представлены на рисунке 1.

Факторы риска.

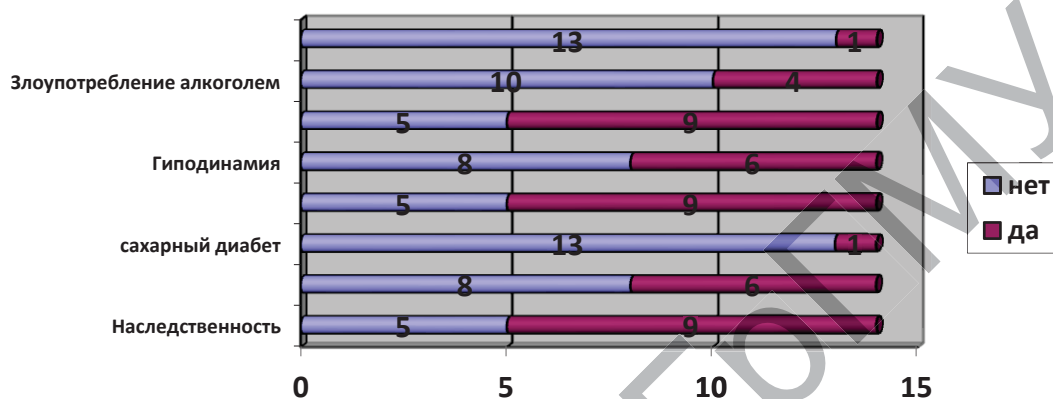


Рис.1

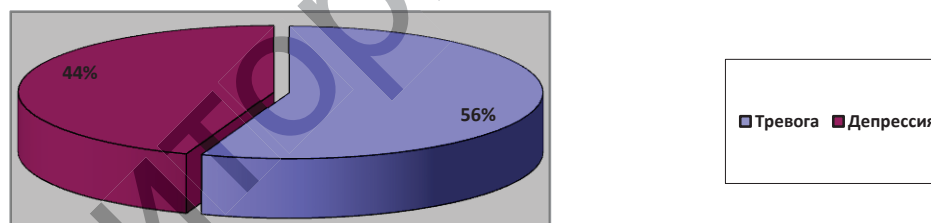


Рис.2

В результате клинического обследования у всех больных обнаружены проявления вегетативной гиперактивности различной степени выраженности: одышка, сердцебиение, потливость, сухость во рту, головокружение, тошнота или другой абдоминальный дистресс, приливы жара или холода, дрожь, частое мочеиспускание, ком в горле.

Всем пациентам в день поступления предлагали для заполнения опросник – экспресс-тест для оценки депрессии и

тревоги (D.Goldberg, 1987), после чего назначали следующие препараты: беталок 50 мг 2 раза в сутки, тенотен по 2 таблетки 3 раза в день сублингвально. Курс лечения составил 2 недели. В конце курса пациенты тестировались повторно.

Результаты.

В результате исследования больных с исходно высоким уровнем тревоги было 10 и с высоким уровнем депрессии – 8, что проявлялось либо излишней возбудимостью, раздражительностью, нарушением сна, либо ощущением неуверенности в себе, снижением концентрации внимания, утратой интереса к окружающим.

В конце лечения наблюдалось четкое снижение уровня тревоги и депрессии почти у всех пациентов: отсутствие жалоб на беспокойство, чувство беспомощности, неуверенности в себе, угрожающей опасности, улучшение сна и исчезновение вегетативной симптоматики (головных болей, сердцебиений, головокружений, стабилизация АД). При оценке динамики АД на фоне терапии отмечено снижение САД со $171,3 \pm 6,5$ до $133,3 \pm 7,8$ мм рт. ст., ДАД – с $98,1 \pm 6,5$ до $83,4 \pm 8,6$ мм рт. ст., то есть практически достигнуты целевые уровни АД.

При анализе результатов после курса активной терапии выявлено достоверное снижение депрессивных и тревожных расстройств. К концу исследования количество пациентов с высоким уровнем депрессии – 2, с высоким уровнем тревоги не выявлено.

Случаев плохой переносимости тенотена, побочных реакций в процессе исследования не было.

Выводы.

1. Терапия беталокком и тенотеном оказывает положительное влияние на суточный профиль АД с достижением целевых уровней как по САД, так и по ДАД к концу терапии.

2. Включение тенотена в комплексную терапию пациентов с АГ снижает уровень тревоги и депрессии, способствует более быстрому наступлению гипотензивного эффекта и улучшает качество жизни больных.

3. Тенотен хорошо переносится больными, не вызывает побочных действий: заторможенности и сонливости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ромасенко, Л.В., Применение препарата тенотен при лечении невротических расстройств у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы / Л.В. Ромасенко, А.В. Недоступ, М.Г. Артюхова, И.М. Пархоменко // Российский психиатрический журнал. – 2007. – №2. – с.81-84.
2. Сергеев, С.А. Тенотен: новое в терапии тревоги у больных соматическими заболеваниями / С.А. Сергеев // Поликлиника. – 2006. – №2. – с.88-89.

СВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЭМПАТИИ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕДАГОГОВ

Варнер Е.С.

*УО «Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы»*

Среди многообразных видов социальной деятельности личности, безусловно, особое место занимает профессия, образующая основную форму активности личности.

Взаимовлияние личности и профессии многогранно, сложно и неоднозначно. Для большинства людей именно этот вид деятельности представляет большие возможности для удовлетворения их потребностей, обнаружения творческого потенциала, самоактуализации. Личностные особенности каждого отдельно взятого человека делают его профессиональный труд индивидуально-своеобразным, однако организм работника часто сопротивляется действию различных влияний, обусловленных спецификой выполняемой деятельности и сущностью самой профессии.

В 1974г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи, американским психиатром Х.Дж. Фрейденбергером был введен термин – «эмоциональное выгорание». Сначала этот термин

обозначал состояние изнеможения, истощения, сопряженное с ощущением собственной бесполезности [2; 4; 5].

Понятие выгорания («burnout») обычно используется для обозначения переживаемого человеком состояния физического, эмоционального и психического истощения, вызываемого длительной включенностью в ситуации, содержащие высокие эмоциональные требования, которые, в свою очередь, наиболее часто являются следствием сочетания чрезмерно высоких эмоциональных затрат с хроническими ситуационными стрессами [1].

Первоначальные исследования этого явления носили в основном описательный и эпизодический характер. Но в 1976г. К. Маслач детализировала этот феномен как особое состояние, включающее чувство эмоционального истощения, изнеможения; симптомы дегуманизации, деперсонализации; негативное самовосприятие, а в профессиональном плане – утрату профессионального мастерства [3]. Позже симптоматика данного синдрома существенно расширилась за счет психосоматического компонента. Исследователи все больше связывали синдром с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) СЭВ отнесен к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни». На сегодняшний день доказано негативное влияние «выгорания» на соматическое здоровье человека.

Среди профессий, в которых СЭВ встречается наиболее часто (от 30 до 90% работающих), следует отметить врачей, учителей, психологов, социальных работников, спасателей, работников правоохранительных органов, деятельность которых характеризуется высокой интенсивностью, широкой сетью контактов разного уровня, преобладанием непосредственного речевого общения с другими людьми.

У людей, пораженных синдромом эмоционального выгорания (СЭВ), как правило, выявляется сочетание психопатологических, психосоматических, соматических симптомов и признаков социальной дисфункции.

Выделяют 5 ключевых групп симптомов, характерных для СЭВ:

- физические симптомы (усталость, физическое утомление, истощение; изменение веса; недостаточный сон, бессонница; плохое общее состояние здоровья, повышение артериального давления; болезни сердечно-сосудистой системы);
- эмоциональные симптомы (недостаток эмоций; пессимизм, цинизм в работе и личной жизни; агрессивность, раздражительность; тревога; депрессия, чувство вины);
- поведенческие симптомы (усталость; безразличие к еде; малая физическая нагрузка; оправдание употребления, алкоголя, лекарств; импульсивное эмоциональное поведение);
- интеллектуальное состояние (падение интереса к новым идеям в работе; апатия, падение интереса к жизни; большее предпочтение стандартным шаблонам, рутине; цинизм или безразличие к новшествам; формальное выполнение работы);
- социальные симптомы (низкая социальная активность; падение интереса к досугу, увлечениям; социальные контакты ограничиваются работой; ощущение изоляции, непонимания; ощущение недостатка) [1].

Таким образом, СЭВ характеризуется выраженным сочетанием симптомов нарушения в психической, соматической и социальной сферах жизни.

Цель нашего исследования – изучение взаимосвязи эмоционального выгорания и эмпатии педагогов.

За прошедшее столетие слово «эмпатия» прочно утвердилось в понятийном поле психологии. Обзорные работы по проблемам эмпатии изобилуют десятками определений и подходов к ее изучению. Предлагаются модели эмпатического процесса, стадии, этапы, уровни, механизмы. Мы рассматриваем эмпатию как сложный, многоуровневый феномен, структура которого представляет совокупность эмоциональных, когнитивных и поведенческих умений, навыков, способностей человека. Конкретная личность демонстрирует эмпатию то в виде реакций на действия другого, то в качестве отрефлексированного переживания, вызванного состояниями партнера, то посредством умений и навыков создавать поддерживающие отношения и т.д. Анализ публикаций отечественных и зарубежных исследователей позволяет сделать вывод, о том что дифференцировка эмпатии как процесса производится с учетом преобладания в ней одного

из трех компонентов: эмоционального, когнитивного, поведенческого. Между этими элементами обнаруживаются сложные зависимости.

В исследовании приняли участие 85 учителей средних школ г. Гродно, возраст испытуемых 28–45 лет. Наличие синдрома «эмоционального выгорания» определялось с помощью методики В.В. Бойко, для диагностики уровня эмпатии использовалась методика эмпатийных тенденций А. Мехрабиана и К. Эпштейна.

Исходя из полученных данных, можно сказать о том, что высокий уровень эмоционального выгорания встречается у 59 испытуемых учителей, у 16 учителей – начинающееся выгорание и только у 5 испытуемых – синдром «эмоционального выгорания» отсутствует.

У учителей с высоким уровнем эмоционального выгорания наиболее выраженными являются следующие симптомы: «загнанность в клетку» (28 человек); эмоциональная отстраненность (25 человек); неадекватное избирательное эмоциональное реагирование (35 человек); переживание психотравмирующих обстоятельств (44 человека); редукция профессиональных обязанностей (43 человека); расширение сферы экономии эмоций (38 человек).

Нами были выявлены следующие положительные взаимосвязи между показателями эмпатии и симптомами эмоционального выгорания у педагогов: эмпатия и переживание психотравмирующих обстоятельств ($r=0,24$; $p=0,02$); эмпатия и тревога, депрессия ($r=0,37$; $p=0,009$); эмпатия и эмоциональный дефицит ($r=0,21$; $p=0,03$). Уровень эмпатии у педагогов взаимосвязан с такими симптомами, как переживание психотравмирующих обстоятельств тревога и депрессия, эмоциональный дефицит, то есть чем выше уровень эмпатии, тем больше выражены эти симптомы. Педагоги, обладающие чувствительностью, эмоциональностью и способные к сочувствию и сопереживанию, характеризуются усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, тревожно-депрессивной симптоматикой, касающейся профессиональной деятельности в особо сложных обстоятельствах, ощущением, что эмоционально учитель уже не

может помочь субъектам своей деятельности. И наоборот, чем ниже уровень эмпатии, тем менее у них сформированы выше названные симптомы.

Выявлены следующие отрицательные взаимосвязи между показателями эмпатии и симптомами эмоционального выгорания у педагогов: эмпатия и неадекватное реагирование ($r=-0,18$; $p=0,04$); эмпатия и экономия эмоций ($r=-0,24$; $p=0,05$); эмпатия и личностная отстраненность ($r=-0,12$; $p=0,04$). Таким образом, уровень эмпатии имеет обратную взаимосвязь со следующими симптомами: неадекватное реагирование, экономия эмоций и личностная отстраненность, то есть чем выше уровень эмпатии, тем меньше выражены эти симптомы. У педагогов, обладающих чувствительностью, эмоциональностью и способных к сочувствию и сопереживанию, слабо выражены такие характеристики, как неадекватное реагирование, которое наблюдается в случаях, когда профессионал перестает улавливать разницу между двумя явлениями: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. Экономия эмоций проявляется вне профессиональной деятельности. В случае личностной отстраненности прежде всего отмечается полная или частичная утрата интереса к человеку - субъекту профессиональной деятельности; при высоком уровне эмпатии этого не происходит. И наоборот, чем ниже уровень эмпатии, тем более у педагогов сформированы выше названные симптомы.

В этой связи, актуальной является потребность в новых фактах, которые позволяют расширить представление о данном феномене, устранить внешние и внутренние факторы, вредно отражающиеся на психике человека, его акмеологическом потенциале и результатах профессиональной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водопьянова, Н.Е., Старченкова, Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика - 2-е издание / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова. - СПб: Питер, 2008. - 338 с.
2. Орёл, В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е.Орёл // Психологический журнал. - 2001. – Т. 22. - №1.- С.90-101.
3. Психология профессионального здоровья / Под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Речь, 2006. – 480с.

4. Рогинская, Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т.И.Рогинская //Психологический журнал. – 2002. – Т. 23. - №3. - С. 85-95.
5. Форманюк, Т.В. Синдром «эмоционального сгорания, как показатель профессиональной дезадаптации учителя / Т.В.Форманюк // Вопросы психологии. – 1994. - №6. - С. 54-67.

ЛЕЧИТЬ НЕ БОЛЕЗНЬ, А БОЛЬНОГО – ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ

Водоевич В.П., Брейдо А.А., Варнакова Г.М., Кулеш Л.Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Принцип «лечить не болезнь, а больного» соблюдался до прошлого столетия. В конце XX столетия и особенно в начале XXI века он стал нарушаться. Это связано с тем, что терапия, т.е. внутренние болезни, разделилась на узкие специализации. Самое большое отвлечение от терапии – это кардиология, а потом возникли гастроэнтерология, пульмонология, ревматология, нефрология и т.д. Благо, что при поликлиниках еще сохранился участковый терапевт, который должен координировать рекомендации узких специалистов.

Почему так происходит при множестве узких специалистов? Мы приведем только один случай из практики. Больной В., 41 год, учитель, страдающий ожирением, обратился в поликлинику к кардиологу с жалобами на сердцебиение, одышку, головные боли, изжогу, горечь во рту, учащенное мочеиспускание, плохой сон. Кардиолог обнаружил у него повышенное артериальное давление и повышенный уровень холестерина в крови, назначил β -адреноблокатор бисопролол, а для снижения уровня холестерина в крови – ловастатин.

Учащенное мочеиспускание послужило поводом для исследования предстательной железы, хотя этот симптом укладывался в клинику нейро-вегетативного гипертонического криза. Уролог находит у этого больного некоторое увеличение предстательной железы и назначает таблетки финастерид (проскар).

Учитывая, что больного беспокоит изжога, горечь во рту, больной обследуется у гастроэнтеролога. Гастроэнтеролог делает гастрофиброскопию и находит у больного эрозивный гастрит, назначает H₂ блокатор – фамотидин.

Никто не спрашивает больного о жизненной проблеме. Оказывается, ему надо «родить» второго ребенка, т.е. сделать зачатие. Но не получается. А не получается потому, что все вышеперечисленные препараты (бисопролол, ловастатин, проскар, фамотидин) вызывают импотенцию, снижение либидо. Больной заикливается на этом, у него формируется тревожно-депрессивный синдром, который еще чаще приводит к нейро-вегетативным, гиперадреналовым гипертоническим кризам. Следующий доктор у этого больного – психотерапевт и т.д.

Если бы этот больной с самого начала обратился к опытному участковому терапевту, который должен знать семейные проблемы больного, условия на работе и т.д., то, вероятнее всего, до импотенции у него дело бы не дошло. Тело и душу нельзя лечить отдельно. Если тело больной покажет каждому из вышеперечисленных специалистов, то душу он откроет одному из них, не обязательно психотерапевту. Чтобы сохранить психическое и физическое здоровье необходимо, пожалуй, нормализовать в основном два показателя – это сон и аппетит. Глубокий сон, без кошмарных сновидений, должен продолжаться не менее 7-8 часов в сутки. Для этого достаточно было назначить больному валериану, корвалол на ночь, после чего и нормализовалось бы артериальное давление.

Необходимо объяснить и убедить больного, что основная причина всех болезней – это ожирение. Борьба с этим трудно, но необходимо. Первое, это нужно ограничить себя в питании, особенно в употреблении углеводистых продуктов – картофеля, мучных изделий, сладостей. Ожирение происходит в основном от углеводистой пищи, а не от жирной, как многие считают. Гиперхолестеринемия в основном связана с повышенным синтезом эндогенного холестерина из углеводов и нарушением его оттока с желчью в кишечник (1/3 холестерина в организме содержится в желчи). При ожирении происходит застой желчи (сальник сдавливает желчевыводящие пути), образуются песок и камни в желчном пузыре. Желчь неравномерно выбрасывается в

12-и перстную кишку и при больших количествах забрасывается вверх в желудок, в результате чего возникает горечь во рту, повышается кислотность, возникает изжога, разъедается слизистая желудка, что и было у нашего больного – возник эрозивный гастрит.

Второе, больному необходимо увеличить расход калорий, т.е. заняться физическим трудом, физкультурой и приобрести «мужской» вид.

Таким образом, во время проведения практических занятий со студентами по внутренним болезням, при обследовании больного, сборе анамнеза необходимо сосредотачиваться не только на основном заболевании (по теме данного занятия), но и вести разбор сопутствующих заболеваний с учетом жизненных интересов больного, чтобы определить оптимальный вариант лечения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СУБЪЕКТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА

Воронко Е. В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Высшее образование в современных условиях рассматривается ведущим фактором социального развития. Для эффективности педагогического процесса важным представляется аспект сохранения физического и психологического здоровья у всех субъектов образовательного процесса.

Психологическое здоровье – это оптимальное функционирование всех психических структур, необходимых для текущей жизнедеятельности, для готовности к личностному росту. Психологически здоровый человек разумен, открыт к сотрудничеству, защищен от ударов жизни и вооружен необходимым инструментарием, чтобы справляться с жизненными трудностями.

Для здоровой психики характерно положительное эмоциональное состояние как устойчивый характер откликов на

различные события, факты. Преобладающее эмоциональное состояние (радость, чувство тревоги, грусть и т.д.) – это настроение, тот эмоциональный фон, на котором проходит жизнь человека со всеми ее компонентами. Именно эмоциональное состояние оказывает мощное влияние на психическое здоровье и является его надежным индикатором, поэтому негативное эмоциональное состояние — показатель ухудшения психического здоровья и здоровья в целом [4].

Эмоциональное здоровье человека – это эмоциональная устойчивость, способность противостоять стрессам, адекватно оценивать эмоции окружающих, проявлять свои эмоции и управлять ими. Эмоциональное здоровье – это составная часть психологического здоровья человека, позволяющая сохранять целостное эмоциональное отношение к себе и к миру, преобразовывать отрицательные эмоции и порождать положительно окрашенные переживания. Неблагоприятные эмоциональные состояния, неспособность осознавать и выражать эмоции, неумение прорабатывать психологические проблемы и конфликты приводят к соматизации психических нарушений. Параллельно с нарастанием соматизации формируются невротические состояния. В результате усиливается социальная, профессиональная и семейная дезадаптация, т.е. человек не может устанавливать доверительные и тёплые отношения с другими людьми, снижается степень удовлетворённости собственной жизнью, утрачивается интерес к себе, к учёбе, к общению с другими людьми.

Среди людей, склонных к соматизации, выделяют алекситимичных личностей, характеризующихся неспособностью точно описать свои собственные эмоциональные переживания и понять чувства другого человека, трудностями определения различий между чувствами и телесными ощущениями, фиксацией на внешних событиях в ущерб внутренним переживаниям. Запрет на эмоции делает бессмысленной и неэффективной рефлексию – главное средство самопознания и саморегуляции.

В настоящее время рядом исследователей (С.В.Малыхина, 1999, В.В.Николаева, 1991) выделяются три подхода к определению причин алекситимии – это биологическая теория,

теория травматической соматизации, теория социального научения [5].

Биологический подход рассматривает алекситимию как первичный процесс, в котором ведущая роль принадлежит генетическим механизмам, дефектам или особым вариантам развития головного мозга (П.Сифнеос, 1973, В.В. Калинин, 1995) [3].

Теория посттравматической соматизации рассматривает алекситимию как вторичное расстройство, как защитный механизм [3].

Теория социального научения пытается объяснить этот феномен извне действующими факторами [3]. Большинство представителей этого подхода (Г. Кристал, 1979, Д. Тэйлор, 1987, С. Воликова, 2000, Н.Г. Гаранян, 1998, С.В. Малыхина, 1999, А.Б. Холмогорова, 1998) [цит. по 3] считают, что эмоциональное развитие человека и соответственно патология эмоциональности находятся в прямой зависимости от характера отношений между человеком и окружающей средой, начиная с самого раннего детства [5]. Ребёнок получает информацию о связи того или иного состояния, поведения с соответствующими словами от родителей, затем он получает этот опыт от других людей и из других источников: из книг, фильмов и пр. Благодаря всему этому человек усваивает, что за определенными названиями — так называемой «эмоциональной лексикой» — закрепляется определенное эмоциональное содержание (впечатления, ощущения и другие реакции). Если же по каким-либо причинам человек не приобретает опыта обозначения чувств (например, на эмоциональный опыт ребенка не обращалось специального внимания), то он приобретает *педагогическую алекситимию*, или имеет весьма скудный запас эмоциональной лексики [2].

От эмоционального благополучия студентов зависит их соматическое здоровье. Неблагоприятные эмоциональные состояния, неспособность определять и выражать эмоции, неумение обозначить и разрешить психологические проблемы приводят к соматизации психических нарушений. Своевременное распознавание и коррекция развивающихся дисфункций возможны при условии мониторинга эмоционального здоровья студентов в динамике обучения [6].

Для изучения распространённости алекситимии среди студентов медико-психологического факультета проведено исследование с использованием Торонтской алекситимической шкалы (TAS-26). Шкала адаптирована в 1994 году психоневрологическим институтом им. В.М.Бехтерева, Санкт-Петербург [1]. Многочисленные исследования с применением TAS доказали стабильность, надёжность и валидность её факторной структуры и получаемых результатов. Шкала состоит из 26 пунктов. Предельное теоретическое распределение результатов – от 26 до 130 баллов.

В исследовании принимали участие студенты 2 и 3 курса медико-психологического факультета ГрГМУ (114 человек, 25 юношей и 89 девушек в возрасте 18 – 25 лет).

Анализ показал, что наименьший индекс алекситимии среди студентов составил 33 балла, наибольший – 97 баллов. Распределение полученных результатов было следующим:

47,4% (54 респондента) имели индекс алекситимии в пределах 33 – 62 балла и были отнесены к группе с низким уровнем алекситимии;

35% (40 респондентов) имели индекс алекситимии в пределах 63 – 73 балла и были отнесены к группе со средним уровнем алекситимии;

17,6% (20 респондентов) имели индекс алекситимии в пределах 74 – 97 баллов и были отнесены к группе с высоким уровнем алекситимии.

Таким образом, 52,6% студентов 2 и 3 курсов медико-психологического факультета имеют проблемы с эмоциональным здоровьем. Респонденты со средним уровнем алекситимии не относятся к явным «алекситимикам», но у них наблюдаются проблемы с осознанием и выражением собственных эмоций, а также с их пониманием у других людей.

Для успешного профессионального и личностного становления в динамике обучения в медицинском ВУЗе необходимо учитывать нарушения эмоциональной сферы студентов-медиков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Пособие для психологов и врачей / В.Б. Ересько, Г.Л. Исурина, Е.В. Кайдановская и др. – СПб.: Санкт-

- Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева, 2005. – 24 с.
2. Болучевская, В.В., Павлюкова А.И. Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. (Лекция 2) / В.В. Болучевская, А.И. Павлюкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.. – 2011. – № 2 [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://medpsy.ru>. – Дата доступа: 25.01.2013.
 3. Былкина, Н.Д. Алекситимия (аналитический обзор зарубежных исследований) / Н.Д. Былкина // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1995. – № 1. – С. 43–53.
 4. Вайнер, Э.Н. Валеология / Э.Н. Вайнер. – М, Флинта: Наука, 2001. – 416 с.
 5. Никулина, Д.С. Психолого-педагогические условия преодоления алекситимии у студентов вузов: автореф. ...дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Д.С. Никулина; Таганрог. гос. радиотехн. ун-т. – Ставрополь, 2005.
 6. Хватова, М.В. Состояние когнитивно-эмоциональной сферы как фактор психосоматического здоровья студентов / Т.В. Хватова, Т.В. Юрьева // Валеология. – 2003. – №2. – С. 39–43.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАТАТРАВМЫ

Гаврилик Б.Л., Шамигулова В.И., Радковец И.В.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно»

В настоящее время сочетанные и множественные травмы являются одной из основных причин летальных исходов у лиц трудоспособного возраста, где доминирующую роль занимают дорожно-транспортные происшествия. Около 15% пострадавших с политравмой получают их при падении с высоты [4].

Кататравме принадлежит особое место в структуре сочетанной травмы. Это обусловлено особенностями получения травматических повреждений при падении с высоты. При этом характер и локализация повреждений зависит от многих факторов. Отдельно и в совокупности основную роль играют высота падения, наличие препятствий или предметов, расположенных на траектории падения, положение падающего на момент приземления, жёсткость рельефа [3]. Определённую роль

в исходе играют масса тела пострадавшего, наличие сопутствующей патологии. Локализация наружных повреждений, характер внутренних и их тяжесть соответствует виду приземления и падения. Падение с высоты может быть прямым, когда тело до момента "приземления" не соприкасается с какими-либо предметами, и последовательным (непрямым), когда тело в процессе падения ударяется о предметы, расположенные по траектории полёта на разной высоте (балконы, козырьки, ветки деревьев и т.п.). Кроме того, падение может быть свободным, когда падает только пострадавший, без каких-либо предметов, и несвободным, когда вместе с телом падают различные предметы и конструкции (например, строительные леса, падение внутри лифта и т. п.). Если в момент приземления падающий человек успевает принять определённое положение тела, то такое падение называют координированным. Соответственно, за некоординированное принимается падение без "группировки" тела пострадавшего перед ударом о поверхность соударения. Наконец, любое падение с высоты может происходить с предварительно приданным телу дополнительным ускорением (прыжок, толчок, выбрасывание) - активное падение, и без такового - пассивное падение [1]. Такое падение нередко выполняется с суицидальной целью.

Суицидальные действия представляют собой один из вариантов поведенческих реакций человека (независимо от наличия психического расстройства) в состоянии психологической дезадаптации, которая проявляется широкой гаммой переживаний – как психологически понятных, так и патологических. Многочисленные исследования доказали, что психические расстройства являются серьезнейшим фактором риска суицида. Наиболее высокий риск ассоциирован с расстройствами настроения, расстройствами личности, зависимостью от психоактивных веществ, шизофренией. Риск суицида значительно усиливается при сочетании ряда психопатологических синдромов (например, депрессии и зависимости от психоактивных веществ и др.) или психического расстройства и соматического заболевания.

Согласно данным о применяемых в Республике Беларусь способах суицида в 1997 году основным способом у мужчин

являлось повешение (84%), на втором месте - падение с высоты (6%), на третьем – отравления (3%); у женщин на первом месте - повешение (67)%, затем - падение с высоты (19%) и отравления (12%) [2].

Нами проведен ретроспективный анализ 81 истории болезни больных с кататравмой, находившихся на лечении в больнице скорой медицинской помощи г. Гродно с 2000 по 2010 год. Мужчин было 56 (69,1%), женщин – 25 (30,9%). В возрасте до 10 лет был 1(1,2%) пострадавший, он остался жив; с 11 до 20 лет 18 (22,2%), из них умерших 9 (50,0%); в возрасте 21-40 лет – 31 (38,3%), погибло 8 (25,8%) человек; в возрасте 41-60 – 21 (25,9%), погибло 6 (28,6%); старше 60 лет – 10 (12,4%), умерших 6 (60,0%). Обстоятельства травмы были следующими: бытовая травма - 62(76,5%), суицидальная цель - 16(19,8%) случаев, производственная травма - 3(3,7%) случая. Преднамеренно падение с высоты с суицидальной целью чаще совершали женщины: 11 (68,8%) случаев из 16. Падение с высоты, как суицидальное действие, в возрасте до 20 лет совершили 3 (18,7%) человека, в возрасте 21-40 – 7 (43,8%), 41-60 лет – 5 (31,2%) и старше 60 лет была 1 (6,3%) женщина, страдающая шизофренией. В алкогольном опьянении на момент падения с высоты с суицидальной целью находились 4 (25,0%) пациента, трое из них были мужчины. 3 (18,7%) пострадавших имели психические расстройства, у 1 (6,3) – наблюдалось расстройство адаптации, остальные 8 (50,0%) человек совершили суицидальные действия в состоянии аффекта.

Для исполнения самоубийства посредством кататравмы все пациенты избрали многоэтажные дома. С 3-го этажа выбросились 4 (25,0%) человека, 1 (25,0%) – умер, с 4-го этажа – 4 (25,0%) человека, 1 (25,0%) - умер, с 5-го этажа – 4 (25,0%) пациента, погибло 3 (75,0%) из них, с 6-го этажа – 1(6,25%) человек, он умер, с 7-го этажа также 1 (6,25%), он остался жив и с 8-го этажа выбросились 2 (12,5%) пострадавших, 1 (50,0%) - погиб. У двух пострадавших выпавших с седьмого и восьмого этажа и оставшихся жить, падение с высоты было непрямым. На траектории падения стояли деревья, а тело пострадавших упало на полужесткую поверхность (рыхлый снег).

У всех 16 человек, совершивших суицидальные действия посредством падения с высоты, отмечалась множественная травма различных органов и систем. Повреждения опорно-двигательного аппарата различной степени тяжести и локализации наблюдались у 15 (93,7%) из них, позвоночника - у 7 (43,7%), закрытая черепно-мозговая травма - у 7 (43,7%) пострадавших, торакальная травма (ушибы легких, сердца, пневмо-гемоторакс, переломы ребер) – у 6 (37,5%) пациентов. Подозрения на абдоминальную травму имелись у 13 (81,3%) пострадавших, пятерым из них выполнена диагностическая лапароскопия, исключившая повреждения органов брюшной полости. У одного пациента с тяжелой политравмой наступил летальный исход через 5 минут от начала выполнения лапароскопии, в связи с чем выполнение диагностической манипуляции было прекращено. 7 (43,7%) человек оперированы. По поводу травмы селезенки у двух пострадавших выполнена спленэктомия, кроме того у одного из них ушивались раны печени; гемостатические швы в связи с повреждениями печени наложены двум пациентам. Одной больной с напряженной забрюшинной гематомой таза и травматическим обширным повреждением влагалища для остановки кровотечения перевязаны внутренние подвздошные артерии, что позволило добиться стойкого гемостаза. У одного пациента с травмой поперечно-ободочной кишки выполнена резекция ободочной кишки с наложением трансверзостомы, еще у одного пострадавшего с повреждением мочевого пузыря произведено ушивание разрывов мочевого пузыря и наложена цистостома.

Из всех пациентов, совершивших падение с высоты с суицидальной целью, у 7 (43,7%) человек наступил летальный исход в различные сроки с момента получения кататравмы.

Таким образом, согласно нашим данным, 19,8% человек как способ суицида выбрали падение с высоты. Четвертая часть из них страдала тяжелым психическим расстройством и расстройством адаптации. Остальные совершили суицидальные действия в состоянии аффекта. Если считать, что падение с высоты 6 этажа является смертельным [4], то понятно, что ряд пациентов сознательно выбрали высоту падения, приводящую к летальному исходу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Замятин, П.Н. Структура повреждений и факторы травматогенеза при кататравме / П.Н. Замятин, В.В. Бойко, Овусу Франк // Клиническая хирургия. – 2008. - №1. – С. 43-45.
2. Ласый, Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения /Е.В. Ласый, Н.Н. Хвостова, С.В. Давидовский.-Минск: Бел МАПО,2009. – 50с.
3. Никитин, Г.Д. Множественные и сочетанные переломы костей / Г.Д. Никитин, Н.К. Митюнин, Э.Г. Грязнухин. – Ленинград: Медицина, 1976.- 264 с.
4. Соколов, В.А. Множественные и сочетанные травмы / В.А. Соколов. - Москва: ГЭОТАР Медиа, 2006. – 512 с.

РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Ганчар Е.П., Кажина М.В., Яговдик И.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

«Я видел нескольких человек, умерших от голода, и сотни тысяч от переедания» Б. Франклин (1706–1790 гг.).

Актуальность. В последние годы во всех областях клинической медицины большое внимание уделяется проблеме метаболического синдрома (МС) [1, 3, 6]. На I Международном конгрессе по преддиабету и МС в Берлине в 2005г. МС назвали пандемией XXI века [1, 4]. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 1,7 млрд человек на планете имеет избыточный вес, а к 2025г. количество людей в мире с ожирением достигнет 300 млн человек [5]. Избыточную массу тела имеют 30-60% женщин репродуктивного возраста, а 25-27% страдают ожирением [8, 9]. В экономически развивающихся странах, включая Беларусь и Россию, 30% населения имеют избыточную массу тела [5]. Одним из главных признаков МС является ожирение. Ожирение и сахарный диабет 2-го типа признаны ВОЗ неинфекционными эпидемиями нашего времени в связи с широким распространением среди населения, высоким

риском развития сердечно-сосудистых осложнений, ранней инвалидизацией и преждевременной смертностью [2, 3].

МС представляет особую значимость для здоровья женщин репродуктивного возраста, являясь серьезным фактором риска бесплодия, ранних потерь беременности, перинатальной патологии, злокачественных новообразований [2, 4, 6, 7]. Доказано, что при МС изменяется стероидогенез и продукция гонадотропинов, то есть происходит существенный гормональный дисбаланс, который, в ряде случаев, не может быть полноценно скорректирован даже самыми современными лекарственными средствами [8, 10]. Несмотря на достаточную изученность влияния патогенетических механизмов МС на репродуктивное здоровье женщин, лечение данных пациенток крайне сложное.

Исследования последних лет свидетельствуют о значительных нарушениях в психической сфере при МС, которые оказывают выраженное влияние на формирование патологического пищевого стереотипа [2, 10]. Пищевое поведение человека – это культура потребления пищи, режимы приема пищи, вкусовые предпочтения, стиль питания человека. Многочисленные психологические исследования выявили, что к тучным людям в обществе относятся с пренебрежением, так как окружающие обычно полагают, что в избыточной массе тела виновен сам больной. Отмечается негативное отношение не только к внешности, но и к личности тучных людей [2]. Основной причиной подобного отношения к полным людям является непонимание того, что ожирение – это не лень, не прихоть, а заболевание. Большинство тучных людей находятся в состоянии хронического стресса, что порождает эмоционально-аффективные и психовегетативные расстройства, снижает самооценку, нарушает и ограничивает их социальные контакты. Низкая самооценка формирует чувство вины, ожидание неудачи, отвращение к себе, к своему телу. Таким образом, ожирение нарушает взаимопонимание, провоцирует возникновение конфликтных и стрессовых ситуаций и приводит к психическому дискомфорту, депрессивному состоянию. Расстройства в психической сфере принимают значительное участие в

формировании многообразных форм нарушений пищевого поведения (ПП) при ожирении [2].

Особенности ПП и психоэмоционального статуса женщин репродуктивного возраста, страдающих МС, до настоящего времени остаются малоизученными.

Целью нашей работы было изучение особенностей пищевого поведения и психоэмоционального статуса женщин репродуктивного возраста с МС.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели было обследовано 116 женщин репродуктивного возраста (от 18 до 44 лет). Основную группу составили 87 пациенток с МС, контрольную группу – 29 пациенток без МС. Критерии включения в основную группу – наличие МС согласно критериям International Diabetes Federation (2005), а именно: основной критерий - центральное ожирение (окружность талии у пациенток ≥ 80 см); дополнительные критерии – повышенный уровень триглицеридов ($\geq 1,7$ ммоль/л или 150 мг/дл); сниженный уровень холестерина липопротеидов высокой плотности ($\leq 1,29$ ммоль/л), повышенное артериальное давление (систолическое АД ≥ 130 мм рт. ст. или диастолическое АД ≥ 85 мм рт.ст.) или проведение лечения в связи с ранее диагностированной артериальной гипертензией, повышенный уровень глюкозы в плазме натощак ($\geq 5,6$ ммоль/л). Критерии исключения: наличие органических поражений гипоталамо-гипофизарной области, надпочечников. Сравнимые нами группы были сопоставимы по возрасту, социальному положению. Средний вес пациенток с МС составил 88,4 кг (77,0-99,0), вес пациенток контрольной группы – 56,0 кг (52,0-60,0). ИМТ пациенток с МС составил 32,1 кг/м² (28,2-35,1), у женщин контрольной группы – 20,2 кг/м² (19,48-22,3). У 66,67% пациенток с МС выявлен абдоминальный тип ожирения, глутеофеморальный – у 33,33%. Избыточная масса тела зарегистрирована у 34,48% женщин с МС, ожирение I степени – у 40,23%, ожирение II степени – у 19,54%, ожирение III степени – у 5,75%.

При исследовании питания и нарушений пищевого поведения использовали голландский опросник DEBQ (Dutch Eating Behavior Questionnaire, T. Van Strein, 1986). С целью

изучения психоэмоционального статуса использовалась шкала депрессии Зунга, шкала самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина. Статистические расчеты сделаны с помощью программы Statistica (версия 6,0).

Результаты и обсуждение. При изучении ПП в сравниваемых группах обнаружены достоверно значимые различия: нарушения ПП выявлены у 91,95% женщин основной группы и у 20,68% - контрольной группы ($p < 0,05$). Эмоциогенное ПП определено у 50,57% женщин основной группы и у 10,34% контрольной ($p < 0,05$). Кроме того, у пациенток с МС достоверно чаще встречаются варианты эмоциогенного ПП в виде нерегулярного питания с уменьшением количества приемов пищи, особенно за счет завтрака (в основной группе - 25,29%, по сравнению с контрольной группой – 3,45%; $p < 0,05$), и «синдрома ночной еды», в результате чего у многих пациентов самым калорийным является ужин (22,99% в основной группе и 3,45% в контрольной группе, $p < 0,05$). Ограничительный тип ПП выявлен у 27,59% женщин с МС и у 6,7% женщин из контрольной группы ($p < 0,05$). Экстернальный тип ПП выявлен у 13,79% и 3,45%, соответственно, ($p < 0,05$).

Обследование женщин по шкале депрессии Зунга показало достоверно более высокую частоту патологии личностно-эмоциональной сферы в группе пациенток с МС (52,87%) в отличие от женщин контрольной группы (10,34%), $p < 0,05$. У 43,68% пациенток основной группы и у 10,34% контрольной выявлена легкая депрессия, ($p < 0,05$). У 8 (9,2%) женщин с МС диагностирована выраженная депрессия, в контрольной группе данного состояния выявлено не было ($p < 0,05$).

При обследовании психоэмоционального статуса пациенток по шкале тревожности Спилберга-Ханина выявлена достоверно высокая частота умеренной тревожности у 40,23% женщин с МС и у 6,9% женщин контрольной группы ($p < 0,05$), выраженной тревожности – у 17,24% пациенток с МС, у женщин контрольной группы данного состояния диагностировано не было ($p < 0,05$).

Выводы.

1. У пациенток с МС высока частота нарушений пищевого поведения с преобладанием эмоциогенного типа.

2. У женщин с МС высока частота регистрации личностных особенностей, проявляющихся тревогой, депрессией.

3. Результаты нашей работы доказывают, что лечение пациенток с МС при восстановлении репродуктивного здоровья требует участия не только гинеколога, но и эндокринолога, психолога, психотерапевта.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бутрова, С.А. Метаболический синдром: патогенез, клиника, диагностика, подходы к лечению / С.А. Бутрова // Русский медицинский журнал.– 2001. – №2.– С. 56-60.
2. Вознесенская, Т.Г. Расстройства пищевого поведения при ожирении и их коррекция / Т.Г. Вознесенская // Ожирение и метаболизм.– 2004.– №2.– С.2-6.
3. Геворкян, М.А. Метаболический синдром с позиций гинеколога / М.А.Геворкян // Лечащий врач.– 2007.– №3.– С. 79-83.
4. Диденко, В.А. Метаболический синдром X: История вопроса и этиопатогенез / В.А.Диденко // Лабораторная медицина.– 1999.– №2.– С. 49-57.
5. Дубоссарская, З.М. Метаболический синдром и гинекологические заболевания / З.М. Дубоссарская, Ю.А. Дубоссарская // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2010.– №2.– С. 28-38.
6. Михалевич, С.И. Метаболический синдром в акушерстве / С.И. Михалевич, А.В. Ещенко, Н.Л. Андреева // Искусство медицины.– 2011.– №1.– С.157-166.
7. Eckel Robert, H. Obesity: mechanisms and clinical management / H. Eckel Robert // Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.– 2003.– P. 378-398.
8. Escobar-Morreale, H.F. The molecular-genetic basis of functional hyperandrogenism and the polycystic ovary syndrome / M. Luque-Ramires, J. San Millan // Endocrine Reviews.– 2004.– Vol. 4.- P. 32-34.
9. Correia, M.L. The concept of selectn leptin resistance: evidence from Agouti yellow obese mice [Pathophysiology] / M.L.Correia, W.G. Haynes, K. Rahmouni // Diabetes. – 2002. – Vol. 51, №2. – P.439-442.
10. Neuworp, M. Hypercoagulability in the metabolic syndrome / M. Neuworp, E.S. Stroes // Curr Opin Pharmacol.– 2005.– Vol. 5. – P. 155-159.
11. Prins, J.B. Adipose tissue as an endocrine organ. / J.B. Prins //Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.– 2002. – Dec. – Vol.16, №4. – P.639-651.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ГНОЙНО- НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ

**Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Суров А.Н.,
Живушко Д.Р., Жук Д.А.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗ «Городская клиническая больница №4», Гродно, Беларусь*

Актуальность. Сахарный диабет (СД) наряду с другими хроническими соматическими заболеваниями создает многочисленные психологические преграды (Maguire & Haddad, 1996). Круг возможных отдаленных исходов СД очень широк, начиная от незначительных соматических осложнений и заканчивая слепотой, ампутацией конечностей, почечной недостаточностью и нейропатической болью. Одним из угрожающих жизни пациента осложнений СД является синдром диабетической стопы (СДС), под которым понимается «инфекция, язва и/или деструкция глубоких тканей, вызванная неврологическими нарушениями или снижением артериального кровотока в нижних конечностях» [1]. По данным ВОЗ, на сегодняшний день в мире насчитывается более 150 миллионов больных СД и примерно такое же количество больных, диабет у которых не выявлен. Считается, что каждые 10-15 лет количество больных СД удваивается. В Республике Беларусь на конец 2012 года состоит на учете 237 000 больных, а впервые выявленный СД только за последний год в Гродно составил 972 человека. У этой категории пациентов основная причина смертности (от 50 до 80%) – сердечно-сосудистые осложнения, гангрены, большие и малые ампутации, риск которых, по сравнению с другими причинами ампутаций, возрастает в 3–4 раза. Согласно современным данным, в мире каждый час выполняется 55 ампутаций нижних конечностей у больных СД. И это делает СД и его осложнения острой медико-социальной проблемой здравоохранения многих стран мира и Республики Беларусь. Течение СДС неуклонно прогрессирует, чему в значительной мере способствует развитие безболезненных язв, нарушение регионарного кровотока стоп, и особенно тот факт, что пациенты

долгое время не обращают внимания на развивающиеся патологические местные изменения, которые заметно прогрессируют и приводят к таким осложнениям, как абсцессы, флегмоны и, в конечном итоге, гангрене конечности. И только при развитии тяжелых стадий критической ишемии нижних конечностей, которые угрожают жизни пациента, они обращаются за медицинской помощью и единственным способом спасения жизни таких пациентов является ампутация конечности, зачастую на уровне бедра. Данные последних исследований подтверждают, что у людей, страдающих СД, часто бывает ряд психологических проблем и психических расстройств из-за развивающейся энцефалопатии, частые смены настроения и поведения из-за страданий, причиняемых болезнью и особенно инвалидизацией из-за потери конечности. Степень социальной несостоятельности зависит скорее от того, насколько серьезно человек воспринимает свое состояние, а не в соответствии со степенью серьезности, воспринимаемой врачами. И все-таки пациенты намного больше ценят спасение ноги, если это удастся хирургам, чем блестяще выполненную ампутацию. И это требует от хирургов применения всех возможных методов комплексного, почти всегда интенсивного консервативного лечения, в том числе и с применением этапных оперативных вмешательств, направленных на спасение жизни пациента и пораженной конечности.

Цель – определить негативное влияние ампутаций нижних конечностей на качество жизни и реабилитацию в послеоперационном периоде у больных с осложненными формами СД на основании результатов оперативного лечения пациентов с СДС.

Методы исследования. В основу работы положены данные результатов проведенного лечения 71 пациента с гнойно-некротическими осложнениями СДС за 2010-2011 гг. в клинике общей хирургии УЗ «ГКБ №4 г. Гродно», госпитализированных в гнойное хирургическое отделение. Средний возраст пациентов составил $73 \pm 1,4$ года, мужчин было 59 (83,1%), женщин – 12 (16,9%). Ранее, во время предыдущих госпитализаций, оперативные вмешательства в объеме: вскрытие флегмон, абсцессов стоп, экзартикуляции и ампутации пальцев,

выполнялись у 18 (25,4%) больных. Госпитализированы при поступлении сразу в реанимационное отделение 29 (40,8%) пациентов, в хирургическое отделение – 42 (59,2%). Ампутации на уровне голени выполнены у 25 (35,2%) больных, на уровне бедра – у 46 (64,8%), при этом у 22 (31%) больных ампутации выполнены по экстренным показаниям.

Результаты и их обсуждение. Всем пациентам проводилась комплексная консервативная терапия, направленная на стабилизацию тяжести состояния пациента и улучшение регионарного кровотока пораженной конечности. Однако, проводимая терапия не всегда оказывала желаемые положительные результаты и у 22 пациентов было проведено оперативное вмешательство – ампутация нижней конечности: у 19 – на уровне бедра, у 3 – на уровне голени. Показания к срочной (от 24 до 48 часов) ампутации конечности на уровне бедра были определены у 18 (25,4%) пациентов в связи с прогрессированием влажной гангрены и/или флегмоны стопы, после вскрытия не дренируемых гнойных затеков. В отсроченном периоде (от 6 до 9 суток) ампутации на уровне бедра выполнены у 31 (43,7%) пациента. В послеоперационном периоде умерли 11 (15,5%) больных. Пациентам до и после операции проводилось внутривенное и внутриаартериальное введение антибиотиков в смеси с обезболивающими и сосудорасширяющими средствами, новокаином и общепринятое комплексное (общее и местное) лечение.

Следует отметить, что после ампутации конечности пациенты испытывают огромную психологическую депрессию и астенизацию, а также тяжелую физическую нагрузку при передвижении, что повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений. Увеличивается и физическая нагрузка на вторую ногу с риском прогрессирования трофических нарушений. Даже ампутация в пределах стопы, вследствие возникающей деформации и перераспределения нагрузки, повышает риск образования новых трофических язв на этой стопе по сравнению с противоположной.

Так, только за 2012 год ампутации контрлатеральной нижней конечности были выполнены у 5 пациентов по жизненным показаниям в связи с прогрессированием гнойно-

некротического процесса на стопе и неэффективностью проведения комплексного консервативного лечения, а это уже потеря обеих нижних конечностей со всеми страданиями человека в связи с глубокой инвалидностью.

Выводы. В заключение следует отметить, что СДС является одним из наиболее драматичных осложнений сахарного диабета: среди пациентов присутствует постоянный страх гангрены и ампутации, угрожающих жизни больного и потере конечностей. Но ампутация отнюдь не является закономерным исходом СДС. Современные методы, позволяющие успешно лечить это осложнение диабета, могут применяться не только в крупных клиниках и специализированных лечебных центрах, но и в больницах практического здравоохранения. Внедрение этих методов требует преодоления ряда трудностей, которые связаны с отсутствием информированности населения о данной патологии и поздним обращением таких пациентов за медицинской помощью, а ведь на ранних стадиях развития патологического процесса еще возможно адекватное восстановление трофики пораженной конечности и, как следствие, предотвращение ампутации. Следует стремиться к этому.

Главная цель высоких ампутаций у больных СД – спасение жизни пациента; основная задача – сохранение, по возможности, функциональной активности конечности. Социальная реабилитация должна быть ранней, начинаться на стационарном этапе лечения и основываться на тесном взаимодействии эндокринологов, хирургов и психологов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Международное соглашение по диабетической стопе. Подготовлено Рабочей группой по диабетической стопе. Амстердам, Голландия, 1999 г.

О СЕРЬЕЗНОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ СРЕДИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

**Гелда А.П., Горюшкина Е.Г., Залесская И.С., Кучко Е.В.,
Никулина Е.Ю., Роменский А.В., Рунец К.Е., Шейко Е.В.**

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Аутоагрессивные (фатальные и нефатальные) действия — современная медико-социальная проблема во многих странах мира, в том числе в Беларуси [6]. Зависимость лица от алкоголя является фактором высокого риска к совершению аутоагрессивных действий, в частности, суицидальных [1, 5], и риск суицидальной смертности при алкогольной зависимости составляет 11–15% [3]. В особенности наиболее высокий избыточный суицидальный риск при алкогольной зависимости отмечается у лиц с «суицидальной карьерой» (хронизацией суицидального поведения) [4]. В то же время проблема угрозы жизни вследствие совершения нефатальных суицидальных действий при различных типах суицидального поведения (первичном или повторяющемся) среди лиц с алкогольной зависимостью не является достаточно изученной.

Цель исследования — оценить серьезность суицидальных намерений (вероятность летального исхода) у лиц с алкогольной зависимостью при первичном и повторном самопокушениях.

Материал и методы. На клинической базе ГУ «РНПЦ психического здоровья» и УЗ «Больница скорой медицинской помощи г. Минска» проведено открытое сравнительное проспективное в однородных параллельных группах со стратификационной рандомизацией (да/нет хронизации суицидального поведения) клинико-суицидологическое исследование в соответствии с протоколом «Схемы интервью Европейского исследования парасуицидов» (EPSIS 5.1) [2] с анализом информации исследовательских блоков: социально-демографического, биографического, медицинского, изучения обстоятельств и мотивов совершения парасуицида. Критерии включения в исследование — верифицированные случаи суицидальных попыток у лиц с алкогольной зависимостью (F10) в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса с клиническими признаками невротических расстройств (F40-F43)

или настроения (F32.0-F32.1). Выборка исследования — сплошная за период времени 01.01. 2011 г. – 01.01. 2013 г. При математической обработке материалов исследования применялась вариационная статистика в программе MS Excel 2003: двухвыборочный t-тест Стьюдента для проверки гипотезы различия/сходства между средними значениями ($M \pm m$) независимых выборок и хи-квадрат Пирсона (χ^2) для оценки значимости изучаемого эффекта.

Всего в исследование при добровольном согласии был включен 241 человек, из них 117 (средний возраст: $29,6 \pm 0,7$ лет) — лица (парасуициденты) с повторными суицидальными попытками и 124 ($34,2 \pm 0,8$ лет; $P < 0,001$ при $t = 4,283$) — лица, совершившие впервые в жизни суицидальную попытку (контрольная выборка исследования). В выборке парасуицидентов с хронизацией суицидальных действий лица мужского пола были представлены 83,8% от общего числа выборки (87,9% в контрольной выборке; $P > 0,05$) и женского — 16,2% (в контроле 12,1%) ($P > 0,05$).

Результаты и обсуждение.

Клиническое статусное положение. На фоне сплошного набора всех госпитальных случаев самопокушений среди лиц с непсихотическими формами алкогольной зависимости в изучаемых выборках парасуицидентов частотное распределение по группам расстройств рубрик F10.1 и F10.2 определялось как неслучайное явление ($P = 0,028$ и $\chi^2 = 4,831$) при значимых различиях межвыборочного сопоставления по конкретной нозологической группе ($P < 0,05$ и $t = 2,202$). Верифицированный диагноз употребления алкоголя с вредными последствиями (F10.1) установлен у 19,7% лиц в выборке с повторяющимся и у 9,7% лиц в выборке с первичным суицидальным поведением (2-кратное различие показателей) и синдрома зависимости от алкоголя (F10.2), соответственно, у 80,3% и 90,3%.

В обеих исследуемых выборках у парасуицидентов при случайности распределения в ситуации переживаемого суицидоопасного кризиса преимущественно выявлялись ситуационно обусловленные расстройства адаптации с нарушением поведения (F43.24: 41,9% к 42,7% в контроле) или с

тревожно-депрессивными симптомами (совокупно F43.20-F43.22: 28,2% к 26,6%) ($P>0,05$).

По шкале депрессии Бека средний балл «депрессии» выше констатировался в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением ($13,3\pm 0,92$ балла против $11,7\pm 0,77$ балла; $P>0,05$). В межвыборочном сопоставлении распределение частотности встречаемости дифференцированных уровней депрессии было явлением случайным. Нормированный показатель фиксировался у 46,0% парасуицидентов при первичном и у 39,3% – при повторном самопокушении. Случаи выхода балльного показателя за нормированные величины при показателе умеренно выраженной депрессии отмечены в 31,5% и в 35,0% случаев, соответственно, в выборках парасуицидентов при первичном и повторном самопокушении и при показателе критического уровня депрессии – в 20,2% и 20,5% случаях. Случаи явно выраженной депрессии выявлялись в 2 раза чаще при хронизации суицидального поведения (5,1% к 2,4%; $P>0,05$) и нозологически верифицировались как «легкий/умеренный депрессивный эпизод» (F32.00/F32.10).

Уровень суицидальной готовности и угроза жизни. Оценка результатов обработки шкалы суицидальных интенций (SIS) при случайности распределения явления свидетельствовала, что уровень суицидальных намерений и действий у 94,4% парасуицидентов с первичным и у 94,9% с повторным самопокушением характеризовался как низкий (0-10 баллов), соответственно, в 4,3% и 5,6% случаев как средний (11-20 баллов) и только у незначительной части парасуицидентов с повторным самопокушением (у 0,9%) соответствовал высокому (21-30 баллов) суицидальному риску.

По шкале безнадежности средний уровень суицидального риска был невысоким и выявлялся в пределах $5,7\pm 0,41$ балла у лиц с первичным и $5,2\pm 0,35$ балла у лиц с повторяющимся суицидальным поведением ($P>0,05$), а показатели, условно характеризующие разные уровни суицидального риска, не имели достоверной связи межвыборочного частотного распределения. Наиболее высоким являлось представительство показателя низкого суицидального риска (0-6 баллов по шкале): у 65,3% парасуицидентов с первичным и у 70,9% — с повторным

самопокушением и менее высоким представительство показателя высокого суицидального риска (14-20 баллов по шкале): соответственно, в 7,3% и 5,1% случаев.

В то же время в межвыборочном сопоставлении распределение частотности случаев суицидальных попыток в зависимости от угрозы для жизни не являлось случайным ($P=0,050$; $\chi^2=5,568$). Значимыми в контексте клинической оценки последствий для здоровья парасуицидента определялись показатели различия реальной угрозы для жизни (1,6-кратный риск при первичном самопокушении: 31,5% к 19,7% случаям; $P<0,05$ и $t=2,122$) и сомнительной (при неблагоприятном стечении обстоятельств вероятный летальный исход; 1,4-кратный риск при повторном самопокушении: 45,3% к 33,1%; $P<0,05$ и $t=1,958$). И только в 35,5% случаях парасуицида при первичном самопокушении и в 35,0% случаях при повторном при любых условиях и без оказания медицинской помощи летальный исход от самопокушения не ожидался ($P>0,05$).

Степень влияния причинных факторов самопокушения на мотивацию поступка оценена по результатам самооценки по шкале мотивов парасуицида. Балльные показатели в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением были несколько выше (при $P>0,05$): соответственно, средняя суммарная оценка по всем пунктам утверждений – $4,3\pm 0,32$ балла против $4,1\pm 0,28$ балла, средние шкальные оценки по категориям утверждений «преимущественно манипулятивные» – $0,62\pm 0,05$ балла против $0,53\pm 0,04$ балла, «неопределенные/амбивалентные» – $0,77\pm 0,05$ балла против $0,67\pm 0,04$ балла и «стремление к смерти» – $0,55\pm 0,06$ балла против $0,50\pm 0,06$ балла.

Распределение в исследуемых выборках лиц с доминирующими манипулятивными, амбивалентными и со стремлением к смерти утверждениями (т.е. лиц с более высоким шкальным баллом в одной из трех категорий утверждений) было случайным, причем с не верификацией достоверности частот встречаемости признака (утверждений) при межвыборочном попарном сопоставлении. В то же время в выборке парасуицидентов с повторным самопокушением явно прослеживалась тенденция к накоплению частот встречаемости исследуемого признака по категориям утверждений

«манипулятивные» (1,1-кратное различие показателей: 40,2% к 37,1% случаев) и «амбивалентные» (1,1-кратное различие показателей: 47,0% к 41,1%) и к снижению накопления частот встречаемости признака по категории утверждений «стремления к смерти» (1,7-кратное различие показателей: 12,8% к 21,8%).

Выводы.

В суицидоопасной кризисной ситуации зависимость от алкоголя ассоциирована:

1. С высоким риском хронизации суицидального поведения при начальной клинической форме алкогольной зависимости (F10.1) (2-кратным: 19,7% к 9,7% случаев первичных самопокушений; $P < 0,05$).

2. Вне зависимости от типа суицидального поведения с невысоким уровнем личностной депрессии ($13,3 \pm 0,92$ балла к $11,7 \pm 0,77$ балла при первичном суицидальном поведении; $P > 0,05$) и суицидальной готовности (высокий суицидальный риск, соответственно, в 5,1% и 7,3% случаев; $P > 0,05$), но при более высоком риске (1,6-кратном) реальной угрозы для жизни первичного самопокушения ($31,5\%$ к $19,7\%$; $P < 0,05$).

3. Вне зависимости от типа суицидального поведения с равноценной суицидогенной нагрузкой силы влияния суицидогенных факторов (в пределах 4,1-4,3 балла мотивированной оценки) при доминирующих манипулятивных (37,1-40,2% случаев) и амбивалентных (41,1-47,0%) позициях выбора ухода из жизни, но на фоне 1,7-кратного превышения при первичном самопокушении мотиваций с потенциально высоким риском летального исхода («стремления к смерти»; 21,8% к 12,8%; $P > 0,05$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Говорин, Н.В. Значение алкогольного опьянения и алкогольной зависимости в суицидальном поведении / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко // Алкогольный фактор в криминальной агрессии и аутоагрессии / Н.В. Говорин, А.В. Сахаров, А.С. Гаймоленко. — Чита: Изд-во «Иван Федоров», 2009. — С. 112–143.
2. EPSIS I Version 5.1 Inicial interview / A.J.F.M Kerkhof [et al.]. — Geneva: WHO Collaborating Centre for Prevention of Suicide, 1989. — 117 p.
3. Goodwin, D.W. Is alcoholism hereditary? — N.Y.: Balantine Books, 1998.

4. Gunnell, D. Prevention of suicide: aspirations and evidence / D. Gunnell, S. Frankel // Brit. Med. J. — 1994. — Vol. 308. — P. 1227–1233.
5. Lunetta, P. The role of alcohol in accident and violent deaths in Finland. / P. Lunetta, A. Penttilä, S. Sarna // Alcohol. Clin. Exp. Res. — 2001. — P. 1654–1661.
6. World Report on Violence and Health / eds. E.G. Krug. — Geneva: World Health Organization, 2002. — 346 p.

ВЛИЯНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ

Гельберг И.С., Вольф С.Б., Авласенко В.С., Алексо Е.Н., Шевчук Д.В., Демидик С.Н., Чалая Е.В., Шейфер Ю.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В настоящее время наиболее важной и нерешенной проблемой фтизиатрии является туберкулез с наличием множественной лекарственной устойчивости (МЛУ) микобактерии туберкулеза (МБТ), называемый МЛУ - ТБ, частота которого имеет тенденцию к нарастанию. За 5 лет число этих больных увеличилось в 4 раза [9]. В Гродненской области, по отчетным данным, в 2012 году уровень МЛУ-ТБ среди впервые выявленных бактериовыделителей составил 36,3%, среди всех бактериовыделителей - 63,6%. Эффективность лечения МЛУ-ТБ значительно ниже и обходится в десятки раз дороже [1, 2, 5, 12].

Большое значение имеет также проблема наличия при туберкулезе отягощающих факторов, негативно влияющих как на распространенность заболевания, так и на эффективность его лечения. На первом месте среди этих факторов по частоте и клинической значимости стоит злоупотребление алкоголем. У лиц с алкогольной зависимостью, с одной стороны, увеличивается уровень заболеваемости туберкулезом, с другой, отмечается более тяжелое его течение, снижение эффективности лечения, и отсюда повышается летальность [3,4,6,7,8,9,10,11].

Цель работы – оценить сочетанное влияние МЛУ-ТБ и алкоголизма на клинические проявления, течение и эффективность лечения пациентов с туберкулезом легких.

Обследовано 143 пациента с МЛУ-ТБ органов дыхания, из которых – 1-я группа 57 (39,9%) употребляла алкоголь умеренно или не употребляла, 86 (60,3%) злоупотребляли, во 2-й 44 (51,2%) находились на учете в наркологическом диспансере по поводу зависимости от алкоголя (2-я А подгруппа).

Среди пациентов, злоупотребляющих алкоголем, отмечались более тяжелые клинические проявления. Так, распространенные процессы (протяженность в легочной ткани свыше 2 –х сегментов), выявлены в 1-й группе у 31 (54,4%) пациента, во второй – у 62 (72,1%), $p=0,05$. Только во второй группе встречались наиболее тяжелые клинические формы туберкулеза легких: казеозная пневмония (2) и фиброзно-кавернозный туберкулез (9) – у 11 пациентов (11,8%). Полости распада во 2-й группе выявлены у 52 (60,4%), тогда как в 1-й – у 25 (43,8%), $p<0,05$, две и более полости распада одновременно были у 42,3% и 28,0% соответственно к числу пациентов с их наличием.

Лечение в стационаре проводилось согласно протоколам для пациентов с МЛУ-ТБ (9): начальная или интенсивная фаза в стационаре до 8-ми месяцев, фаза продолжения преимущественно амбулаторно под контролем, всего до 24 месяцев.

Частота нежелательных побочных реакций (НПР) на противотуберкулезные препараты (ПТП) составила в 1-й группе 61,4% (у 35 пациентов), во 2-й – 82,6% (у 71), $p<0,05$ в том числе, среди состоящих на учете с алкогольной зависимостью у 86,4% (38 из 44). НПР средней тяжести и тяжелые составили в 1-й группе 35,1%, во 2-й – 46,4%, в том числе во 2-й А подгруппе – 50,0%. Наибольшее различие между группами в частоте гепатотоксических НПР: 25,4% – в 1-й и 52,1% во 2-й ($p<0,05$). Результаты стационарного лечения оказались следующими: в 1-й группе прекращение бактериовыделения и клинико-рентгенологический эффект получен у 49 из 57 пациентов, т.е. в 85,9%, во 2-й группе – у 57 из 86, или в 66,3%, различие достоверно ($p<0,05$), а во 2-й А группе, состоявших на учете по

поводу зависимости от алкоголя, – всего у 26 из 44, т.е. в 59,1%. Летальность от туберкулеза в стационаре в 1^й группе отсутствовала, во 2-й умерло 6 пациентов – 70% (в 2^й А подгруппе – 9,1%).

Для МЛУ - туберкулеза характерна склонность к волнообразному течению с обострениями и рецидивами, поэтому наибольшее значение имеют результаты наблюдений за пациентами после выписки из стационара.

Отдаленные результаты со сроками наблюдения от 2-х до 8-ми лет получены у 52 пациентов 1-й группы и у 82- 2^й, всего у 134 человек. Согласно современным критериям лечение признано успешным (излечен и лечение завершено) у 42 в 1-й группе, что составляет 80,8% и у 56 из 82 - во 2-й – 68,3% ($p < 0,05$).

Летальность после выписки из стационара составила в 1^й группе 3,8% (2 пациента), во 2-й группе - 6,1% (15 пациентов). Всего с момента поступления от туберкулеза умерло в 1^й группе 2 пациента (3,5%), во 2-й - 11 (12,8%), $p = 0,05$. От других причин в 1-й группе летальности не было, во 2-й - умерло 7, т.о. общая летальность равнялась 20,9% против 3,5% в 1-й группе ($p < 0,05$).

В целом полученные результаты с учетом исходного туберкулезного процесса, наличия МЛУ - МБТ в сочетании со злоупотреблением алкоголем следует считать достаточно высокими, даже во 2-й группе. Это связано, в значительной степени, с налаженным в области контролем за приемом пациентами ПТП не только в стационарах, но и амбулаторных условиях и оформлением уклоняющихся от лечения через суд на принудительное лечение в специализированный стационар, где они наблюдаются до стойкого прекращения бактериовыделения.

Выводы:

1. У пациентов с МЛУ-БТ, злоупотребляющих алкоголем, туберкулезный процесс по клинической структуре и проявлениям более тяжелый, чем у аналогичной группы лиц без алкогольной зависимости.

2. Злоупотребление алкоголем негативно влияет на частоту и тяжесть НПР при химиотерапии МЛУ-ТБ, в первую очередь в отношении гепатотоксических реакций.

3. У пациентов с МЛУ-ТБ, злоупотребляющих алкоголем, снижается эффективность лечения, как на стационарном, так и на амбулаторном этапах и повышается показатель летальности.

4. Организация контролируемой химиотерапии на всех этапах позволяет добиться удовлетворительных результатов (68,3%) при МЛУ-ТБ в сочетании с алкоголизмом и довольно высоких (80,8%) у пациентов, не злоупотребляющих алкоголем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бессера, И.С. Полирезистентный туберкулез – угроза человечеству / И.С. Бессера, П.С. Фишер, Дж. И. Ким // М.2001. - С.40.
2. Эффективность химиотерапии туберкулеза у больных, выделяющих ЛУ штаммы МБТ с различными генотипами / И.А. Васильева, [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 2004. - № 8. - С. 25-27.
3. Результаты комплексного лечения больных туберкулезом легких, страдающих хроническим алкоголизмом / В.В. Колесников [и др.] // Проблемы туберкулеза. – 1990. - № 2. - С. 61-64.
4. Малофеев, А.Н. Причины смерти больных туберкулезом, страдающих алкоголизмом / А.Н. Малофеев, Г.А. Смирнов // Проблемы туберкулеза. – 1981. - № 12. - С.16-19.
5. Панова, Л.В. Лечение и исходы туберкулеза с МЛУ МБТ у детей и подростков / Л.В. Панова, Е.С. Овсянкина // Проблемы туберкулеза. – 2007. - № 5. - С. 20-22.
6. Пилипчук, Н.С. Лечение больных туберкулезом и алкоголизмом: Обзор / Н.С. Пилипчук // Проблемы туберкулеза. – 1990. - № 7. - С. 67-68.
7. Рудой, Н.М. Туберкулез легких у больных, страдающих одновременно алкоголизмом и психическими заболеваниями / Н.М. Рудой, Т.Ч. Чубаков // Проблемы туберкулеза. – 1991. - № 8. - С. 48-49.
8. Медико-социальные аспекты туберкулеза органов дыхания в сочетании с алкогольной болезнью в современных условиях / А.Я. Сивак [и др.] // Матер. международной научно-практической конференции: Туберкулез современного периода. – Минск, 2012. – С. 67-71.
9. Клиническое руководства по лечению туберкулеза легких и его лекарственноустойчивых форм / Е.М. Скрягина [и др.] // Минск, 2012. – С. 84.
10. Эффективность лечения больных туберкулезом с наличием
11. факторов риска / Гельберг И.С. [и др.] // Сб. достижений мед. науки РБ. – Минск, 1999. – С. 39-40.
12. 11.Zorenz, Z. Broncho-pneumonale Erkrankungen bei Alkoholism / Z. Zorenz, R. Ferlinz // Dtsch. Med. Nschs. – 1985. -110. - № 27. - S. 1086-1088.

13. Tuberculosis screening in alcoholis and drug addicts / Z. Fridman [et all.] // *Amter Rer. Resp Dis.* – 1987. – 136. - № 5. – P. 1188-1192.
14. 13.Jseman, M.D. Drug resistant tuberculosis / M.D. Jseman, Z.A. Maclsen // *Clin. - Chst. Med.* - V. 10. – P. 341.

ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬ-СПЕЦИФИЧНЫХ И ВЫСОКО ОБУСЛОВЛЕННЫХ АЛКОГОЛЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Голубева Т.С., Иванова Е.В.

*ГУ «Республиканский научно-практический центр психического
здоровья»*

Актуальность. Для алкоголизма характерны тяжелые медико-социальные последствия, выражающиеся в ранней инвалидизации пациентов и высокой смертности вследствие обусловленной потреблением алкоголя патологии. Регулярное употребление алкоголя осложняется развитием целого ряда заболеваний, в том числе алкогольной болезни печени [1]. Одной из главных причин цирроза печени считается алкоголизм. Жировая дистрофия печени (жировой гепатоз, стеатоз) встречается у 60% больных алкоголизмом. Алкогольный цирроз печени развивается у 10–20% лиц, злоупотребляющих алкоголем. На фоне уже имеющегося цирроза печени нередко развивается острый алкогольный гепатит. Хронический алкогольный гепатит диагностируется у пациентов при отсутствии признаков цирротической трансформации. Без воздержания от приема алкоголя, как правило, он прогрессирует с исходом в цирроз печени [2].

Целью настоящего исследования являлось изучение первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (мужчины 18-59 лет, женщины 18-54 лет) Республики Беларусь при алкоголь-специфичных и высоко обусловленных алкоголем заболеваниях печени, выявление тенденций в структуре и динамике показателей инвалидности, оценка тяжести инвалидности.

Методы исследования. Изучение показателей первичной инвалидности при алкоголь-специфичных и высоко обусловленных алкоголем заболеваниями печени проводилось на основании материалов базы данных талонов учёта экспертной и консультативной работы МРЭК, информационной системы «Инвалидность», функционирующей в ГУ «РНПЦ медицинской экспертизы и реабилитации», за 2002-2011 гг.

К алкоголь-специфичным заболеваниям печени относили алкогольную болезнь печени (Код по МКБ 10 – K70), к заболеваниям печени, высоко обусловленных алкоголем, – фиброз и цирроз печени (Код по МКБ 10 – K74).

Для расчета интенсивных показателей использовались данные Национального статистического комитета Республики Беларусь о численности и половозрастной структуре населения.

Результаты и обсуждение. По данным информационной системы «Инвалидность» в структуре первичной инвалидности населения трудоспособного возраста (мужчины 18-59 лет, женщины 18-54 лет) по обращаемости в медико-реабилитационные экспертные комиссии в 2002-2011 гг. на долю обусловленной алкоголем патологии в Республике Беларусь приходилось 9,0%, в т.ч. удельный вес алкогольной болезни печени (K70) составлял 0,4%, фиброза и цирроза печени (K74) – 2,0%.

Первичная инвалидность вследствие алкогольной болезни печени. В период с 2002 г. по 2011 г. медико-реабилитационными экспертными комиссиями Республики Беларусь инвалидность вследствие алкогольной болезни печени при первичном освидетельствовании лиц трудоспособного возраста устанавливалась в 879 случаях. В среднем за год инвалидом признавались 88 человек. В целом за 10 лет мужчинам инвалидность устанавливалась чаще (605 случаях или 68,8%), чем женщинам (в 274 случаях или 31,2%). Освидетельствовались, главным образом, городские жители (766 случаев или 87,1%), на жителей села приходилось 113 освидетельствований (или 12,9%) по поводу установления инвалидности вследствие данной патологии.

Контингент впервые признанных инвалидами вследствие алкогольной болезни печени (K70) состоял, главным образом, из

инвалидов II группы, их удельный вес в структуре тяжести инвалидности в среднем за 10 лет составил 58,8%, при этом на долю I группы инвалидности приходилось 9,6%, III группы – 31,6%.

Тяжесть первичной инвалидности (суммарный удельный вес I и II группы инвалидности) при алкогольной болезни печени (K70) составила 68,4%.

Среднегодовой уровень первичной инвалидности вследствие алкогольной болезни печени (K70) за исследуемый период составил 1,13 на 100 тыс. населения.

Показатель первичной инвалидности среди мужчин в среднем за исследуемый период (1,70 на 100 тыс. населения) превысил таковой среди женщин (0,65 на 100 тыс. населения) в 2,6 раза ($p < 0,001$). Уровень первичной инвалидности среди городского населения (1,35 на 100 тыс. населения) был выше, чем в сельской местности (0,54 на 100 тыс. населения) в 2,5 раза ($p < 0,001$).

Анализ динамики уровня инвалидности вследствие алкогольной болезни печени (K70) показал, что с 2002 г. по 2011 г. показатель первичной инвалидности при данной патологии снизился на 61,9% ($p < 0,001$): 2002 г. – 1,49 на 100 тыс. населения, 2011 г. – 0,57 на 100 тыс. населения.

Первичная инвалидность вследствие фиброза и цирроза печени. В период с 2002 г. по 2011 г. вследствие фиброза и цирроза печени (K74) было впервые признано инвалидами 4 366 человек. В среднем за год инвалидами признавались 437 человек. Инвалидность чаще устанавливалась мужчинам (в 2 859 случаях или 65,5%), чем женщинам (в 1 507 случаях или 34,5%), а городским жителям (3 476 случая или 79,6%) – чаще, чем сельским (890 случаев или 20,4%).

В контингенте впервые признанных инвалидами вследствие фиброза и цирроза печени (K74) в среднем за 10 лет наибольший удельный вес имели инвалиды II группы – 60,0%, на долю инвалидов I группы приходилось 7,4%, III группы – 32,6%.

Тяжесть (суммарный удельный вес I и II группы инвалидности) первичной инвалидности при и фиброзе и циррозе печени (K74) составила 67,4%.

Уровень первичной инвалидности вследствие фиброза и цирроза печени (K74) за период 2002-2011 гг. составил 5,60 на 100 тыс. населения трудоспособного возраста.

Показатель первичной инвалидности среди мужчин (8,05 на 100 тыс. населения) был выше, чем среди женщин (3,55 на 100 тыс. населения) в 2,3 раза ($p < 0,001$). Уровень первичной инвалидности среди городского населения (6,11 на 100 тыс. населения) был выше, чем в сельской местности (4,23 на 100 тыс. населения) в 1,4 раза ($p < 0,001$).

С 2002 г. по 2011 г. показатель первичной инвалидности вследствие фиброза и цирроза печени (K74) вырос на 64,1% ($p < 0,001$): с 4,47 на 100 тыс. населения до 7,34 на 100 тыс. населения.

Выводы. В структуре первичной инвалидности населения трудоспособного возраста Республики Беларусь в период 2002-2011 гг. удельный вес алкогольной болезни печени (K70) составлял 0,4%, фиброза и цирроза печени (K74) – 2,0%.

С 2002 г. по 2011 г. в Республике Беларусь среди населения трудоспособного возраста инвалидность вследствие алкогольной болезни печени при первичном освидетельствовании устанавливалась в среднем у 88 человек в год, вследствие фиброза и цирроза печени – у 437 человек в год. Инвалидность чаще устанавливалась мужчинам, чем женщинам, а городским жителям – чаще, чем сельским.

Среднегодовой уровень первичной инвалидности вследствие алкогольной болезни печени составил 1,13 на 100 тыс. населения, вследствие фиброза и цирроза печени – 5,60 на 100 тыс. населения. С 2002 г. по 2011 г. показатель первичной инвалидности при алкогольной болезни печени снизился на 61,9%: с 1,49 на 100 тыс. населения до 0,57 на 100 тыс. населения ($p < 0,001$), в то время, как при фиброзе и циррозе печени наблюдался его рост на 64,1%: с 4,47 на 100 тыс. населения в 2002 г. до 7,34 на 100 тыс. населения в 2011 г. ($p < 0,001$).

В структуре тяжести первичной инвалидности вследствие алкогольной болезни печени и фиброза и цирроза печени наибольшим был удельный вес II группы инвалидности (58,8% и 60,0% соответственно).

Учитывая вышеизложенное, можно констатировать, что инвалидность вследствие алкоголь-специфичных и высоко обусловленных алкоголем заболеваний печени, является медико-социальной проблемой. На поздних стадиях, к сожалению, данная патология может прогрессировать даже при воздержании от приема алкоголя. Однако на ранних этапах развития она полностью обратима. Это объясняет необходимость и важность раннего выявления и лечения алкогольного поражения печени, что сможет предотвратить огромное количество смертей, особенно среди молодых работоспособных мужчин. Имеется необходимость межведомственного взаимодействия в совершенствовании системы профилактики алкоголизации населения Республики Беларусь. Полученные в настоящем исследовании данные могут быть использованы при планировании объемов средств, выделяемых на указанные цели.

ЛИТЕРАТУРА

1. Огурцов, П.П. Алкоголь и здоровье населения России 1900–2000. / П.П. Огурцов, А.Б. Покровский, А.Е. Успенский // Материалы Всерос. форума. М., 1998. – С. 167-173.
2. Хазанов, А.И. К вопросу об алкогольных поражениях печени / А.И. Хазанов // Рос. мед. вести. – 1998. – №1. – С.40-44.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Давидовский С. В.

УЗ «ГПНД»

Актуальность.

В течение последних 10 лет в г. Минске и Республике Беларусь произошел ряд крупных катастроф и террористических актов: «давка» на станции метро «Немига» (2002), обрушение крыши в школе (Краснополье, 2005г.), взрыв в г. Минске на День независимости (проспект Победителей 2008), взрыв в г. Минске на станции метро «Октябрьская» (2011).

Для лиц, находившихся в очаге поражения, было характерно возникновение различных психоэмоциональных нарушений. При оказании им психотерапевтической и

психологической помощи были выявлены определенные закономерности, что позволило структурировать дальнейшую работу по оказанию специализированной медицинской помощи таким лицам.

Методы исследования

У пострадавших отмечались разнообразные психоэмоциональные нарушения, которые соответствовали критериям посттравматического стрессового расстройства, согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра. Данные психопатологические нарушения в различных ситуациях проявлялись по-разному. В одних случаях они не сопровождалась ощущением угрозы для собственной жизни. Осознание опасности возникало позже, а вместе с ним и проявление выраженной психопатологической симптоматики (проспект Независимости 2008г.; станция метро «Октябрьская», 2011г.). В других - ощущение угрозы для жизни отмечалось сразу, и на фоне этого проявлялась острая реакция на стресс (Немига, 2002г., Краснополье, 2005г.).

Результаты и обсуждение

В зависимости от выраженности ощущения угрозы для собственной жизни тактика оказания психотерапевтической и психологической помощи была различной. В первом случае, когда ощущение угрозы для жизни отсутствовало, психотерапевтическая работа была направлена на снятие напряжения, уменьшение чувства немотивированной тревоги и беспокойства. Акцент на осознание опасности для собственной жизни осуществлялся только на вторые-третьи сутки проводимой терапии.

Во втором – работа была направлена на проработку болезненных воспоминаний, обуславливающих страх и ощущение угрозы для собственной жизни.

Пациенты, имеющие выраженные психопатологические нарушения, госпитализировались в стационар пограничных состояний. В стационаре с ними работали психотерапевты и психологи. Пациенты, не нуждающиеся в стационарном лечении, получали психотерапевтическую помощь амбулаторно. В самом очаге поражения распространялась информация о том, где можно получить психотерапевтическую и психологическую помощь, о

службе экстренной психологической помощи «Телефон доверия». После выписки из стационара за пациентами осуществлялось дальнейшее динамическое наблюдение на протяжении года.

Выводы.

Тактика оказания психотерапевтической помощи лицам, пострадавшим от чрезвычайных ситуаций, должна быть различной в зависимости от наличия или отсутствия у пострадавших ощущения угрозы для собственной жизни.

При ее наличии психотерапевтическая работа должна быть акцентирована на нивелировании данных переживаний. При отсутствии - на снятие тревоги, беспокойства, внутреннего напряжения с целью предупреждения возникновения и формирования у пострадавших навязчивых воспоминаний («flash backs»).

ЛИТЕРАТУРА

1. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина; ВОЗ. – СПб : Адис, 1994. – 301 с.
2. Охрана психического здоровья в мире: Проблемы и приоритеты в развивающихся странах/ Р. Дежарле, Л. Айзенберг, Б. Гуд, А. Кляйнман. Пер. с англ.- К.Сфера, 2003-575с.

ПОМОЩЬ УЧИТЕЛЮ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Давлятова Н. М.

УЗ «ВОКЦП и Н»

По незнанию гиперактивного ребенка можно принять за непослушного, хулиганистого, упрямого либо попросту невоспитанного, то есть неудобного для воспитателя или учителя. Однако это не так. У таких детей действительно есть ряд недостатков, которые могут навредить как самому ребенку, так и окружающим, но при правильном отношении и коррекции можно развить сильную и творческую личность.

Слабые стороны:

- трудности в концентрации внимания (ребенок не способен сконцентрировать внимание на деталях, например, не обращает внимания на изменение указаний в процессе выполнения задания);

- не может сосредоточиться на выполнении заданий, требующих продолжительной концентрации внимания (такие как домашние задания, хотя, занимаясь тем, что ему нравится, ребенок может быть более внимательным);

- слушает, но не слышит (родителям и учителям приходится повторять по несколько раз);

- не выполняет инструкций и не доводит задания до конца;

- часто теряет вещи, необходимые для выполнения заданий и повседневной деятельности;

- может быть неаккуратен (как в выполнении школьных заданий, так и по отношению к своему внешнему виду);

- отвлекается на посторонние раздражители (после того, как отвлекся, вовсе может забыть, чем занимался);

- нередко проявляет забывчивость в повседневных ситуациях;

- ребенок постоянно вертится на стуле или встает со стула;

- ребенок встает тогда, когда должен сидеть (ходит по классу во время урока);

- болтлив;

- начинает отвечать на вопрос, не дослушав до конца;

- ребенок не может дождаться своей очереди, когда того требует ситуация;

- ребенок мешает другим, вмешиваясь в их разговор или в игру (может раздражать других детей).

Сильные стороны:

- щедрые (даже в ущерб себе);

- отзывчивые (может быть помощником как дома, так и в школе);

- энергичные (активны в спорте и на физкультуре);

- добрые;

- смелые;

- творческие;

- веселые (могут стать центром внимания в кругу детей);

- дружелюбные;
- непосредственные;
- с повышенным чувством справедливости.

У гиперактивных детей присутствуют проблемы с успеваемостью, это так называемые «качели успеваемости». Сегодня ребенок «приносит» домой одни девятки и десятки, а завтра по тем же предметам может получить два. Это очень расстраивает родителей и удивляет учителей. Учителя предполагают, что ребенок не подготовился сегодня к уроку или попросту не захотел ответить хорошо. На самом же деле причиной таких результатов может быть нарушение режима дня и ребенок попросту не выспался. Обычный ученик даже если и не выспался, то к середине урока может собраться и ответить, а ребенок с гиперкинетическим расстройством в течение всего дня будет несобран, импульсивен и капризен. Вследствие этого показывает результаты хуже, чем мог бы.

Ребенок с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) при выполнении каких-либо заданий сильно отвлекается на посторонние раздражители, например, звуки. В итоге ни одно из дел не доводится до конца или делается поверхностно. Постоянно перескакивает с одного занятия на другое, невозможно чем-то увлечь его на длительное время. В этом кроется и причина неуклюжести, проявляющаяся в том, что они постоянно что-то роняют, сбивают, натыкаются на мебель. Помощь такому ребенку будет заключаться в обучении саморегуляции и контролю над собственным телом. Следует обучить ребенка техникам расслабления, научить получать удовольствие от отдыха. Этого можно достичь путем медитативных сказок, дыхательных упражнений, прослушивания расслабляющей музыки. Также необходимо направить ребенка на обучение развития скорости реакции и координации движений.

У детей с СДВГ зачастую присутствуют дополнительные проблемы: заикание, дислалия, дизартрия, высокая утомляемость и агрессивное поведение, вследствие чего у ребенка возникает недостаточное усвоение школьной программы, заниженная самооценка, социальная изоляция. В таких ситуациях как можно раньше следует обратиться к специалистам: неврологам, психиатрам, психологам, логопедам и дефектологам.

Одна из больших сложностей у детей с СДВГ - трудности в самоорганизации. Такие дети часто опаздывают, не могут распределять свое время. Отвлекаясь на посторонние раздражители, они часто не успевают выполнить контрольную работу или тест за ограниченное время, однако знаний для успешного выполнения контрольной вполне достаточно. В таких случаях негативные методы воздействия, такие как ругань или одергивания, не действуют на детей с СДВГ и вызывают протестную и агрессивную реакцию.

В первую очередь, следует ставить перед ребенком конкретные цели и давать короткие и однозначные указания.

Следует поощрять ребенка, что будет стимулировать его усилия к достижению поставленной задачи.

Если ребенку пора поменять вид деятельности, то следует предупредить его об этом за 5-10 минут.

Многие родители обращаются к специалистам в связи с трудностями адаптации ребенка в коллективе, большую часть этих детей учителя направляют к детскому психиатру, а в некоторых случаях это решение принимает педсовет. Родители опускают руки и теряют надежду, становятся агрессивными. Доведенные до отчаяния родители применяют к детям строгие дисциплинарные меры в виде наказаний, окриков, шлепков и т.д. Все это не дает положительного результата, а наоборот вызывает агрессию.

Ведущую роль в коррекции СДВГ отводят поведенческой психотерапии, включающей обучение детей и их окружения. Часто в семьях, в которых растет гиперактивный ребенок, нарушен психологический микроклимат, между родителями происходят ссоры по поводу воспитания такого малыша. Поэтому акцент следует делать на развитии эмоциональной устойчивости самих родителей и выработке единой стратегии воспитания с преобладанием методов поддержки и поощрения. Кроме того, в семье должен поддерживаться четкий режим жизни ребенка.

Все больше и больше гиперактивных детей обучается в школах, и совсем не просто подобрать к ним подход. Ведь у учителя есть другие ученики, которые требуют внимания. Гораздо легче перевести его в другой класс или в другую школу.

Достаточно часто такие дети, несмотря на удивительные способности и креативность, уже к концу первого класса оказываются в числе неуспевающих.

Если в классе учится ребенок с СДВГ, ему однозначно следует уделять больше внимания, создать более приятную атмосферу, и впоследствии он может оказаться очень способным и ярким учеником.

В первую очередь, следует организовать рабочее место таким образом, чтобы ребенок как можно меньше отвлекался. Посадите ученика впереди или в центре класса, подальше от того, что может его отвлечь.

Посадите его возле ученика, который может служить положительным образцом для подражания.

Используйте как можно больше наглядных средств обучения;

Если ребенок теряет внимание и начинает мешать, займите его (дайте ему прочитать вслух часть учебного параграфа или условие задачи).

Если ребенок отвлекается, незаметно для других подайте ему знак вернуться к заданию или просто подойдите к нему и дотроньтесь до плеча, дав понять, что он неправильно себя ведет, не ругаясь и не крича при этом.

Поощряйте стремление к учебе (доска лучших учеников дня, недели, месяца).

Создайте список правил, которые ученики должны выполнять. Сформулируйте список в позитивной форме: что надо делать, а не то, чего делать не следует. Удостоверьтесь, что дети знают, какого поведения от них ожидают.

Сообщайте родителям не только об отрицательных сторонах ребенка, но о положительных.

Сократите количество экзаменов и проверочных работ, ограниченных во времени. Подобные экзамены не имеют большой образовательной ценности и не позволяют многим детям с СДВГ продемонстрировать свои знания.

Всегда записывайте на доске указания по выполнению заданий. Оставляйте указания на доске до окончания занятий. Есть ученики, которые не могут самостоятельно записать или запомнить устные указания.

Позволяйте себе шутить, быть оригинальными. Это может разрядить обстановку.

Если одноклассники не уважают ребенка с СДВГ и посмеиваются над ним, давайте ему важные задания в присутствии других детей и объясните насколько важно выполнить его хорошо. Это повысит самооценку и ответственность.

Организуйте творческие уроки, где ребенок с СДВГ может показать свои творческие способности.

Таким образом, обучение детей с СДВГ требует большого внимания и сил как стороны родителей, так и со стороны учителя, в классе которого учится такой ребенок. В этом случае родителям следует еще более тщательно выбирать учителя, способного понять и быть терпеливым в его обучении. Необходим постоянный диалог между родителями и учителем для быстрого и качественного реагирования на изменения в поведении и учебных результатах ребенка. Это будет способствовать своевременной коррекции поведения ребенка и поможет ему построить хорошие отношения с одноклассниками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болотовский, Г. В. Гиперактивный ребенок / Г. В. Болотовский, Л. С. Чутко, И. В. Попова. – СПб: НПК «Омега». - 2010. – 160с.
2. Гиппенрейтер, Ю. Б. Общаться с ребенком. Как? / Ю.Б. Гиппенрейтер. – М.: АСТ, Астрель. - 240 с.
3. Оклендер, В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии / В. Оклендер. – М.: Класс, 1997. – 336с.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Дравица Е.В.

УЗ "Городской психоневрологический диспансер", Минск

Актуальность.

По данным ВОЗ, ежегодно 38,2% населения ЕС, или 164 800 000 человек страдают хотя бы одним психическим нарушением [1]. Данные зарубежной статистики показывают, что

в структуре всей психической патологии пограничные психические расстройства составляют около 80%, а диапазон их распространенности в общей популяции чрезвычайно высок – от 17 до 210 на 1000 населения [2].

Согласно данным Национального института психического здоровья США (2005 год), годовая распространенность расстройств настроения составляет около 9,5 % в популяции от 18 лет и старше. 20,9 миллионов взрослых американцев страдают от расстройств настроения (включая депрессивный эпизод – 6,7%, биполярное расстройство – 2,6%, дистимию 1,5%). Тревожные расстройства составляют 18,1%, установленный диагноз расстройства личности имеют 9,1%, посттравматическое стрессовое расстройство – 3,5%, паническое расстройство – 2,7%, генерализованное тревожное расстройство – 3,1%, фобические расстройства (социальная фобия – 6,8%, агорафобия – 0,8%, и специфические фобии – 8,7%), обсессивно-компульсивное расстройство – 1% [3].

Согласно оценкам Института М. Планка (Мюнхен, Германия), за год около 27% взрослого населения ЕС в возрасте от 18 до 65 лет страдают, по меньшей мере, одним психическим расстройством (82,7 млн. человек) с учетом значительной степени коморбидности (около одной трети больных имели более одного расстройства). Наиболее частыми формами патологии были тревожные (12% или 36,3 млн. человек), депрессивные (большая и биполярная депрессии - 7,8% или 20,8 млн. человек) и соматоформные расстройства - 6,3% или 18,9 млн. человек [4].

По данным ВОЗ, средняя оценка распространенности для тревожных расстройств составила 10,6% - 16,6%, для большого депрессивного расстройства – 4,1%, для дистимии – 2%, для биполярного расстройства – 0,72%, расстройств личности – от 0,8% до 2,8% [5].

Психотерапевтический кабинет является основным структурным подразделением, оказывающим амбулаторную помощь пациентам с непсихотическими психическими расстройствами, в связи с чем практический интерес представляет исследование особенностей данной группы пациентов.

Цель исследования.

Клинико-эпидемиологическое описание контингента пациентов, проходивших лечение в психотерапевтическом кабинете, с целью определения их особенностей и дальнейшего совершенствования амбулаторной психотерапевтической помощи данной группе пациентов.

Материалы и методы исследования.

В обсуждаемую категорию включены пациенты, проходившие амбулаторное лечение в Городском центре пограничных состояний г. Минска в течение 2011 и 2012 года, а также пациенты, которые наблюдались в отдельном психотерапевтическом кабинете на протяжении 2011 и 2012 года. Сведения были получены из годового отчета Минского Городского психоневрологического диспансера за 2011-2012 год.

Пациентам были выставлены диагнозы в соответствии с критериями международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Результаты исследования.

В 2011 году 7372 пациента проходили активное лечение в психотерапевтических кабинетах г. Минска. Что касается данных по нозологии, наблюдается следующее распределение по диагностическим рубрикам: F43 – (33,4%), F06 – (26,7%), F41 – (19,1%), F45 – (8,15%), F30 – (4,2%), F42 – (1,8%), F40 – (2,9%), F44 – (1%), F63 – (0,07%), F51 – (0,5%), F48 – (1%), F50 – (0,3%) и другие (0,88%).

В 2012 году их число составило 6365 человек, из которых: F43 – (30,7%), F06 – (26,7%), F41 – (20,9%), F45 – (9,3%), F30 – (3,0%), F42 – (1,6%), F40 – (3,4%), F44 – (1,2%), F10 – (0,1%), F63 – (0,2%), F51 – (0,4%), F48 – (1,2%), F50 – (0,2%) и другие (1,1%).

В 2011 году число пациентов, наблюдающихся в отдельном психотерапевтическом кабинете, составило 191 человек. Из них мужчины – (35,8%), женщины – (64,2%). Распределение по возрасту составило в возрастной группе 18-19 лет (10%), 20-39 лет (44%), 40-59 лет (25,6%), старше 60 лет (20,5%). Из них 16% рабочих, 35% служащих, 10% учащихся, 23% пенсионеров, 13% не работающих, 3% инвалидов. 71% пациентов принимали только амбулаторное лечение, лечились в том числе стационарно 29%. По распространенности среди психических расстройств

непсихотического профиля преобладала рубрика F43, составляя 32%, затем F06 – 23%, F41 – 14%, F45 – 9%, F30 – 6%, F42 – 5%, F40 – 3,6%, F44 – 3,6%, F10 – 3%, F63 – 0,8%.

За 2012 год лечение принимали 226 пациентов. Из них (21,4 %) составили мужчины, (78,6%) - женщины. Распределение по возрасту составило в возрастной группе 18-19 лет – (1,3%), 20-39 лет – (37%), 40-59 лет – 42%, старше 60 лет- (19,7%). Из них (16%) рабочих, (51%) служащих, (1,2%) учащихся, (14,8%) пенсионеров, (14%) не работающих, (3%) инвалидов. (60%) пациентов принимали только амбулаторное лечение, лечились в том числе стационарно (40%). По распространенности, среди пограничных психических расстройств, также преобладает рубрика F43 (30%), затем F06 – (23%), F41 – (18%), F45 –(9%), F30 – (7%), F42 – (1%), F40 – (4,8%), F44 – (3%), F10 – (3%), F63 – (0,4%), дополнительно выявлено F51 – (2%), F48 – (0,9%), F50 – (0,9%)

На практике, среди жизненных причин, приведших к формированию расстройств адаптации, чаще всего оказываются трудности в семейных взаимоотношениях. Проблема материальной неустроенности занимает второе место. Также часто пациентам трудно справиться с потерей близких людей и другими субъективно значимыми событиями.

На втором месте по распространенности находятся органические расстройства тревожного и депрессивного спектра из рубрики F06, в большинстве своем связанные с сосудистой патологией головного мозга.

Тревожные расстройства занимают третье место, включая в себя паническое, генерализованное тревожное расстройство в большей степени, в меньшей – фобическое.

Выводы:

1. По распространенности среди всей психической патологии основной процент составляют психические расстройства непсихотического спектра.

2. По данным различных исследований, наиболее часто среди пограничной психической патологии встречаются тревожные, депрессивные и соматоформные расстройства.

3. Сравнивая данные отдельного психотерапевтического кабинета с данными годового отчета по амбулаторной

психотерапевтической службе, отмечается схожесть показателей распространенности пограничных психических расстройств по нозологии.

4. Среди пограничных психических расстройств ведущая роль принадлежит рубрике F43 (Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации) и F06 (органические расстройства тревожного и депрессивного спектра).

5. Если говорить о портрете пациента, наиболее часто обращающегося за психотерапевтической помощью, это работающая женщина 20-39 лет, занимающаяся умственным трудом, и страдающая от имеющихся трудностей в семейных взаимоотношениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Wittchen H.-U., The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 – 2011 European Neuropsychopharmacology (2011)21, 655–679.
2. Карвасарский, Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 2005 Jun; 62(6):617-27.
4. Wittchen H.-U., Jacobi F. Масштабы и бремя психических расстройств в Европе: критический обзор и оценка 27 исследований (комментируемый реферат) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2006. – Т. 8, No 1. – С. 59–61.
5. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica* Volume 109, Issue Supplement s420, pages 21–27, June 2004.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ

Евсегнеева Е. Р.

УО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) согласно данным эпидемиологических исследований во всем мире по распространенности занимает второе место среди детских психических и поведенческих расстройств и встречается у 3-15% педиатрической популяции, примерно в 4 раза чаще среди мальчиков [1,5,6,9,12]. Унифицированные критерии диагностики СДВГ представлены двумя основными международными классификациями – DSM-4 и МКБ-10. Принципиальные различия в подходах к диагностике в обозначенных классификациях незначительны, но имеются и достаточно важные различия. DSM-4 выделяет три подтипа расстройства – с преобладанием гиперактивности/импульсивности, невнимательности и смешанный вариант, каждый из которых имеет различную клинику, прогноз и схемы лечения. МКБ-10 не выделяет подобных подтипов, но, наряду с СДВГ (гиперактивное расстройство внимания- F 90.0) выделяет гиперкинетическое расстройство поведения (F 90.1), которые объединены в общую рубрику – гиперкинетические расстройства (F90) [1,4,8,9,12]. Обе классификации не ранжируют симптомы, содержащиеся в критериях, по степени выраженности, что создает трудности с оценкой тяжести расстройства и дифференциации субпороговых состояний, а так же допускает определенную долю субъективизма у врача при постановке диагноза. В данном случае, а так же объективной оценки проводимых вмешательств, на помощь приходят стандартизированные оценочные шкалы, некоторые из которых были валидизированы для использования и на постсоветском пространстве. Например, Шкала оценки СДВГ, основанная на критериях МКБ-10 [2], Connor s revised rating scale (CRS-R), Vanderbilt Scale [7,8].

В лечении СДВГ в зарубежной литературе огромное место отводится назначению психостимуляторов, в отношении которых наработан большой опыт применения в педиатрической популяции, которые признаны эффективным и безопасным при адекватном назначении средством [1,4,5,6,9,10,11,12]. В нашей стране, как и во многих странах постсоветского пространства, данный класс лекарств не зарегистрирован для использования. Отечественный Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами за 2010 год в качестве средств первой линии для лечения данного расстройства называет “ноотропы” – то есть класс лекарств, никогда не исследовавшихся с позиций доказательной медицины в условиях двойных слепых рандомизированных контролируемых исследований [3].

В доброкачественных клинических руководствах рекомендации по психофармакотерапии выглядят следующим образом. В качестве препаратов первой линии выступают психостимуляторы – *метилфенидат* (брендовые названия оригинальных препаратов Риталин, Концерта, Метадат, Фокалин), *декстроамфетамин* (Декседрин, Декстростат), *соли амфетамина* (Аддерал). Все они одобрены к применению при СДВГ контролирующим агентством FDA, что приравнивается к лучшей из возможных «хороших практик». К препаратам второй линии относятся антидепрессанты – *атомоксетин* (Стратерра), *бупропион* (Велбутрин) и *венлафаксин* (Эффексор). Однако с точки зрения FDA они менее безопасны в связи с ростом суицидальности на фоне приема. Препараты третьей линии – трициклический антидепрессант имипрамин, клонидин (при сочетании с тиками), атипичные (рисперидон, кветиапин) и типичные нейролептики (галоперидол, хлорпромазин) [1,4,5,6,9,10,11,12]

В качестве сопутствующих (в самых легких случаях единственных мер) при СДВГ называются психообразование семьи, тренинговые навыки, когнитивно-бихевиоральная терапия, тренинг социальных навыков, а так же группы поддержки для семьи.

Таким образом, в исторически сложившейся ситуации в ряде стран бывшего СССР отсутствуют возможности для

адекватной психофармакотерапии такого распространенного для детской популяции расстройства, как СДВГ, что не может не отражаться на социальном пути детей, их семей и общества в целом.

Представляется целесообразным создание условий для улучшения диагностики (внедрение стандартизованных шкал) и лечения данного расстройства (психостимуляторы, расширение возможностей для психотерапии и психологической коррекции, создание общественных организаций для родителей)

ЛИТЕРАТУРА

1. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия /2-е изд. Пер. с англ. – М.: Изд-во «Триада-Х», 2008. – 405 с.
2. Емельянцева Т.А., Кириллюк В.С., Наливко И.И. Диагностика гиперкинетических расстройств у детей/ Пособие для врачей-психиатров// Инструкция по применению.- Минск, 2011.- 39с.
3. Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами/ Минск .- 2010.- 440 с.
4. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка/ Пер. с англ. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. – 522 с.
5. Оксфордское руководство по психиатрии. М. Гельдер, Д.Гэт, Р.Мейо/ Киев: «Сфера».-1997.- 435 с.
6. Руководство по клинической детской и подростковой психиатрии: Пер с англ. /Под ред. .С.Робсона./М.:Медицина, 1999.- 488 с.
7. Сухотина Н.К. О разработке протокола ведения больных «Гиперкинетические расстройства у детей и подростков //Журнал неврологии и психиатрии, 4, 2009, стр 43-49.
8. Сухотина Н.К., Егорова Т.И. Оценочные шкалы синдрома дефицита внимания с гиперактивностью.//Социальная и клиническая психиатрия, том 18, выпуск 4, Москва, 2008, стр.15-21
9. Clinical Child Psychiatry, Second Edition. Edited by W.M. Klykylo and J.L. Kay/ John Wiley & Sons Ltd, 2005. - 573 p.
10. Harsh K., Jeryl D. Kersher. Child and adolescent psychiatry for pediatrics and primary care. /Cambridge, Hogrefe, 2009. – 182 p.
11. Pediatric psychopharmacology : principles and practice / edited by Andre's Martin et all, OXFORD UNIVERSITY PRESS, 2003. - 791 p.
12. Stubbe D. Child and adolescent psychiatry: A practical guide/ Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins, 2007. – 283 p.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2002-2012 гг.

Елаго И. Ю., Корогода Н.П., Дудук С.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одна из основных задач государства – сохранение и укрепление здоровья населения. Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение.

Среди психической патологии пожилого возраста доминируют деменции. В зависимости от возрастной группы от 5 до 15% и более пожилых лиц страдают деменцией [1]. Ведущее место в плане распространенности на сегодняшний день принадлежит деменции при болезни Альцгеймера (БА). Известно, что деменция - необратимый процесс, однако, современные методы терапии лишь несколько смягчают симптомы, но пока не позволяют ни остановить, ни замедлить развитие заболевания, не допуская или отодвигая во временном промежутке необходимость постоянного ухода. Именно лицо, осуществляющее уход за пациентом, является значимым источником социально-экономических потерь государства.

По данным ряда исследователей показатели инвалидности лишь на 20% зависят от заболеваемости и на 13% обусловлены деятельностью лечебно-профилактических учреждений. Остальные 2/3 контингента инвалидов сопряжены с социально-экономическим состоянием общества, нормативно-правовой базой государства, демографической ситуацией [1,3]. Традиционно структура первичной инвалидности при психических расстройствах зависит от своевременности диагностики заболевания, качества и доступности специализированной психиатрической помощи [4]. БА принадлежит к заболеваниям, накладывающим самый тяжелый финансовый груз на общество в развитых странах [3].

Цель работы – изучить особенности выхода на инвалидность и структуру тяжести первичной инвалидности вследствие БА населения старше 40 лет, проживающего в

Гродненской области за период 2002-2012 гг., как один из аспектов бремени медико-социальных проблем в связи с деменцией при БА.

Материал и методы исследования

Структура, динамика, процессы формирования контингента инвалидов в связи с БА изучены сплошным методом среди городского и сельского населения Гродненской области за 2002-2012 гг. с общим числом наблюдений 262 больных (обращений).

За единицу наблюдения в работе приняты:

1. Больной, вышедший на пенсию по возрасту, и на инвалидность в связи с деменцией при БА за период с 2002 по 2012 гг. включительно.

2. Рабочий и служащий, вышедший на инвалидность в связи с деменцией при БА за период с 2002 по 2012 гг. включительно.

3. Инвалид, страдающий деменцией при БА, подлежащий переосвидетельствованию в связи с окончанием срока инвалидности.

Объектом данного исследования явилось население западной части Республики Беларусь (Гродненская область), старше 40 лет. Проведен сплошной ретроспективный анализ сведений о пациентах данного профиля, состоящих на учете в специализированных психиатрических кабинетах учреждений здравоохранения Гродненской области. В процессе исследования для расчетов интенсивных показателей и их характеристик использованы абсолютные числа всех лиц с деменцией при БА, освидетельствованных и впервые освидетельствованных Психиатрической медико-реабилитационной экспертной комиссией (МРЭК) Гродненской области за 2002-2012 гг. Проведена оценка интенсивных показателей общей и первичной инвалидности при БА. Для получения необходимых сведений об инвалидах производилась выкопировка данных из актов медицинского освидетельствования, направлений на МРЭК, а также дел освидетельствования во МРЭК.

Исследуемые контингенты были разделены на группы по полу, возрасту, месту жительства.

Рассчитаны характеристики интенсивного показателя: коэффициент наглядности, абсолютный прирост.

Для статистического анализа применена программа SPSS v17.

Результаты собственных исследований и их обсуждение

Возрастно-половой состав имеет значение для характеристики состояния здоровья населения. Анализ возрастно-половой структуры населения конкретного региона позволяет предвидеть изменения в естественном движении населения, а также использовать эти закономерности в планировании (экономическое и социальное развитие, обеспеченность медицинскими кадрами и пр.) системы здравоохранения.

Это свидетельствует о необходимости внимания службы здравоохранения к заболеваниям старших возрастных групп.

Таким образом, увеличивается число лиц старших возрастных групп, число нетрудоспособных по возрасту.

На первичную инвалидность в связи с деменцией при БА ежегодно выходит около 17 человек. За период 2002 – 2012 года инвалидами стали 187 человек.

Средний возраст зарегистрированных инвалидов в связи с БА равен 74,5 года, из них средний возраст мужчин составляет 68 года, женщин – 74,6 лет.

Число первично обратившихся женщин до выхода на пенсию составляет 2,26 на 100 тыс., после выхода на пенсию – 41,334 на 100 тыс. населения. Число первично обратившихся мужчин до пенсии составляет 3,929 на 100 тыс., после выхода на пенсию - 18,774 на 100 тыс. населения.

До выхода на пенсию чаще первично обращаются в МРЭК Гродненской области мужчины, а после выхода на пенсию женщины. Это может быть связано с тем, что мужчины позже выходят на пенсию, чем женщины.

Одной из закономерностей инвалидизации является нарастание интенсивности выхода на инвалидность с увеличением возраста. Наибольшее число первично вышедших на инвалидность, в связи с БА, было зарегистрировано в 2004 году – 6.552 (35 чел), наименьшее - в 2010 г. - не было зарегистрировано ни одного случая.

Удельный вес инвалидов, которым группа инвалидности устанавливается бессрочно, составляет 89,3%, с определённым сроком переосвидетельствования 10,7%.

Структура тяжести первичной инвалидности характеризуется установлением I группы в 88,77%, II группы в 10,7%, III группы в 0,53% случаев. В 2007 году наряду с I и II группами, была выставлена III группа инвалидности.

Общая инвалидность незначительно превышает первичную- 1,4:1. Показатели общей и первичной инвалидности наибольшие в 2004 году, наименьшие в 2010 году.

За период 2002-2012г были впервые признаны инвалидами 106 сельских жителей и 81 житель города. Женщины болеют чаще чем мужчины, как в городе, так и в селе.

Среднегодовое число впервые признанных инвалидами составляет 3,458 на 100 тыс. нас. сельских жителей и 2,58 на 100 тыс. нас. городских. В основном выставляется I группа инвалидности и мужчинам и женщинам в независимости от места жительства. III группа инвалидности встретилась только у мужчин в сельской местности.

Наибольший показатель абсолютного прироста был в 2004 году, наименьший - в 2010, а коэффициент наглядности наибольший в 2012 году. Выход на первичную инвалидность не имеет какой-либо взаимосвязи, определённой системы. Невозможно предугадать, когда будет прирост положительным, когда отрицательным и какие значения он будет иметь.

Выводы:

1. На первичную инвалидность в связи с деменцией при БА ежегодно в среднем выходят около 17 человек в области. За период 2002 – 2012 года инвалидами стали 187 человек. Средний возраст зарегистрированных инвалидов составляет 74,5 лет.

2. До выхода на пенсию чаще первично обращаются в МРЭК Гродненской области мужчины, а после выхода на пенсию женщины.

3. Общая инвалидность при БА незначительно превышает первичную 1,4:1.

4. При выходе на инвалидность в связи с деменцией при БА 100% признаются полностью нетрудоспособными, в 88,77% устанавливается I гр. инвалидности, II группа в 10,7%, III группа

в 0.53% случаев. В большинстве случаев группа инвалидности устанавливается бессрочно.

5. Чаще выставляется I гр. инвалидности в независимости от места жительства как мужчинам, так и женщинам; III гр. инвалидности встретилась только у мужчин, проживающих в сельской местности.

6. За период 2002-2012г были впервые признаны инвалидами 106 сельских жителей и 81 житель города. Женщины болеют чаще чем мужчины как в городе, так и в селе.

7. Сельское население в структуре контингентов инвалидов при БА составляет 3,458 на 100 тыс. населения, из них женщины 2,178 на 100 тыс. населения.

8. Выход на первичную инвалидность не имеет какой-либо определённой системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаврилова, С.И. Социальные проблемы геронтологической психиатрии / С.И. Гаврилова, Я.Б. Калын // Материалы XIII съезда психиатров России, Москва, 10-13 октября 2000 г.:— М., 2000. — С. 155.
2. Дудук, С.Л. Анализ структуры инвалидности при болезни Альцгеймера в Гродненском регионе Республики Беларусь за период 2002-2008гг. / С.Л. Дудук // Психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 132-139.
3. Евсегнеев, Р.А. Современное состояние и проблемы развития психиатрии пожилого возраста в Республике Беларусь / Р.А. Евсегнеев // Психиатрия. – 2009. – № 1. – С. 98-104.
4. Инструкция о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечне медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, и степени утраты их здоровья: утв. постановлением М-ва здравоохран. Респ. Беларусь 25.10.07 № 97 [Электронный ресурс]. – Минск, 2007. – Режим доступа: [http://www.pravo.by/pdf/2007-274/2007-274\(096-119\).pdf](http://www.pravo.by/pdf/2007-274/2007-274(096-119).pdf). – дата доступа: 25.01.2008.

СОМАТИЧЕСКИЕ ПАЦИЕНТЫ И ДЕПРЕССИЯ

Жигар А.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Депрессия является наиболее распространенным психическим заболеванием. Примерно 6% населения в любой момент времени обнаруживают симптомы, соответствующие депрессивному эпизоду. Каждый шестой человек в течение жизни заболевает депрессией. Распространенность депрессии среди больных тяжелыми соматическими заболеваниями достигает 20–60%. В большинстве случаев нервно-психические расстройства остаются недиагностированными и, соответственно, нелечеными. В то же время, депрессия повышает риск соматических заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых (на 81%), инсульта (на 34%), диабета (на 60%).

Цель. Оценка осведомленности пациентов соматических отделений стационара о симптомах и причинах депрессии, а также наличие и степень выраженности депрессивной симптоматики у данной категории пациентов, их обращаемость к специалистам в области охраны психического здоровья. Кроме этого, оценивалась распространенность приема лекарственных препаратов для коррекции сна и психоэмоциональных нарушений.

Материалы и методы исследования. В качестве объекта исследования случайным образом были выбраны 32 пациента соматических отделений (неврологического, кардиологического и терапевтического). Среди обследованных было 20 (62,5%) женщин и 12 (37,5%) мужчин. Уровень образования: среднее и базовое – 8 (25%), среднее специальное – 15 (47%), высшее - 9 (28%).

В качестве методов были использованы:

1. Клиническая беседа с пациентом.
2. Полуструктурированное интервью, разработанное для получения материала, относящегося к целям исследования.

Результаты и их обсуждение. Практически все опрошенные пациенты испытывали значительные затруднения в определении понятия депрессии и назывании ее симптомов. Депрессию как

апатию описали 12 человек (37,5%) («ничего не хочется», «все надоело»), на сниженное настроение указали 6 человек (18,75%), на раздражительность – 5 человек (15,6%), на душевную боль – 2 человека (6,25%). 4 человека (12,5%) не смогли назвать ни одного симптома депрессии. 1 человек (3%) считает, что такой болезни нет, «ее придумали лентяи, чтобы не работать». Кроме того, были получены ответы, что «депрессия – это когда человек падает в обморок» и «при депрессии человек не может вспомнить, что было вчера».

В качестве причин депрессии 17 человек (53%) назвали стрессовые события (неприятности в семье и на работе, потерю близких), 7 человек (22%) связали возникновение депрессии с личностными особенностями человека («такой родился», «не умеет владеть собой», «сам себя накручивает», «не умеет радоваться жизни»), 7 (22%) человек не смогли указать причину данного расстройства, 1 человек (3%) считает, что депрессия связана с наступлением осенне-зимнего периода.

Большинство пациентов (21 человек (66%)) полагают, что депрессия пройдет, если «взять себя в руки», «убедить себя, что все хорошо»; 5 человек (15,6%) ответили, что при депрессии необходимо обратиться к врачу (неврологу, психотерапевту); 2 человека (6,25%) – что депрессия пройдет сама; 4 (12,5%) затруднились ответить на данный вопрос.

17 человек (53%) активно предъявляли жалобы на нарушения сна (ранние пробуждения, трудности засыпания, частые ночные пробуждения, отсутствие чувства сна), из них только 4 (23,5%) обращались за помощью к психотерапевту, хотя состояние 9 пациентов (28%) на момент проведения исследования соответствовало критериям депрессивного эпизода (легкой (6 человек) и умеренной (3 человека) степени) МКБ-10. Обращает на себя внимание то, что большинство пациентов этой группы предъявляли жалобы на нарушение сна в качестве ведущих со стороны психического здоровья, в то время как остальные симптомы депрессии были выявлены во время беседы. 11 (65%) пациентов для коррекции сна принимали растительные препараты (как самостоятельно, так и в сочетании с другими медикаментами). 6 человек (19%) принимали зопиклон (2 из них более 3 лет ежедневно, 1 пациент около 3 месяцев, остальным 3

зопиклон был назначен во время лечения в стационаре и срок приема препарата составил менее недели), 1 пациентка принимала диазепам. Многие пациенты (12 человек (70,5%)) имели опыт приема препаратов, содержащие фенобарбитал («Барбовал», «Корвалол»), причем 4 принимали их ежедневно, значительно превышая рекомендованную дозу. Только 3 пациента с симптомами инсомнии не принимали каких-либо препаратов.

В целом, состояние 12 пациентов (37,5%) на момент осмотра соответствовало депрессивному эпизоду в соответствии с критериями МКБ-10 (легкой (9 человек) и умеренной (3 человека) степени). Большинство пациентов с депрессией считали ее симптомы проявлениями соматического заболевания. Из них только 5 (41,7%) обращались за помощью к психотерапевту. Из этих пяти только одному пациенту был назначен антидепрессант (ладисан), остальные принимали адаптол, тенотен, зопиклон. Стоит отметить, что ладисан был назначен в дозе, которая значительно ниже терапевтической (25 мг в сутки), и пациент самостоятельно прекратил прием препарата в связи с его неэффективностью.

Выводы.

Обнаруживается достаточно низкий уровень осведомленности пациентов соматических отделений стационара о симптомах и причинах депрессии при высокой распространенности этого расстройства у данной категории пациентов. У большинства пациентов нет понимания депрессии как состояния болезненного и требующего медицинского вмешательства. Пациенты с соматической патологией часто считают симптомы депрессии проявлением основного заболевания, что снижает обращаемость за специализированной помощью. Пациенты с депрессией в качестве основной жалобы со стороны психического здоровья часто указывают нарушение сна. Во многих случаях депрессия остается недиагностированной и пациенты не получают необходимой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. Руководство для врачей. М.: Медицинское информационное агентство, 2001

2. Understanding the somatic consequences of depression: biological mechanisms and the role of depression symptom profile / Brenda WJH Penninx [et al.] // BMC Medicine. - 2013, 11:129
3. Mental Illness in General HealthCare: An International Study/ Ustun T.B., Sartorius N. // NY, Willey. - 1995.

ОЦЕНКА И АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ

Журавлева А.Е., Игумнов С.А.

*УО «Белорусский государственный педагогический университет
имени М.Танка», Минск*

В настоящее время изучение проблем молодежи приобретает особую актуальность. Учащаяся молодежь представляет собой потенциал интеллектуального, социального и экономического развития Беларуси, поэтому основополагающими являются вопросы сохранения и укрепления здоровья подростков и юношей. Здоровье является одним из важнейших факторов, отражающих уровень качества жизни общества.

Реальное состояние здоровья молодых людей в нашей стране свидетельствует о том, что отношение к собственному благополучию, индивидуальное понимание сущности здоровья и качества жизни у школьников и студентов остаются на достаточно низком уровне. На этом фоне нарушение режима труда, отдыха и питания, умственная и эмоциональная перегрузка, гиподинамия, неуверенность в своем будущем и другие факторы требуют от современной молодежи повышения адаптационных возможностей в процессе преодоления сложных жизненных ситуаций. Кроме того, главной тенденцией развития подрастающего поколения является ухудшение состояния здоровья: возрастает как заболеваемость, так и распространенность заболеваний. По данным многих авторов менее 5% подростков могут быть признаны абсолютно здоровыми. Остальные страдают функциональными нарушениями и хроническими заболеваниями.

Для оценки различных сторон жизни молодых людей используют понятие «качество жизни».

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии. Согласно рекомендациям ВОЗ [2], качество жизни определяется как индивидуальное соотношение положения индивидуума в жизни общества (с учетом культуры и систем ценностей этого общества) с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью неустройства. Другими словами, качество жизни – это субъективный показатель удовлетворения личных потребностей в жизни, отражающий степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках своего общества. Понятие качества жизни (КЖ), по данным разных авторов [2, 3], включает: удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием; способность индивидуума функционировать в обществе в соответствии со своим положением и получать удовлетворение от жизни в различных аспектах; оно определяется и тем, насколько болезнь не позволяет человеку жить так, как он хотел бы. Понятие включает также способность сосредоточиваться, принимать решения, проявлять живость восприятия, испытывать душевный комфорт [2].

Западные исследователи рассматривают качество жизни как основу индивидуального благополучия, включающего ряд объективных (таких как доход, жилищные условия, занятость и др.) и субъективных факторов (касающихся удовлетворенности людей различными аспектами своей жизни).

Цель нашего исследования - выявить различия в качестве жизни подростков и юношей.

Для оценки субъективных показателей КЖ, таких как эмоциональное благополучие и восприятие собственного здоровья нами применялась русифицированная версия методики SF-36[1]. Вопросник охватывает 8 категорий КЖ: физическое функционирование, ролевые ограничения вследствие физических проблем, физические боли, восприятие общего состояния здоровья, энергичность/жизнеспособность, социальное функционирование, ролевые ограничения вследствие

эмоциональных проблем, психическое здоровье. Ответы на вопросы предполагают возможность выбора одного из нескольких вариантов. Полученный результат, отдельный для каждой из шкал, имеет значение от 0 до 100, при этом более высокий показатель указывает на более высокий уровень КЖ.

Количество испытуемых составило: 95 школьников, 105 студентов. Средний возраст школьников – 12,5 лет, студентов – 19,5 лет. Обработка полученных данных проводилась с помощью программы SPSS-10. Разницу значений считали значимой при $p < 0,05$.

Как видно из таблицы, при сравнении показателей качества жизни школьников и студентов установлены достоверно более низкие показатели касающиеся следующих сфер: ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием ($p=0,015$), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($p=0,01$). Все это свидетельствует о том, что у студенческой молодежи более выраженными являются проблемы, которые проявляются в ограничениях повседневной деятельности, обусловленных физическим и эмоциональным состоянием. Важно отметить, что жизнедеятельность молодых людей ограничивает в большей степени эмоциональный фактор. Обращает на себя внимание значительное снижение показателей ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием ($51,06 \pm 36,96$), жизненной активности ($55,52 \pm 18,96$), что свидетельствует о субъективной значимости данных аспектов жизни.

Низкие показатели по шкале социальной активности в обеих группах свидетельствуют о том, что ухудшение эмоционального и физического состояния под влиянием внешних или внутренних причин приводит к вынужденной изолированности респондентов, невозможности осуществления позитивной социальной роли.

Необходимо обратить внимание на наличие более низких значений по шкале психического здоровья ($59,05 \pm 19,03$) у студентов вуза, что может свидетельствовать о наличии тревожно-депрессивных тенденций, снижении эмоционального контроля респондентов.

Таблица 1.
Сравнительная оценка качества жизни учащихся СШ №5 и студентов ГГУ им. Ф.Скорины
(по данным опросника SF-36; M±m)

Группы	Показатели качества жизни									
	Физическое функционирование	Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием	Интенсивность боли	Общее состояние здоровья	Жизненная активность	Социальное функционирование	Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием	Психическое здоровье	Р	Р
Школьники (1) N=95	90,52±16,62	82,36± 25,49	77,37±18,61	73,65±19,03	69,47±19,64	46,51±12,20	79,12±28,58	72,42±17,58		
Студенты (2) N=105	92,62±8,63	63,57 ±31,40	69,37±24,60	64,47±17,89	55,52±18,96	47,01±12,22	51,06±36,96	59,05±19,03		
	0,066	0,015	0,01	0,01	0,01	0,547	0,01	0,01	0,01	0,01

КЖ как интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального, социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии, на сегодняшний день может и должна помочь решать проблемы сохранения и укрепления здоровья.

Проведенное исследование продемонстрировало более низкие показатели качества жизни у студентов по сравнению со школьниками, в частности по шкалам «социальное функционирование», «жизненная активность», «влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование», Стрессы, плохое настроение в большей степени ограничивают повседневную жизнь студентов, способствуют снижению эмоционального контроля, повышению тревожности.

С нашей точки зрения такие результаты обусловлены тем, что студенты в большей степени, чем школьники, подвержены стрессам в процессе обучения и межличностного общения: адаптация к вузовским требованиям и нагрузкам, физическое и умственное переутомление, эмоциональные переживания в период сессии, кризис gratification, нарушение режима труда и отдыха, питания и другие. Все вышеперечисленные факторы способны снизить адаптационные ресурсы молодых людей, стимулировать развитие психосоматических заболеваний, что в итоге негативно отразится на здоровье и качестве жизни студентов.

Для решения медико-социально-психологических проблем формирования качества жизни и здоровья в подростково-юношеский период необходимы создание условий для укрепления потенциала здоровья подрастающего поколения нашей страны; организация мониторинга здоровья с учетом влияния на его формирование факторов среды; обеспечение условий для осознанного и бережливого отношения школьников и студентов к своему здоровью; создание целостной информационной системы медицинской, педагогической и психологической информации по формированию, сохранению и укреплению здоровья. Со стороны образовательной системы на разных уровнях обучения необходимо создавать такие условия,

которые сформируют устойчивую мотивацию здоровьесбережения.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Бримкулов, Н.Н. Применение опросника SF-36 для оценки качества жизни/Н.Н.Бримкулов, Н.Ю.Сенкевич, А.Д.Калиева//Центрально-азиатский медицинский журнал. - 1998.- №4-5.-С. 236-241.
2. Новик, А. А. Оценка качества жизни больного в медицине /А. А. Новик, С.А. Матвеев, Т. И. Ионова // Клиническая медицина. - 2000. - № 2. - С. 10-13.
3. Хмара, И. М. Использование шкалы ВОЗ для оценки качества жизни больных дифференцированным раком щитовидной железы / И. М. Хмара // Здоровоохранение: Науч.-практ. ежемес. журн. - 2005. - N5. - С. 19-22.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСЛОЖНЁННЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

**Климович И.И, Страпко В.П, Шамигулова В.И,
Куликова В.И.**

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской
помощи»*

Актуальность. Влияние психоэмоционального состояния на течение болезни описано со времён Гиппократов. Одним из первых заболеваний, в генезе которого выявлена важная роль психических факторов и стрессовых ситуаций следует назвать язвенную болезнь. Несмотря на разработанные стандарты, лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и в наше время представляет определённые трудности. Поскольку каждый человек «болеет по-разному», для достижения хорошего эффекта важен не только морфологический статус больного органа, но и учёт всего комплекса переживаний и ощущений больного, эмоциональных и интеллектуальных реакций на болезнь и лечение. В результате патологического процесса у больных формируется так называемая внутренняя картина болезни, проявления которой зависят не только от внешних, но и от внутренних, субъективных

моментов, от личности больного, от его эмоциональных переживаний [1,2,3,4]. Осложнения язв гастродуоденальной зоны происходит в 10-12% от всех её осложнений, а летальность в последние годы составляет от 5 до 17,9% [5].

Цель исследования. Проанализировать частоту возникновения различных осложнений язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки (ЯБЖ и 12-ПК) и оценить результаты их лечения в зависимости от психоэмоционального состояния пациента.

Материалы и методы. В клинике 2-ой кафедры хирургии с 1999 по март 2013 г. с осложнениями ЯБЖ и 12-ПК лечилось 335 больных. Нами изучены истории болезни всех пациентов, проанализированы анкетные данные 138 пациентов, в которых особое внимание уделялось анамнезу, психоэмоциональному состоянию.

Результаты и обсуждение. Из всех 335 пациентов лечившихся с осложнениями ЯБЖ и 12-перстной кишки оперированы 218(65,07%) больных. С кровотечением из хронических язв поступило 119(35,52%) больных, которое проявилось меленой, снижением гемоглобина, гематокрита, эритроцитов, артериального давления, диагноз подтверждён фиброгастроскопией. По поводу кровоточащей язвы оперированы 103(86,55%) пациента, 16(13,45%) лечились консервативно. Все оперированные больные страдали хроническим психоэмоциональным стрессом с истощением адаптационных возможностей организма, снижением иммунной защиты, что проявлялось частыми обострениями язвенной болезни в том числе и кровотечениями, которые удавалось остановить консервативными мероприятиями. У 23(6,86%) пациентов кровотечение возникло из острых (стрессовых) язв, которые развились после тяжелых черепно-мозговых травм и ожогов. При этом острые язвы в желудке были у 14(60,86%) и 9(39,14%) в 12-ПК. Консервативное лечение было эффективным у 15(65,21%) пациентов, 7 пациентов с кровотечением с острых язв 12-ПК и 8 с желудка. У 8(34,79%) пациентов, несмотря на проводимое комплексное консервативное лечение, в том числе эндоскопический гемостаз, кровотечение рецидивировало и им по жизненным показаниям выполнена операция – резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру у 4 больных, Бильрот-1 у 2

и прошивание кровоточащей язвы у 2 пациентов. У всех 8 пациентов по данным электроэнцефалографии головного мозга выявлялись признаки дезинтеграции неспецифических структур центральной нервной системы, что вызывает дезорганизацию функционирования ряда висцеральных систем. Эти изменения по всей вероятности являются одной из причин более тяжелого течения острых кровоточащих язв и неэффективности консервативных мероприятий [5,6]. После операции умерли 2 пациента с черепно-мозговой травмой после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру. У 2 больных на фоне продолжающегося профузного кровотечения наступила перфорация язвы при этом надо отметить, что клиника перфоративной язвы была атипичной, практически отсутствовал болевой синдром и лишь отмечалось умеренное напряжение мышц живота в эпигастральной области.

Прободная язва имела место у 67 (20,0%) пациентов прободение желудка было у 23 (29%) больных, 12- перстной кишки (ПК) – у 44 (71%). У 18 (27%) больных перфорация осложнилась местным перитонитом; у 48 (71,6%) – распространенным, и у 1 (1,4%) пациента - тотальным. По характеру экссудата серозно-фибринозный перитонит был у 49 (74%) пациентов, гнойный - у 6 (9%), серозный - 9 (13%), фибринозно - гнойный у 3 (4%). Мужчин было 57 (86,5%), женщин 10 (13,5%). Возраст от 15 до 45 лет. Средний возраст больных составил 30 лет. Перфорация гастродуоденальных язв сочеталась с кровотечением у 7 (10,44%) пациентов, при этом перфорации и кровотечение наступили одновременно у 3, а у 4 кровотечение появилось после перфорации. Необходимо отметить, что все пациенты страдали хронической язвенной болезнью, 5 из 7 злоупотребляли алкоголем и все были заядлыми курильщиками, а критерием психологической дезадаптации у них были эмоциональный дискомфорт, высокий уровень ситуационной и личностной тревожности, выраженная невротизация и депрессия.

Пилородуоденальный стеноз (ПДС) был у 27(8,05%) больных, из них 22 (81,48%)- мужчины, 5(18,52%) - женщины, в возрасте от 38 до 64 лет, средний возраст составил 43,7 лет. Декомпенсированный стеноз был у 7 (25,92%), субкомпенсированный - 14 (51,85%), компенсированный - 6

(22,03%) больных. Стеноз и прободная язва желудка были у 4 (14,81%), а стеноз и кровоточащая язва 12-ПК у 5 (18,51%). У всех пациентов с ПДС на фоне длительно существующей неразрешимой психогении возникли нарушения вегетативного гомеостаза, характерные для хронического психоэмоционального стресса с истощением адаптационных возможностей организма, требующих повышения иммунной защиты [1,2,3]. Характер выполненных операций при осложнениях ЯБЖ и 12-ПК показан в таблице.

Таблица. Характер произведенных операций при осложнениях язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

Название операции	Кол-во	%
Резекция желудка при кровоточащих язвах	74	33,94
Прошивание кровоточащей язвы и СПВ	19	8,71
Иссечение кровоточащей язвы. Пилоропластика по Джадду	10	4,58
Резекция желудка по поводу стеноза	21	9,63
Ушивание прободной язвы.	56	25,68
Лапароскопия. Ушивание прободной язвы.	4	1,83
Иссечение язвы. Пилоропластика по Джадду	5	2,29
Лапаротомия. Субтотальная резекция желудка.	2	0,91
Резекция желудка при стенозе	21	9,63
Гастроэнтероанастомоз при стенозе	6	2,75
ВСЕГО ОПЕРАЦИЙ	218	100

Выводы.

1. Наиболее частым осложнением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки являются кровотечение и прободение.

2. Для улучшения результатов лечения и качества жизни больных с ЯБЖ и 12ПК необходимо учитывать и корректировать

психологическое состояние на всех этапах пребывания в стационаре, а после выписки в условиях поликлиники.

3. Для пациентов с тревожным и депрессивным синдромом характерна высокая резистентность к лечебным воздействиям в целом. Отсутствие своевременной квалифицированной помощи при тревожных и депрессивных расстройствах приводит к развитию тяжелых осложнений ЯБЖ и 12-ПК.

4. Всем пациентам с тяжёлой ЧМТ необходимо проводить профилактику возникновения острых язв путём назначения противоязвенных медикаментозных препаратов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Фомин, А. В. Анализ психоэмоционального состояния при хирургических заболеваниях брюшной полости / А. В. Фомин, Т. Е. Косаревская, А. Ф. Вишневская // Вестник Российской военно-медицинской академии. - 2007. - № 1. - Прил. - 4.2. - С.753.
2. Александер, Ф. Психосоматическая медицина: пер. с англ. / Ф. Александер. - М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.-352 с.
3. Дроздова, М. С. Психосоматическая ориентация и психотерапевтический подход в общей врачебной практике / М.С. Дроздова // Медицинские новости. - 2004. - № 1. - С. 11-16.
4. Новик, А. А. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии (обзор) / А. А. Новик, Т. И. Ионова, Н. Л. Денисов // Терапевтический архив. -2003. -№ 10. - С. 42-46.
5. Дралюк, М.Г. Черепно-мозговая травма: Учебное пособие / М.Г. Дралюк, Н.С. Дралюк, Н.В.Исаева. - Ростов-на-дону: Феникс, 2006. -105с.
6. Климович В.В. Хирургия язвенной болезни желудка / В.В.Климович, А.В.Воробей // Минск.-2006.- 199с.

ИНФАНТИЛИЗМ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ

Королева Е.Г., Захаркевич В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Инфантилизм (от лат. *infantilis* — младенческий, детский) сохранение в психике и поведении взрослого индивида черт и особенностей, свойственных детскому возрасту: отсутствие самостоятельности в решениях, чувство незащищенности, снижение критичности к себе и повышенная требовательность к

другим, слабоволие, нежелание брать на себя ответственность, преобладание игровых интересов, быстрая пресыщаемость.

Инфантилизм представляет собой универсальное психическое явление и в определенной степени присущ каждому человеку. Инфантильность проявляется в неадекватной хронологическому возрасту приверженности к детским образцам поведения.

Типичной инфантильной чертой является зависимость — «особая внутренняя привязанность, которая может чем-нибудь заменяться». Зависимость подавляет развитие личности.

По мнению Э. Фромма, классическим примером зависимости и инфантилизма является невроз и невротик — «человек, продолжающий сопротивляться полному подчинению, но в то же время связанный с фигурой «волшебного помощника», какой бы облик «он» ни принимал.

Инфантильность рассматривается З. Фрейдом как фиксация на определенной стадии развития. Типичной инфантильной реакцией является защитный механизм регрессии — возвращение на более ранний уровень развития или к способу выражения, который более прост и более свойственен детям.

«Даже здоровые, хорошо приспособленные люди, — писал З.Фрейд, — позволяют себе время от времени регрессии: курят, напиваются, переедают, выходят из себя, кусают ногти, ковыряют в носу, читают рассказы о таинственном, ходят в кино, нарушают законы, лепечут по-детски, портят вещи, мастурбируют, занимаются необычным сексом, жуют резинку или табак, одеваются как дети и делают тысячи других «детских» вещей. Многие из этих регрессий настолько общеприняты, что принимаются за признаки зрелости. В действительности все это формы регрессии, используемые взрослыми».

На современном этапе развития психиатрических знаний проявления психического инфантилизма должным образом не анализировались, ограничиваясь традиционным постулированием недозрелости или несформированности неких психических функций, например, чувства долга, эмоций; неспособностью к самостоятельному адаптированному существованию: поверхностность суждений, безответственность и несамостоятельность, изнеженность, халатность, пассивность,

алчность. Игнорирование перспективных задач в сочетании с непродолжительностью эмоциональных реакций дает основание многим психиатрам говорить о свойственной им «поверхности».

Конституциональные и приобретенные личностные аномалии включают не критичность в суждениях и эмоциональную дефицитарность. Проявления истинного инфантилизма тем более могут сосуществовать как с общей, так и избирательной недостаточностью в когнитивной сфере.

Упорное нежелание принимать ответственность за свою жизнь, которая свойственна взрослому возрасту.

При анализе безответственности следует иметь в виду и не зависящие от повышенной эмоциональности различия в микросоциальной ориентации, т.е. в сознательном выборе основных жизненных ценностей, «плохое контролирование» своего поведения.

Термин «puer aeternus» ввел Карл Густав Юнг для определения одного из архетипов: не желающего взрослеть ребенка. Этому архетипу присущ своего рода неизбывный инфантилизм: он упорно не желает принимать на себя ответственность, которая свойственна взрослому возрасту.

В разных научных исследованиях «вечные дети» могут обозначаться другими терминами. Так, название «синдром Питера Пэна» дал этому архетипу психолог Дэн Кайли в своей книге «Мужчины, которые так и не выросли» (1983).

Цель работы – определить уровень инфантилизма у невротических больных.

Было обследовано 30 пациентов мужского пола и женского, в возрасте от 23 до 63 лет, которые находились на стационарном лечении в УЗ «ГКБ №3» в отделении невротических и которым была оказана психотерапевтическая помощь совместно с медикаментозной седативной терапией.

Задачи: выявить взаимосвязь между развитием невроза и

- уровнем образования
- типом воспитания
- формой нозологии
- отношениями в семье
- личностными особенностями

Методы исследования:

Для исследования уровня инфантилизма и внутренней картины болезни у пациентов были применены клиническая беседа, клиническое наблюдение, разработанная анкета, состоящая из 24 вопросов, ориентационная анкета Б. Баса - определение направленности личности, опросник социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, методика Дембо-Рубинштейна, проективная методика - семейная социограмма.

По анкете Б. Баса было выявлено, что испытуемые больше направлены на общение, т.е. они стремятся при любых условиях поддерживать отношения с людьми. Ориентируются на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных заданий или оказанию искренней помощи людям, больше ориентируются на социальное одобрение, им свойственна зависимость от группы, потребность в привязанности и эмоциональных отношениях с людьми, а меньше всего пациенты направлены на дело. Они фактически не заинтересованы в решении деловых проблем, выполнении работы как можно лучше. Отсутствует ориентация на деловое сотрудничество и способность отстаивать в интересах дела собственное мнение, которое было бы полезно для достижения общей цели.

По опроснику социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда было выявлено, что шкалы «принятие других» и «эмоциональный дискомфорт» приближаются к самому высокому показателю в зоне неопределенности, что свидетельствует о чрезмерной склонности исследуемых к дружественному принятию людей, одобрению их жизни и отношения к себе в целом, ожиданию позитивного отношения к себе окружающих и о наличии выраженных отрицательных эмоциональных состояний у пациентов, вплоть до возможных мыслей о смерти.

Выводы:

1. Исследование показало, что невроз чаще возникает у людей с высшим образованием, занимающих руководящие должности, привязанностью в детстве и во взрослой жизни к матери.

2. Наиболее часто встречаемый вид невротического расстройства - неврастения, что связано с:

-проблемами в семье: измена, непонимание мужа, детей, алкоголизация одного из членов, развод, неустроенная личная жизнь;

-на работе - непонимание коллег, начальства;

-личностными особенностями: обидчивость, мнительность, застенчивость, неуверенность в себе, впечатлительность, общительность, принимающие все близко к сердцу, подавление эмоционального состояния, борцы за справедливость, честность, правильность, порядочность, созависимость, нерешительность.

ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ СНА ПРИ НЕВРОЗАХ

Королева Е.Г., Волчек Н. А., Пигалкина А. Е.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Бессонница (англ. **Insomnia**) — расстройство сна, характеризующейся неспособностью уснуть в течение значительного периода времени.

Нарушение сна человека является общемировой проблемой. Статистические данные свидетельствуют, что нарушением сна страдает огромное количество людей. Так, например, сон нарушен у каждого третьего американца и англичанина – каждого четвертого, а во Франции нарушение сна прослеживается у 1/5 всего населения. Эти данные говорят о реальных масштабах проблемы.

Стоит сказать, что инсомнии при неврозах занимают первое место среди нарушений сна.

Треть своей жизни человек проводит во сне. Сон и бодрствование - это единый ритм жизнедеятельности, который претерпевает определенные изменения с возрастом.

Невроз – это страдание чисто человеческое. Так мы расплачиваемся за свободу, которая отличает человека от высших животных.

При неврозе на первый план выступают расстройства эмоциональной сферы.

Как следствие у всех подверженных заболеванию на первом месте стоят **жалобы на плохой сон**.

Подчеркивается обилие сновидений на начальном этапе развития невроза, когда на фоне выраженного дневного беспокойства и страхов снятся часто повторяющиеся, иногда упорно, навязчивые зрительные сцены неприятного содержания с чувством неудовлетворенности, тоски, тревоги, страха. Этот отрицательный зрительный и эмоциональный фон может служить ранним диагностическим показателем функционального расстройства нервной системы, когда сон и сновидения изменяются раньше явного, видимого проявления невроза. У женщин отмечаются более частые нарушения сна, чем у мужчин. Мы объясняем данный феномен большей природной активностью правого полушария у женщин, руководящего биоритмами и чувством сна. С недостатками сна связаны несчастные случаи, уменьшается работоспособность человека.

Все больные неврозами жалуются на работу мозга, которая никогда не прекращается и очень утомляет. Это происходит из-за нехватки быстрого сна с его сновидениями, что усиливает психическую активность медленной стадии с его «полумыслями-полуснами».

Нарушения сна – это следствие не порядка в организме, системных нарушений в нем. Когда этот не порядок достигает большой степени выраженности, могут проявиться нарушения сна.

Во всех этих случаях провоцирующим фактором, показывающим ущербность функции сна, является конфликтная ситуация. У людей этих типов нарушения личности — следствие повторяющихся жизненных неудач и высокой впечатлительности. У бессонницы есть свои крайне неприятные последствия. Во-первых, это просто плохое самочувствие в течение дня, которое сопровождается сонливостью, повышенной утомляемостью, снижением собственной энергичности. Во-вторых, появляются психические нарушения — раздражительность, тревожность, перепады настроения, апатия (утрата интереса к окружающему).

В-третьих, у человека, страдающего бессонницей, снижается трудоспособность — возникают трудности с

концентрацией внимания, ухудшается память, увеличивается “время реакции”, — а говоря простым языком — мы просто “тормозим”.

Бессонница не убивает человека, она убивает радость жизни, подтачивает силы, как вампир высасывает кровь из сердца и лица.

Картина сна говорит о том, что вся структура сна у больных неврозами основательно нарушена, а соотношения между его стадиями изменены.

Одной из причин нарушений сна — это психические расстройства. Это опасно тем, что сильно усугубляет состояние человека. Получается своеобразный замкнутый круг: сильные стрессы, затяжная депрессия, неврозы и т.д. приводят к хроническим нарушениям сна, а нарушение сна в свою очередь, тем более постоянное, еще больше раздражает нервную систему, что вводит человека в еще большее депрессивное состояние.

Прерывание дневных занятий направляет мысли больного к конфликтным переживаниям; бездеятельность увеличивает беспокойство, а с его появлением увеличиваются болезненные ощущения; мышцы не расслабляются, они приготовлены к бегству или борьбе. По-видимому, в связи с остающимся мышечным напряжением перед сном внезапно появляется подскакивание всего тела или конечностей (нога или рука сами скачут), одервенение пальцев рук и ног, ползание мурашек. Это напряжение приводит к частым пробуждениям в течение ночи, а сновидения больного связаны с дневными конфликтами и вырастают на эмоциональном фоне с отрицательным знаком, т.е. появляется чувство страха и агрессии.

Отходя ко сну, человек часто думает о прожитом дне и о том, каков будет день грядущий. Но, думая с тревогой и напряжением о прошлом, мы возбуждаем свой мозг, думая о будущем, мы тем более тревожимся и мобилизуем интеллектуальные силы. Все это самым вредным способом сказывается на качестве нашего сна, увеличивает его “порожние” фазы и уменьшает фазы глубокого сна. Человек, у которого ночной сон нарушен, чувствует себя разбитым, лишенным отдыха, у него снижается работоспособность и ухудшаются отношения с окружающими.

Естественно, бессонница не способствует восстановлению организма после длительного трудового дня или стрессового состояния. Ослабленный недосыпанием организм не может самостоятельно бороться даже с незначительными нарушениями.

Сны при неврозах часто кошмарны. Больной просыпается ночью с чувством страха, сердцебиением, облитый потом. Невротическое напряжение не проходит в момент ночного отдыха.

Целью нашего исследования было изучить особенности нарушения сна у больных неврозами (большинство пациентов страдали депрессией, соматоформными расстройствами).

При этом задачами было:

- 1) взаимосвязь нарушений сна с особенностями личности
- 2) взаимосвязь нарушений сна с сюжетом сновидений
- 3) взаимосвязь нарушений сна с психотравмирующими ситуациями
- 4) взаимосвязь нарушений сна с нозологией.

Исследовалось 30 больных неврозами в психосоматическом отделении городской больницы г.Гродно.

Методами исследования явились:

- составленная нами анкета (включающая вопросы о перенесенных ранее стрессах, об особенностях личности)
- рисуночный тест «Человек под дождем»
- рисуночный тест «Несуществующее животное»
- исследование сюжета сновидений.

На основании рисунков "Несуществующее животное" было выявлено, что нарушение сна у больных неврозами чаще связано с такими преобладающими особенностями личности как:

- тревожность, боязливость, страх,
- рациональное принятие решений (установка сознания, тип мышления и личностная черта, когда решение принимаются выбором оптимального варианта путем сравнения на основе фактов и логики, а не эмоционального впечатления),
- ригидность суждений,
- значимость мнения окружающих.

Из перенесенных в жизни вредностей 54% относилось к длительным психотравмирующим ситуациям, 18% - это тяжелые

физические перегрузки и тяжелые психотравмы – в 12%, т.е. в 66% - это психотравмирующие ситуации. На 16% приходились другие вредности: перенесенные инфекции, алкоголизация, травмы головного мозга.

Из особенностей воспитания в большинстве случаев (63%) отмечалось гипоопека или эмоциональное отвержение, в 18% - условия жестких взаимоотношений. Лишь в 19 % - наблюдалось воспитание по типу гипоопеки, повышенной моральной ответственности или воспитание вне семьи.

По содержанию сновидений:

- 14% вообще не видят сновидений
- 30% видят во сне умерших людей, какие-то свои неосуществленные желания как бы реализуют во сне
- 56% во сне испытывают тревогу за свое здоровье, за других людей и повторение негативных ситуаций прошлого опыта.

Выводы.

- При неврозах в 86 % сновидения устрашающие и тревожные.
- В особенностях воспитания в 81% случаев отмечается гипоопека и эмоциональное отвержение.
- в 66% больные переносили психотравмирующие ситуации.
- Из личностных особенностей преобладали тревожность, боязливость, ригидность суждений, большая значимость мнения окружающих.
- Люди, испытывающие трудности при засыпании, сдерживают свои чувства и желания.
 - испытывают трудности в коммуникации
 - инициативные, активные, лидеры.
- Люди смотрящие ТВ перед сном испытывают трудности при засыпании и чрезмерную сонливость днем.
- У людей, совершающих пешие прогулки перед сном, менее выражены трудности при засыпании.

ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ НЕВРОЗОВ

Королева Е.Г., Зубрицкая Д.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Невроз понимается как психогенное нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения значимых отношений личности и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений.

Многообразие классификационных разделений неврозов, предлагаемых разными авторами, показывает, прежде всего, отсутствие одного взгляда на механизмы их развития и этиологию. Последнее время в мировой литературе полифакторная этиология невротических расстройств получает все большее признание. Однако следует понимать, что когда речь идет о полифакторности заболевания, то ясно, что точных факторов мы не знаем. Следовательно, лечение можем проводить только симптоматическое.

В отечественной и зарубежной литературе невротические расстройства рассматриваются как вариант реактивного состояния, отвечающего критериям К.Ясперса:

- 1) в основе лежит длительно сохраняющаяся, эмоционально значимая психотравма, подвергающаяся психологической переработке, с формированием и закреплением патологических форм реагирования;
- 2) она звучит в переживаниях больного;
- 3) после дезактуализации психотравмы реактивное состояние исчезает.

Однако если первые два критерия не вызывает особых возражений, то с третьим трудно согласиться, поскольку невротическое расстройство редко оканчивается полным выздоровлением. Из этого следует, что хотя психотравматизацию преимущественно относят к ведущим причинам невротических расстройств, ее патогенное значение определяется взаимоотношениями с другими предрасполагающими условиями: генетически обусловленная “почва” и приобретенное предрасположение (психосоциальные факторы).

Трудности ограничения отдельных видов неврозов (даже в рамках трех классических их форм) значительно возросли в

последние десятилетия в связи с патоморфозом неврозов и сближением их клинических картин.

Разработка подобной классификации представляет собой задачу будущего.

Больные с истерическими расстройствами в настоящее время по сравнению с пациентами прошлых десятилетий характеризуются общим снижением степени выраженности симптоматики невротического регистра. Структура невротической симптоматики носит все более полиморфный характер.

Невроз нарушает, в первую очередь, личностные проявления.

Переживания, которые оказались вытесненными в бессознательное, получили название комплексов. Если последующие переживания усилят эти комплексы, тогда, по мнению Freud, может возникнуть заболевание неврозом.

Цель работы: выявление ведущих факторов в этиологии невротических расстройств.

Задачи:

1. выявление в этиологии невротических расстройств роли личностных особенностей, биологически обусловленных;
2. выявление в этиологии невротических расстройств значимости психосоциальных факторов (образование, профессия);
3. выявление в этиологии невротических расстройств значимости и степени выраженности психотравмирующих факторов.

Материалы и методы: исследовались пациенты, проходившие лечение в психосоматическом отделении Городской клинической больницы №3, в количестве 30 человек.

В качестве основных методов исследования использовались клинико-психологические, тестовые методы: Личностный опросник Г. Айзенка, Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ).

Получены следующие результаты: анализ клинико-демографических характеристик показал, что 49% пациенток принадлежат к возрастной группе 46-62 года; в возрастные

группы 30-45 лет и 20-29 лет вошли по 22% пациенток; группа 16-19 лет составила 7% (разделение на возрастные группы осуществлялось на основании классификации Бюлера). Высшее образование имеют 41%; 33% среднее-специальное (техническое); 26% общее среднее. 56% пациенток состоят в браке либо сожительствуют с мужчиной. Распределение пациенток по трудовой занятости выявило, что у 45% пациенток работа связана с умственной деятельностью, а у 37% - с физической; 3% пациенток не работают и 15% еще учатся. У 33% пациенток госпитализация в отделение неврозов является повторной.

В ходе исследования, пациенткам предлагалось ответить на следующие вопросы: какие наиболее тяжелые стрессовые ситуации они выделяют на протяжении жизни и какие стрессовые ситуации предшествовали развитию их заболеванию и непосредственно госпитализации. Анализ показал следующие результаты: стрессовые события, которые происходили на протяжении жизни пациенток, характеризуются по степени тяжести как тяжелые(32%) и очень тяжелые(36%). 52% имеют острый характер. Что касается стрессовых событий предшествующих заболеванию, то это в большинстве случаев стрессы хронические (62%), умеренные(56%) либо слабые(23%) по степени тяжести. Из этого следует то, что, в конечном счете, не столь важно, что переживает человек, сколько как он это переживает, как он перерабатывает пережитое. Оценка степени стрессогенных жизненных событий проводилась на основании классификации стрессов по степени тяжести (DSM-3-R), принималась во внимание шкала стрессовых событий Холмса и Ранге.

Анализ результатов, полученных с помощью личностного опросника Айзенка, показывает, что в исследуемой группе пациенток 65% являются интровертами, из них глубокий уровень интроверсии имеют 16% пациенток. 30% пациенток занимают среднюю позицию по шкале интроверсия-экстроверсия, т.е. являются амбивертами. Высокий уровень нейротизма был диагностирован у 62% пациенток, а очень высокий у 17. Таким образом, большинство пациенток являются интровертами с высоким уровнем нейротизма.

Анализ результатов, полученных с помощью методики для психологической диагностики типов отношения к болезни показал, что у третьей части пациенток тип отношений к болезни не диагностируется, а остальных у большинства, пациенток количество набранных баллов равно, либо на один балл превышает минимальное диагностическое число по соответствующему типу отношений. Такие результаты могут говорить об отсутствии четкого, оформленного отношения к своему заболеванию, не смотря на то, что эти пациенты чаще всего предъявляют множество жалоб, а также о возможном наличии у пациентов алекситимических черт.

Выявлены корреляции:

1. Показатель по шкале нейротизма меньше у пациенток с высшим образованием.
2. Вероятность повторных госпитализаций у пациента тем выше, чем выше выражена степень нейротизма.
3. Чем выше показатель инверсии у испытуемой, тем больше она выделяет психотравматических событий в течение жизни.

В процессе беседы пациенткам задавался вопрос об отношениях в их родительских семьях. Анализ ответов показал, что 45% пациенток охарактеризовали свою родительскую семью как благополучную. 48% пациенток в течение беседы рассказывали о проблемах в родительской семье (один из родителей выпивает, холодность одного или обоих родителей, частые ссоры между родителями, несогласованность в воспитании). 7% пациенток отказались говорить о своей родительской семье.

В итоге рассмотрения данного вопроса, хотелось бы сделать следующие выводы:

1. Основной возраст развития неврозов –это 46-62 года (в 49% случаев).
2. Неврозы развиваются, по нашим данным, преимущественно у пациентов с высшим или средним специальным образованием (74%) и работа преимущественно связана с умственной деятельностью (45% случаев).
3. Большая часть пациентов (68% случаев) переживала стрессовые ситуации, 52% из них имеют острый характер. Причем

было не столь важно, что переживает человек, сколько как он это переживает, как он перерабатывает пережитое.

4. По нашим данным ведущим фактором в этиологии невротических расстройств является биологическая предрасположенность, которая под влиянием среды, в период когда личность формируется, определяет характерные личностные особенности. Все остальные факторы по отношению к неврозу играют лишь триггерную (пусковую) роль.

5. Рассмотрение вопроса этиологии обратило наше внимание на то, что нозологии, входящие в рубрику F4 МКБ-10, имеют не достаточно четкие диагностические критерии, и для собственно невротических расстройств, они носят также размытый характер. Это создает проблемы при подборе терапевтической программы.

6. Полученные данные дают возможность акцентировать внимание и рекомендовать при истинных невротических расстройствах психотерапию, направленную на лечение и коррекцию личностных особенностей пациента с опорой на его «сильные» стороны.

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

Костюченко Е.В.

*УО «Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы»*

Повышение темпа жизни, рост социально-экономических, общественно-культурных трансформаций, увеличение информационных нагрузок и требований к социально-психологической устойчивости человека ставит на одно из ведущих мест пристального внимания ученых проблему изучения адаптационных ресурсов личности как профилактики различных физических и психологических расстройств, связанных с переживанием хронического стресса. В последнее время появляется довольно много исследований, результаты которых свидетельствуют о снижении адаптационного потенциала человека, срыву функциональных систем жизнеобеспечения и как

следствие, появлению различных расстройств в соматической и психической сферах (И.Р. Исаева, А.Б. Холмогорова). Особую значимость изучение проблематики совладания с трудными жизненными ситуациями приобретает в тех ситуациях, когда человек переживает серию стрессогенных событий, снижающих его адаптационный потенциал. В связи с этим возрастает научный интерес к изучению особенностей преодоления стрессовых событий, в особенности лиц, находящихся в силу тех или иных причин в ситуации хронического стресса.

Ревматоидный артрит является грозным, тяжело протекающим заболеванием, часто приводящим к инвалидизации, профессиональной депривации, бытовой зависимости от посторонних лиц. Необходимость длительного (часто пожизненного) приема лекарственных средств, снижение социальной активности и изменение условий собственной жизнедеятельности являются тяжело переживаемыми обстоятельствами, часто приводящими к психологической декомпенсации, зачастую проявляющейся в формировании расстройств аффективного спектра. В этом случае оказывается важным изучение особенностей совладающего поведения больных, как одного из факторов, являющегося с одной стороны прогностическим в плане появления негативной психической симптоматики (непродуктивные способы совладающего поведения), а с другой – выступающего в качестве ресурса преодоления трудных жизненных обстоятельств (продуктивные способы совладающего поведения).

В качестве испытуемых выступили лица, страдающие ревматоидным артритом (стаж заболевания 3-5 лет; в основном женщины; возраст 40-47 лет; общее количество испытуемых (57 человек). В качестве контрольной группы выступили «условно здоровые» лица. Методом исследования выступил опросник способов совладания (адаптация методики WCQ Way of Coping Questionnaire), авторы-разработчики: Р. Лазарус, С.Фолкман, 1988 г., авторы адаптации Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В.

Результаты исследования позволяют заключить, что больные лица достоверно чаще по сравнению с условно здоровыми ($p < 0,001$) используют в стрессовых ситуациях копинг-стратегии «дистанцирование», «поиск социальной поддержки»,

«самоконтроль». Остальные копинг-стратегии как больные, так и условно здоровые лица, используют с одинаковой частотой.

Использование копинг-стратегии «Дистанцирование» (мысленное переключение и эмоциональное отстранение от проблем) позволяет страдающим ревматоидным артритом эмоционально отстраняться и дистанцироваться от проблем, «не включаться» в какие-либо не слишком значимые жизненные события, в которых проявление собственной активности не приведет к положительному результату. Несмотря на то, что «дистанцирование» является эмоционально-фокусированной копинг-стратегией, ее использование можно рассматривать как продуктивный копинг, помогающий не включаться эмоционально в ситуацию и создает возможность большей реализации когнитивных механизмов переоценки ситуации, выделения в ней главного и второстепенного, что в конечном итоге, способствует ее оптимальному разрешению.

Стратегия «Поиск социальной поддержки» также является стратегией совладания, чаще применяемой больными лицами. Данная стратегия предполагает активное взаимодействие с людьми, активный сбор информации с целью преодоления ситуации неопределенности и ослабления эмоционального напряжения. Такие лица часто демонстрируют высокую эмоциональную включенность в ситуацию, потребность в сочувствии и принятии. Они много говорят о своих проблемах, активно включая в их разрешение другие лица.

Копинг-стратегия «Самоконтроль» предполагает сохранение уверенности, повышение контроля над своими действиями, высказываниями, эмоциональными проявлениями, что создает иллюзию подконтрольности событий человеку, повышая тем самым фрустрационную толерантность. В поведенческом плане использование данной стратегии предполагает постановку целей, тщательный контроль за их реализацией, что в конечном итоге опять же призвано снизить эмоциональное напряжение.

Анализируя полученные результаты, можно предположить, что больные ревматоидным артритом при реализации совладающего поведения не склонны сдерживать эмоции, достоверно чаще обращаются за разнообразной (чаще

информационной) помощью в разрешении ситуации к социальному окружению, в том числе специалистам. В тоже время склонность дистанцироваться, эмоционально отстраняться от жизненных проблем в известной степени может быть продуктивной в плане временного отстранения от проблем, с которыми все равно придется столкнуться.

Таким образом, можно говорить о наличии специфики преодоления трудных жизненных ситуаций лицами, страдающим ревматоидным артритом, выражающейся в особом стиле совладания как проявления адаптации к болезни. Вместе с тем, несомненный интерес вызывает изучение особенностей преодоления трудных жизненных ситуаций лицами, в зависимости от стажа заболевания.

СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ

Котова О.А.¹, Байкова И.А.², Теслова О.А.³

¹ – УЗ «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ»

² – ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

³ – УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Актуальность. Республика Беларусь входит в первую пятерку стран мира по распространенности суицидов [1]. В последние годы наблюдается прирост уровня суицидов в группе населения до 30 лет [2].

Пациенты, перенесшие спинномозговую травму, – это в основном лица трудоспособного возраста, более половины пострадавших моложе 40 лет. Анализ суицидов данной категории пациентов показывает, что самоубийство занимает третье место среди всех причин смерти [3]. Суицидальный риск значительно повышен для лиц моложе 25 лет по сравнению с населением в целом и в 2-6 раз выше, чем у сверстников в общей популяции [3]. Наибольший риск по суициду обнаружен у лиц с неполным повреждением спинного мозга, что противоречит распространенному убеждению о связи тяжести последствий спинальной травмы и тяжести психопатологических нарушений

[4]. Кроме того, у данной категории пациентов выделяют так называемый пассивный суицид, который связан с отказом от лечения, отсутствием заботы о себе [3].

Таким образом, тщательная оценка суицидального риска, а также диагностика и лечение депрессии являются оправданными, а угрозы самоубийства у данной категории пациентов должны быть приняты всерьез [3].

Цель – изучить суицидальный риск у пациентов, перенесших спинномозговую травму.

Методы исследования. В исследование включено 138 человек. Основную группу составили 87 пациентов, перенесших травму позвоночника и проходивших курс лечения в отделении реабилитации травматологических больных Гомельского областного клинического госпиталя ИОВ с ноября 2011 по апрель 2013 года. Соотношение мужчин к женщинам в группе было 5,6:1, возрастной диапазон составил 31 [25–37] год. Основная группа была разделена на 4 подгруппы, в зависимости от давности перенесенной травмы: 1-я подгруппа – до 1 года ($n=33$); 2-я – от 1 года до 5 лет ($n=19$); 3-я – от 6 до 10 лет ($n=19$), 4-я – более 10 лет ($n=16$). Контрольную группу (0) составили 51 человек без спинальной травмы. Группы не различались по половозрастной структуре, уровню образования и семейному положению.

В качестве инструмента исследования для оценки суицидального риска использовалась шкала Бека [2]. Все участники дали информированное согласие на сбор данных. Статистическая обработка данных произведена при помощи пакета прикладных программ «Statistica 7,0». Количественный данные представлены в формате Me [25%-75%]; при межгрупповом сравнении использованы критерии Манна-Уитни (Z) и Крускала-Уоллиса (H), для установления связи признаков – коэффициент корреляции Спирмена (R_s).

Результаты и их обсуждение. Установлены статистически значимые различия ($Z=3,68$, $p=0,0002$) при сравнении групп пациентов со спинномозговой травмой, где суицидальный риск составил 3 [2-6], и без спинномозговой травмы, где соответствующий результат был 1 [0-3].

В основной группе пациентов не получено значимых различий суицидального риска при внутригрупповом сравнении по полу ($Z=0,64$, $p=0,52$), семейному положению ($H=4,52$, $p=0,25$), уровню образования ($Z=1,83$, $p=0,06$), тяжести неврологических нарушений ($H=0,82$, $p=0,25$). В изученных подгруппах пациентов со спинномозговой травмой, обнаружена связь суицидального риска со стажем травмы ($R_s=0,35$, $p<0,001$) и нарастание его по мере увеличения длительности заболевания ($H=20,08$, $p=0,0005$), что представлено на рисунке 1.

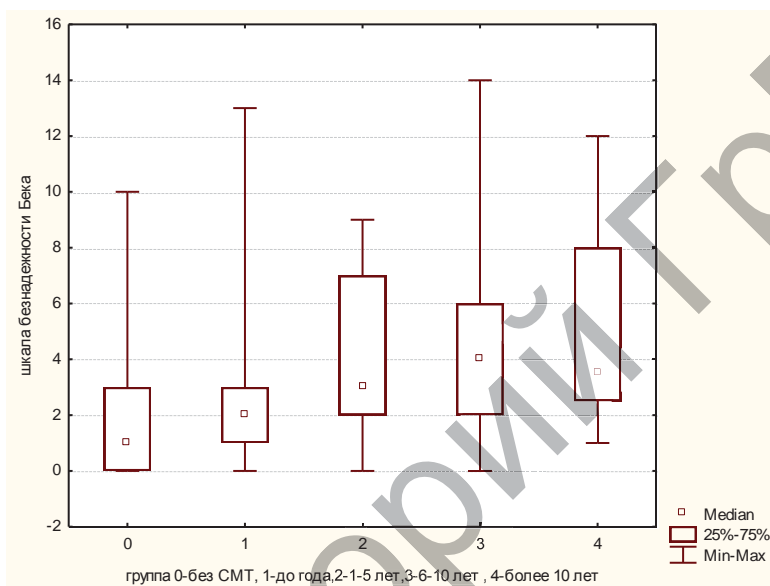


Рисунок 1- Суицидальный риск пациентов с различной давностью СМТ и без

Выводы. У пациентов, перенесших спинномозговую травму, суицидальный риск значимо выше, чем у относительно здоровых лиц ($p=0,0002$), он связан с продолжительностью травмы ($p<0,001$) и нарастает по мере увеличения длительности заболевания ($p=0,0005$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Паровая, О.И. Эпидемиология суицидального поведения – гендерные различия: обзор литературы и ситуация в Республике Беларусь / О.И. Паровая // Психиатрия. Психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 2. – С. 93-104.
2. Инструкция по оценке суицидального риска и профилактике суицидального поведения (для врачей общей практики, терапевтов, педиатров, неврологов и других врачей лечебного профиля): утв. М-

- вом здравоохранения Респ. Беларусь 11.07.2009. – Минск : БелМАПО, 2009. – 50 с.
3. Булюбаш, И.Д. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы: пособие для врачей / И.Д. Булюбаш, И.Н. Морозов, М.С. Приходько; под ред. И.Д. Булюбаш. – Самара : Издательский дом «Бахрах-М», 2011. – 272 с.
 4. DeVivo, M.J. Suicide following spinal cord injury / M.J. DeVivo, , K.J. Black, J.S. Richards, S.L. Stover // Paraplegia. – 1991. – №9. – P. 620-627.

ФЕНОМЕН ДИСЦИПЛИНИРОВАНИЯ И СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В СЕМЬЯХ ШКОЛЬНИКОВ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Кузмицкая Ю.Л.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

В процессе развития общества на семью возложены функции формирования личности ребенка, путем обозначения и транслирования ценностных ориентаций и стандартов поведения. Родители заинтересованы сохранить в поведении детей социально приемлемые формы. Руководствуясь этим, родители прибегают к использованию тех методов дисциплинирования, которые помогают сформировать у ребенка внутреннюю мотивацию – собственное желание вести себя социально приемлемым образом.

В процессе усвоения детьми норм поведения родители часто сталкиваются с препятствиями в лице нормативного и индивидуального поведения ребенка, что может приводить к увеличению конфликтного взаимодействия. Родители, разрешая возникшие конфликтные ситуации со своими детьми, могут прибегать к использованию как конструктивных (взаимный диалог, объяснение), так и деструктивных (физическая агрессия, телесные наказания, психологическая агрессия) способов урегулирования конфликтных ситуаций. Используя определенные способы разрешения противоречий родители, демонстрируют своим детям новый опыт реагирования, новый физический и вербальный опыт поведения в схожих ситуациях. Дисциплина является составной частью нормативного поведения, правил поведения, обязательных в определенной культуре.

Родительско-детские конфликты – это вечный конфликт между линией индивидуального развития, т.е. удовлетворения собственных потребностей, и линией социализации, т.е. удовлетворения потребностей социума [1].

Большинство родителей имеют собственную систему представлений о том, каким должно быть поведение ребенка, и в зависимости от них судят о том, насколько нормативным оказывается поведение ребенка. Нарушение ребенком дисциплины вызывает у родителя переживание состояния диссонанса, что и приводит к родительско-детскому конфликту. Состояние консонанса достигается действиями родителя, направленными на исправление проступка ребенка.

Таким образом, дисциплинирование ребенка является базовым компонентом воспитания. Диапазон определений понятия дисциплины достаточно широк, в связи с чем достаточно сложно дать психологическую интерпретацию категории «дисциплина». Дисциплину можно понимать как контроль поведения ребенка посредством либо наказаний, либо осторожного манипулирования [1]. Это также и участие взрослых в процессе формирования у детей самоконтроля, волевых черт характера, самоуважения, уважения к другим и подчинения правилам [2]. В психологии развития слово дисциплина означает инструктирование или обучение, регулирование отношений между ребенком и родителями, между детьми и социальным окружением и предполагает научение навыкам самообладания и приемлемого поведения [1].

Таким образом, анализ научной литературы показывает что, несмотря на большое количество теоретических и прикладных исследований в области родительско-детских отношений, феномен дисциплинирования в рамках психологии остается не решенным. Следует отметить, что имеются существенные различия в определении понятий: воспитание, дисциплинирование, стратегии и тактики дисциплинарного воздействия; не определены структура и согласованность в их использовании; отсутствуют методические разработки по психологической работе с родителями, способствующие гармонизации родительско-детских отношений и как результат

отсутствие системного психологического подхода к решению проблем родительско-детского взаимодействия.

Вместе с тем, как показывают многочисленные исследования, эффективность тактики дисциплинирования в сфере социализации ребенка может зависеть от того с какими другими тактиками дисциплинирования они сочетаются [3]. В литературе существуют лишь фрагментарные данные о структуре (сочетании определенных тактик дисциплинарных воздействий) стиля дисциплинирования в зависимости от пола родителя по отношению к мальчику и к девочке. Поэтому с целью получения более полных данных о сочетании использования родителями тактик дисциплинирования от пола, возраста ребенка и было проведено данное исследование.

Вышеизложенные аспекты определили необходимость проведения исследования по вопросу дисциплинарных воздействий. В качестве *предмета* исследования выступает структура дисциплинарных воздействий родителей в семьях школьников подросткового возраста. *Цель исследования:* определение сочетания тактик дисциплинарных воздействий матерей и отцов.

Методики исследования: «Шкала тактики поведения в ситуации дисциплинирования» М.А. Строоса и К. Меберта. *Целью* данной методики является: установление уровня (степени выраженности) и вида дисциплинарных воздействий. *Выборку* данного исследования составили учащиеся средней общеобразовательной школы г. Гродно №3 в количестве 97 школьников подросткового возраста, из них 46 мальчиков и 51 девочка.

Проведенное эмпирическое исследование позволило обнаружить различия в структурах материнских и отцовских тактик дисциплинирования в подростковом возрасте.

Структура материнского дисциплинарного воздействия в подростковом возрасте определяется использованием психологической агрессии (повышение голоса родителями, крики, различного рода ругательства, произнесение оскорбительных слов; ограничение свободного пространства ребенка, произнесение угроз) и телесных наказаний (шлепки по попе, удары по телу ребенка ремнем, рукой, щипание)

(положительная корреляция $p \leq 0,05$), телесных наказаний и проявления жестокости (удары по телу ребенка различными твердыми предметами, удары по лицу, голове, пощечины, подзатыльники) (положительная корреляция $p \leq 0,01$).

Можно предположить, что данный выраженный стиль выполняет следующую функцию в структуре дисциплинирования. Во-первых, усиление эффективности использования психологической агрессии в случае невозможности выполнения контроля над поведением подростка посредством вербальной и символической активности (лишение его родительской любви, выражение нелюбви, изоляция ребенка, стимуляция чувства вины, повышение голоса родителями, произнесение ругательств). Во-вторых, в случае неэффективности использования психологической агрессии как запасной вариант для дисциплинирования детей выбираются более сильные физические способы дисциплинарного воздействия (использование родителями по отношению к своему ребенку физической силы, что вызывает у ребенка различные по силе болевые ощущения, но без нанесения серьезного ущерба здоровью ребенка). Относительно использования этих тактик дисциплинарного воздействия со стороны матерей в данный возрастной период можно сделать предположение, что в таком сочетании тактики используются для усиления эффекта дисциплинарного воздействия.

В структуре дисциплинарного воздействия со стороны матерей в подростковом возрасте в отношении мальчиков и девочек были выявлены следующие особенности. Так, структура разрешения конфликтов матерей с девочками определяется использованием психологической агрессии, телесных наказаний, проявления жестокости, в то время как закрепленной структуры в разрешении конфликтов мамы с сыном выявлено не было.

Структура отцовского дисциплинарного воздействия в подростковом возрасте определяется использованием дисциплинирования (объяснение и разъяснение, ограничение свободного пространства, предоставление возможности исправиться, лишения различного рода привилегий, ограничение определенных потребностей) (положительная корреляция $p \leq 0,01$), психологической агрессии (положительная корреляция

$p \leq 0,01$), телесных наказаний (положительная корреляция $p \leq 0,01$), проявления жестокости (использование физической силы, что вызывает у ребенка различные по силе болевые ощущения и наносящие ущерб здоровью ребенка) (положительная корреляция $p \leq 0,01$).

Различия дисциплинарного воздействия отца по отношению к мальчикам и к девочкам состоят в следующем: в структуре дисциплинирования отцами мальчиков лежат тактики психологической агрессии, телесных наказаний, проявления жестокости, в то время как структуру дисциплинарного воздействия отца по отношению к девочкам определяют: дисциплинирование, психологическая агрессия, телесные наказания. Структура дисциплинарного реагирования в конфликте отцов с мальчиками, в отличие от структуры реагирования в конфликте с девочками отличается большим разнообразием паттернов физического реагирования.

Таким образом, относительно сочетания тактик дисциплинарного воздействия можно сделать следующие выводы.

Структура материнских дисциплинарных воздействий включает вербальные и физические паттерны агрессивного поведения, которые в таком сочетании используются для усиления эффекта дисциплинарного воздействия. Психологическая агрессия, телесные наказания и проявления жестокости закреплены в структуре материнского дисциплинарного воздействия на девочек, в то время как в отношении мальчиков закрепленной структуры выявлено не было.

Структура дисциплинарных воздействий отцов в отношении мальчиков отличается большим разнообразием паттернов физического реагирования, а в отношении девочек большим разнообразием паттернов вербального реагирования. Отцовская модель дисциплинарного воздействия транслирует традиционное распределение мужских и женских моделей поведения в соответствующем направлении: мужские модели поведения в отношении мальчиков, женские модели поведения в отношении девочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Карабанова, О. А. Психология семейных отношений и основы семейного консультирования / О. А. Карабанова // Учебное пособие. – М.: Гардарики, 2005. – 320с.
2. Cass, L. Discipline from the psychoanalytic viewpoint / D. Dorr, J. W. Bonner // The psychology of discipline. – New York: International Universities Press, Inc., 1988, – p. 15– 64.
3. Socolar, R. R. Classification scheme for discipline: Type, mode of administration, context/ R. R. Socolar// Aggression and Violent Behavior – №2, 1997, – p. 355– 364.

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кулеш Л.Д., Варнакова Г.М., Виноградова Т.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одной из частых причин снижения качества жизни больных с хронической цереброваскулярной патологией является психоэмоциональное неблагополучие, проявляющееся в виде тревоги и депрессии.

В условиях экономической и социально-политической нестабильности общества, продолжительных психоэмоциональных нагрузок происходит «ломка» жизненного стереотипа, обуславливающая массовую невротизацию населения. Психические расстройства играют важную роль в патогенезе цереброваскулярных заболеваний и усложняют решение проблем клинической и социальной реабилитации пациентов.

Для купирования нарушений адаптации чаще всего применяются транквилизаторы. Но пациенты пожилого возраста с проявлениями дисциркуляторной энцефалопатии не всегда хорошо переносят бензодиазепины в связи с развитием побочных эффектов в виде вялости, нарушения внимания и координации движений, мышечной слабости, а также возможности привыкания. Поэтому данной категории больных с целью психокоррекции предпочтительнее назначать транквилизаторы не бензодиазепинового строения, в частности – сверхмалые дозы аффинно очищенных антител к белку S100 – препарат Тенотен, оказывающий ГАМК-миметическое действие, за счет чего

повышается порог тревожного реагирования. В результате облегчается процесс засыпания, устраняются тревожные расстройства, проявления психической дезадаптации и астении. В отличие от бензодиазепинов тенотен не приводит к возникновению зависимости и оказывает успокаивающее действие без побочных эффектов.

Цель настоящего исследования – оценить возможность использования и безопасность тенотена для коррекции тревоги и депрессии у больных дисциркуляторной энцефалопатией.

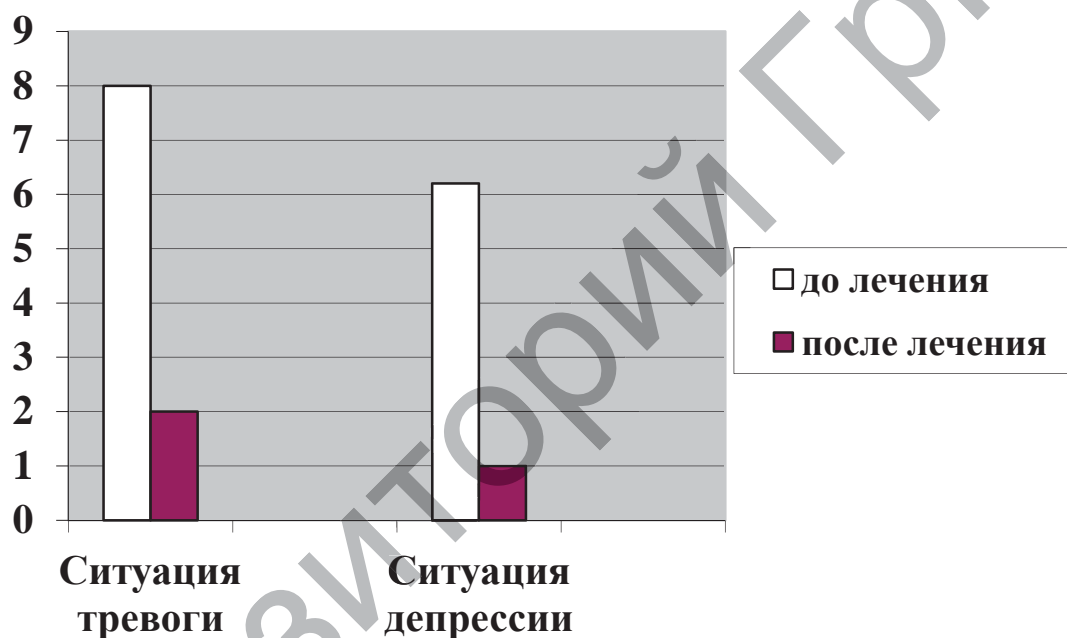
Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 20 больных дисциркуляторной энцефалопатией I-II ст., в генезе которой главную роль играла изолированная систолическая артериальная гипертензия. Средний возраст составил 68 лет. Мужчин было 6, женщин 14. Длительность заболевания артериальной гипертензией колебалась от 5 до 8 лет. Диагноз дисциркуляторная энцефалопатия устанавливался после обследования больных консультантами неврологом и психотерапевтом. В результате были выявлены расстройства адаптации по типу тревожно-депрессивной реакции (F 43.2) различной степени выраженности. Высокий уровень тревоги наблюдался у 17 пациентов, а высокий уровень депрессии – у 11.

При клиническом обследовании (ЭКГ, биохимический анализ крови, эхокардиография, доплеровское исследование артерий брахиоцефальной группы, исследование глазного дна, центральной гемодинамики и реоэнцефалограммы, профиль АД) у всех пациентов выявлены признаки симпатикотонии, что явилось основанием для назначения им в качестве базисных гипотензивных средств β -адреноблокаторов. Больные получали стандартное лечение беталок – ЗОК – 100 мг в сутки, аспикард – 75 мг в сутки, винпоцетин и тенотен по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2 недель. До и после лечения им предлагали заполнить опросник – короткую шкалу оценки депрессии и тревоги для врачей общей практики (D. Goldberg, 1987).

Результаты и обсуждение. В результате проводимой терапии самочувствие наблюдаемых больных значительно улучшилось и стабилизировалось АД по САД со $170,6 \pm 7,5$ мм рт. ст. до $140,8 \pm 3,02$ мм рт. ст., по ДАД со $85,6 \pm 4,6$ мм рт. ст. до

79,3±2,03 мм рт. ст., прошли головные боли, головокружение, сердцебиения, дрожь, улучшилось психоэмоциональное состояние: пациенты отмечали, что перестали испытывать излишнее беспокойство, возбуждение, раздражительность, улучшение сна. Наблюдалась также положительная динамика проявлений депрессии: появилось чувство уверенности в себе, интерес к окружающему миру, уменьшилась заторможенность, собственная беспомощность, когнитивные нарушения. Следует подчеркнуть, что все пациенты отмечали хорошую переносимость тенотена и отсутствие побочных эффектов.

Динамика тревожно-депрессивных расстройств в процессе лечения тенотеном (рис. 1)



Таким образом, тенотен, являясь дневным анксиолитиком, с противоастеническим активирующим действием может быть широко использован для коррекции тревожно-депрессивных расстройств у больных дисциркуляторной энцефалопатией. Основным преимуществом его является отсутствие зависимости, седации и миорелаксации, что позволяет назначать препарат людям пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ромасенко, Л.В., Применение препарата тенотен при лечении невротических расстройств у пациентов с заболеваниями

- сердечно-сосудистой системы / Л.В. Ромасенко, А.В. Недоступ, М.Г. Артюхова, И.М. Пархоменко // Российский психиатрический журнал. – 2007. – №2. – с.81-84.
2. Никольская, И.Н., Роль тревожных расстройств при гипертонической болезни и возможности их коррекции / И.Н. Никольская, И.А. Гусева, Е.В. Близневская и др. // Лечащий врач. – 2007. – №3. – с.89-91.

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПО МЕТОДАМ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

Кулеш С.Д., Шапоров И.Н., Тименова С.В., Яговдик М.К.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Актуальность. Нетравматическое внутримозговое кровоизлияние является одной из важнейших проблем ангионеврологии. Благодаря внедрению в клинику компьютерной и магнитно-резонансной томографии значительно изменились представления о частоте, тяжести течения и прогнозе кровоизлияний в головной мозг [7]. Определение типа инсульта окончательно диагностируется на основании данных нейровизуализационного исследования. Сегодня необходимость проведения компьютерной томографии для диагностики внутримозгового кровоизлияния (ВМК) не вызывает сомнения.

Цель исследования. Разработать оптимальный диагностический алгоритм нейровизуализационной оценки пациентов с ВМК.

Методы. Проведен анализ литературы с целью выделения наиболее значимых нейрорадиологических характеристик ВМК, ассоциированных с клинической картиной, выбором лечебной тактики и прогнозом исхода ВМК.

Результаты и их обсуждение. Для проведения клинико-нейровизуализационных сопоставлений предложены различные показатели: локализация очага кровоизлияния, его объем и глубина, отношение гематомы к прилежащим структурам головного мозга и объемное воздействие; наличие смещения

структур головного мозга от срединной линии (межполушарная щель, прозрачная перегородка), объем желудочковой системы, прорыв крови в желудочковую систему и/или субарахноидальное пространство, наличие стволового синдрома, наличие атрофии [1]. Однако в настоящее время не существует четких алгоритмов обследования больных с ВМК. В связи с вышеизложенным нами был выработан оптимальный диагностический алгоритм нейровизуализационных исследований пациентов с ВМК, включающий оценку объема и локализации ВМК, количества внутрижелудочковой крови, степени гидроцефалии, смещения средних структур, оценку обходных цистерн. Данные показатели определяют клиническую картину, течение и прогноз ВМК, а также важны для решения вопроса о целесообразности хирургического вмешательства. [2, 6, 10].

Объем внутримозгового кровоизлияния рассчитывался с использованием формулы $A \cdot B \cdot C / 2$, где А, В, С обозначают диаметры гематомы в 3 измерениях. Единица измерения миллилитр [9, 11]. Количество внутрижелудочковой крови определялось с использованием метода J. Rusalleda и A. Peiro [8]. Количество внутрижелудочковой крови, визуализированной на КТ, было определено в третьем, четвертом и обоих боковых желудочках в баллах. Все баллы от каждой порции были суммированы. Максимальное количество баллов 12.

Выраженность гидроцефалии была определена путем оценки размеров боковых, третьего и четвертого желудочков. Каждая порция желудочковой системы была оценена в баллах: 0 при отсутствии гидроцефалии, 1 балл при незначительной степени гидроцефалии, 2 балла при умеренной степени, 3 балла – выраженная гидроцефалия [4, 5]. Все баллы суммированы. Максимально возможный балл 24 балла.

Правая и левая части обходной цистерны оценивались как нормально развитые, суженные, компремированные и были оценены 0, 1, 2 балла соответственно. Баллы от каждой стороны были суммированы. Общий максимально возможный балл 4 [7]. Смещение срединных структур было измерено в миллиметрах [12].

Выводы. Разработан комплексный подход в оценке структурных изменений в головном мозге при ВМК, который

позволяет более достоверно судить о степени тяжести и прогнозах течения данного заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кротенкова, М.В. Диагностика острого инсульта: нейровизуализационные алгоритмы: автореф. ... дис. д-ра мед. наук: 14.01.11; 14.01.13 / М.В. Кротенкова; Рос. акад. мед. наук. – М., 2011. – 45 с.
2. Comparison of active and passive surveillance for cerebrovascular disease: The Brain Attack Surveillance in Corpus Christi (BASIC) Project / P. Piriyawat [et al.] // *Am. J. Epidemiol.* – 2002. – Vol. 156. – P. 1062–1069.
3. Computed tomographic diagnosis of intraventricular hemorrhage / D.A. Graeb [et al.] // *Radiology.* – 1982. – Vol. 143. – P. 91–96.
4. Diringer, M.N. Hydrocephalus: A previously unrecognized predictor of poor outcome from supratentorial intracerebral hemorrhage / M.N. Diringer, D.F. Edwards, A.R. Zazulia // *Stroke.* – 1998. – Vol. 29. – P. 1352–1357.
5. Hydrocephalus is a determinant of early mortality in putaminal hemorrhage / T.G. Phan [et al.] // *Stroke.* – 2000. – Vol. 31. – P. 2157–2162.
6. Lobar intracerebral hematomas: clinical and CT analysis of 22 cases / C.S. Kase [et al.] // *Neurology.* – 1982. – Vol. 10. – P. 1146–1150.
7. Primary Intracerebral Hemorrhages in the Besançon Stroke Registry / L. Tatu [et al.] // *Eur. Neurology.* – 2000. – Vol. 43. – P. 209–214.
8. Rusalleda, J. Prognostic factors in intraparenchymatous hematoma with ventricular hemorrhage / J. Rusalleda, A. Peiro // *Neuroradiology.* – 1968. – Vol. 28. – P. 34–37.
9. The ABCs of measuring intracerebral hemorrhage volumes / R.U. Kothari [et al.] // *Stroke.* – 1996. – Vol. 27. – P. 1304–1305.
10. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage / J.C. Hemphill [et al.] // *Stroke.* – 2001. – Vol. 32. – P. 891–897.
11. Volume of intracerebral hemorrhage. A powerful and easy-to-use predictor of 30-day mortality / J.P. Broderick [et al.] // *Stroke.* – 1993. – Vol. 24. – P. 9879–9893.

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНТАМИ ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ)

Лашевич Н.В., Савчик Н.К.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «Волковысская центральная больница»*

В современном обществе отмечается распространение различных форм девиантного поведения среди студентов, в том числе злоупотребление алкоголем. Наркотическая и алкогольная субкультуры перестали быть изолированными, что наряду с другими факторами способствуют вовлечению молодежи в употребление алкоголя. Алкоголь – самое распространённое психоактивное вещество (ПАВ), употребляемое молодёжью. Вред, наносимый алкоголем физическому и психическому здоровью его потребителям, их семьям и обществу существенно превышает таковой от других ПАВ. Несмотря на высокий уровень информированности студентов, распитие ими спиртных напитков является распространённым способом проведения свободного времени. [1, 2, 3]. Ответы студентов на вопросы о частоте употребления ими алкоголя, а также информация о частоте употребления различных типов алкогольных напитков дают важную информацию для понимания «алкогольных привычек» молодежи [1].

Цель исследования – изучение среди студентов УО «Гродненский государственный медицинский университет» отношения к употреблению алкоголя.

Для изучения особенностей употребления студентами алкоголя проведено анонимное анкетирование студентов 2-6 курсов медицинского университета (УО «ГрГМУ»). Всего в исследовании приняли участие 135 человек. Среди них, лица мужского пола составили 19,25%, женского – 80,75%. Анкета включала 12 вопросов, объединённых в несколько блоков: демографические данные (пол, возраст); отношение к проблеме; социальное окружение (социальные связи и контакты с употребляющими алкоголь); факты аддиктивного поведения (употребление алкоголя). Некоторые вопросы допускали несколько

вариантов ответов. Для обработки результатов использовались методы описательной статистики.

В результате исследования установлено, что большинство опрошенных (64,4%) считают приемлемым иногда немного выпить; 18,5% студентов уверены в том, что алкоголь лучше не употреблять совсем либо запретить его употребление; 13,3% - считают, что следует принимать алкоголь соблюдая чувство меры и 3,7% - уверены в безвредности нечастых эпизодов употребления алкоголя. Наиболее употребляемый студентами вид напитка представлен на рис. 1

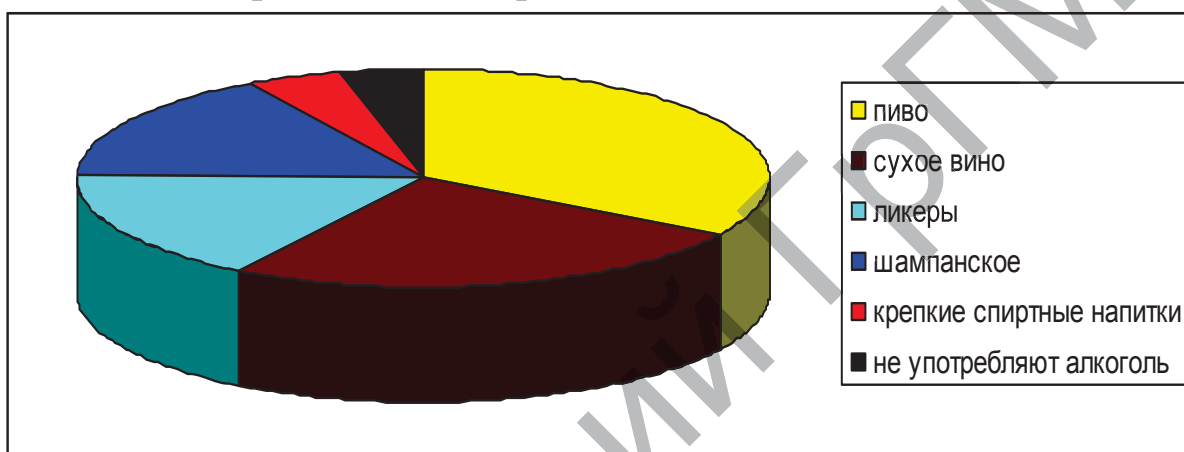


Рис. 1. Спиртные напитки, наиболее часто употребляемые студентами

Как видно из рис.1, наиболее популярным в структуре предпочитаемых алкогольных напитков среди студентов является пиво (50,3%). На втором месте по популярности находится сухое вино (37,7%), на третьем - ликеры и шампанское (24,4%). Крепкие спиртные напитки предпочитают 6,7%. Не употребляют алкоголь 5,9% опрошенных. При изучении частотно-количественной оценки употребления алкоголя установлено, что большинство студентов (53,3%) алкоголь употребляют раз в месяц или реже; 22,9% - 2-3 раза в месяц; 4% - один раз в неделю; 2,96% - 3-4 раза в неделю, 5,9% - не употребляют спиртные напитки вовсе.

Анализ ответов об информированности родителей о фактах употребления алкоголя их детьми показал, что в 76,3% случаев родители студентов осведомлены об употреблении алкоголя. Лишь у 8,9% студентов родители не знают о том, что их дети периодически употребляют алкоголь; 14,8% респондентов не

ответили на вопрос. При этом, у 53,4% опрошенных студентов родители принимают подобную форму проведения свободного времени среди молодежи; у 30,4 % - родители не одобряют прием спиртного, у 8,9% студентов родители к этому относятся крайне негативно. Подавляющее большинство студентов (85,2%) распивают спиртные напитки с друзьями и знакомыми. В то же время настораживает тот факт, что 23% выпивают с родственниками, а 16,3% студентов с родителями.

Отдельно от родителей проживают 80,03% респондентов; 18,5% - совместно с родителями. Каких-либо негативных последствий от употребления алкоголя не отмечают 70,2% студентов. Конфликты из-за употребления алкоголя с родителями возникали у 6,7% опрошенных, у 5,9% - во взаимоотношениях со значимыми другими, о которых позже пришлось сожалеть. У 9,6% отмечались агрессивные формы поведения в состоянии алкогольного опьянения (физическое насилие и вербальная агрессия). Практически отсутствует негативное влияние на обучение (плохая успеваемость и прогулы). Проблемы с учебой на фоне алкоголизации отмечались у 5,2% студентов.

Полученные данные свидетельствуют о том, что половина студентов проживает отдельно от родителей и употребляет алкоголь, находясь в компании друзей и знакомых. Предпочтение отдается слабому алкоголю. При этом родителям известно, что их дети употребляют спиртные напитки и многие из них даже считают это вполне приемлемым времяпрепровождением. Среди опрошенных студентов негативное влияние алкоголя на успеваемость незначительное, в большинстве случаев алкоголь положительно влияет на их успеваемость. Результаты анкетирования могут быть полезны для совершенствования профилактических мероприятий, разработки программ профилактики и дальнейшего мониторинга наркологической ситуации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дорофеева Р. Д., Долгова В. И. и др. // Вопросы наркологии. – 2007. – № 1. – С. 26–31.
2. Дубровский Р. Г., Теплицкий В. Г. // Наркология. – 2009. – № 10. – С. 44–49.
3. Иванов В. П. // Наркология. – 2009. – № 4. – С. 15–16.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕЙРОДЕГЕРАТИВНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПОЗДНЕМ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Лебейко Т. Я., Бойко Д. В., Шамова Т. М., Гордеев Я. Я.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

Нейродегенеративные изменения в головном мозге предшествуют первым клиническим проявлениям [3] и в последующем определяют развитие стойкого органического дефицита при прогрессирующих формах РС [4]. Единого мнения о роли нейродегенеративных процессов в прогрессировании неврологических расстройств нет. Атрофия головного мозга является в некоторой степени маркером прогрессирования и тяжести РС. Однако связи между объемом демиелинизации, глубиной инвалидизации по шкале EDSS и атрофическим процессом в ЦНС не установлено [2], что позволяет предположить наличие других механизмов, участвующих в реализации указанных патологических изменений [5].

Целью настоящей работы являлось выявление роли морфологических изменений в головном мозге в формировании органического дефицита при позднем РС.

Материалы и методы

Объектом исследования явились пациенты с диагнозом РС и клинически изолированным синдромом (КИС) в возрасте старше 50 лет. Проводилось неврологическое обследование с использованием клинической шкалы оценки EDSS. МРТ выполняли на томографе Gyroscan Intera 1 Power, производства фирмы «Philips», оборудованном рабочей станцией «Makhaon software, v.2.4». Диагностика атрофического процесса осуществлялась по оригинальной методике в автоматическом режиме. Исследование состояния вещества головного мозга оценивали методом точечного зондирования. Математическая обработка материала проводилась с использованием пакета «Staistica v. 6».

Результаты и обсуждение

Атрофические изменения начинают формироваться до появления достоверных признаков органического поражения

нервной системы. Атрофия вещества мозга регистрировалась при первичном МРТ исследовании как при достоверном РС, так и у пациентов с КИС (на 11,3 – 16,2% по отношению к показателям контрольной группы). Выраженность атрофии головного мозга при первичном МРТ не коррелировала со степенью инвалидизации ($t = 0,87-0,03$; $p=0,39-0,96$), общим объемом ($t=1,43$; $p=0,16$) и количеством очагов демиелинизации ($t=1,37$; $p=0,18$), объемом «черных дыр» ($t=1,43$; $p=0,16$). Высказано предположение о формировании атрофических изменений при позднем РС на ранней стадии болезни [1], что, в некоторой степени, согласуется с полученными результатами. Дальнейшее течение позднего РС сопровождалось постепенным углублением атрофического процесса независимо от наличия клинически регистрируемых обострений заболевания. По мере развития болезни появляется связь атрофии головного мозга с показателями органического дефицита ($t=2,75-2,58-2,64$; $p=0,02-0,04-0,03$), и продолжительностью заболевания ($t=5,99-2,90-7,14$; $p=0,001-0,03-0,00008$), при отсутствии достоверной связи с общим объемом демиелинизации. Степень влияния дегенеративно-атрофического процесса на глубину инвалидизации (K_i) составляет 36,2% ($RI=0,78$; $p<0,03$), при ежегодной атрофии головного мозга в среднем на $4,22\pm 4,08\%$.

Для диагностики состояния головного мозга применен оригинальный метод «точечного зондирования», позволяющий визуально (гистограмма) и количественно оценить по показателю протонной плотности (proton density - pd) динамику морфологических изменений при РС. В качестве постоянного маркера в каждом конкретном случае использован показатель pd спинномозговой жидкости.

Деградация белого вещества головного мозга характеризуется уменьшением pd при первичном МРТ исследовании по отношению к показателям контрольной группы в среднем на $9,16\pm 4,45\%$ ($p < 0,03$). Pd серого вещества мозга в этот же период возрастала на $16,7\pm 5,74\%$ ($p < 0,03$), при достоверном снижении коэффициента отношения серого/белого вещества ($p=0,04-0,02$). Установлена достоверная линейная связь глубины органического дефицита (EDSS) и изменений серого вещества головного мозга ($r= -0,556-0,513$; $p=0,012 -0,005$).

Степень влияния факторов атрофии, деградации белого и серого вещества головного мозга на EDSS представлены в таблице.

MPT мониторинг в течение 5-ти лет показал постепенное нарастание нейродистрофии белого и серого вещества головного мозга, однако связи этого процесса с глубиной неврологического дефицита не установлено ($r = -0,684-0,224$; $p = 0,104 - 0,128$). Для определения связи и степени влияния основных факторов патоморфологического процесса на EDSS применен метод регрессионного анализа с фиксированными нелинейностями.

Уточненные модели для первичного ($EDSS = -12,2 + 0,07 * x_1 - 0,003 x_2 + 0,78 * x_3 + 2,83 * x_4 - 0,41 x_5$; $R = 0,77$; $p < 0,04$) и конечного ($EDSS - 3 = -44,6 + 0,09 * x_1 - 0,001 x_2 + 1,98 * x_3 + 12,3 * x_4 - 0,91 x_5$; $R = 0,95$; $p < 0,02$) MPT исследования в целом достоверны и адекватны описываемым явлениям. Вклад факторов (таблица 1), включенных в модель первичного MPT исследования, составляет 87,1% от общей суммы квадратов отклонений прогнозируемого параметра ($F = 11,16$, $p = 0,013$). Вклад факторов, включенных в модель конечного MPT исследования, составляет 83,4% от общей суммы квадратов отклонений прогнозируемого параметра ($F = 9,76$, $p = 0,024$). Полученные результаты свидетельствуют об информационной способности и достоверности моделей.

Таблица - Степень и значимость влияния морфологических факторов на EDSS в процессе MPT мониторинга

Факторы		Ki%	
		1	2
X	Общее количество очагов	19,0*	22,2*
X	Объем демиелинизации	38,3*	32,3*
X	Атрофия	18,2*	20,3*
X	Деградации белого вещества	9,26*	5,22*
X	Деградации серого вещества	2,42	3,45

1 – первичное MPT обследование; 2 – конечное MPT обследование; * - $p < 0,05$.

Закономерность влияния выделенных патоморфологических факторов на EDSS идентична в различные сроки проведения исследования (8,97 – 56,8 месяцев наблюдения). Наибольшее влияние на EDSS имеют общий объем демиелинизации, затем общее количество очагов, выраженность атрофического процесса, дегградация белого и серого вещества головного мозга.

Заключение

Показатели атрофии и дегградации белого и серого вещества головного мозга при первичном МРТ исследовании не коррелировали со степенью инвалидизации, количеством и общим объемом очагов демиелинизации. Последнее обстоятельство, является доказательством несоответствия клинической картины имеющимся морфологическим признакам на определенном этапе развития заболевания. Для позднего РС характерно постепенное нарастание органического дефицита без клинически регистрируемых обострений и ремиссий, при значительном влиянии дегенеративно-дистрофического процесса в головном мозге на EDSS в динамике заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Audoin B. Atrophy mainly affects the limbic system and the deep grey matter at the first stage of multiple sclerosis / B. Audoin, W. Zaaraoui, F. Reuter [et al.] // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. -2010. –Vol. 81 – P. 690-695.
2. Ge Y. Magnetization transfer ratio histogram analysis of gray matter in relapsing-remitting multiple sclerosis. /Y.Ge, R.I.Grossman, J.K.Udupa [et al.] // Am. J. Neuroradiol. -2001. –Vol.22. –P.470–475.
3. Lisak R. Neurodegeneration in multiple sclerosis.//Neurology.-2007. – V.68. –N.3. –P.5-12.
4. Rudick R.A. Brain atrophy in relapsing multiple sclerosis: relationship to relapses, EDSS, and treatment with interferon beta-1a. /R.Rudick, E.Fisher, J.Lee [et al.] //Mult. Scler. -2000. -V.6. –P.365-372.
5. Sampat M.P. Regional White Matter Atrophy_Based Classification of Multiple Sclerosis in Cross- Sectional and Longitudinal Data./ M.P. Sampat, A.M. Berger, B.C. Healy [et al.] // Am. J. Neuroradiol. -2009. –Vol.30. –P.1731–1739.

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА НЕЙРОМИДИНОМ У ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Лебейко Т.Я., Лебейко А.И., Костюкова Т.С., Давыденко Т.С.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Пациенты, страдающие хронической мозговой недостаточностью (дисциркуляторной энцефалопатией) или перенесшие тяжелую черепно-мозговую травму (последствия в виде посттравматической энцефалопатии) испытывают нарушения памяти, мышления, внимания. Это приводит к ограничениям в повседневной жизни, способствует появлению сложностей с осуществлением профессиональной и бытовой деятельности, затруднению социального функционирования, нарушению когнитивных функций, изменениям эмоционально-волевой сферы.

Цель и задачи – изучить эффективность применения нейромидина при сосудистой и посттравматической энцефалопатиях.

Методы исследования. Обследовали 28 пациентов: из них 16 - с дисциркуляторной, 12 - с посттравматической энцефалопатиями. Среди них 16 женщин и 12 мужчин в возрасте от 56 до 85 лет (средний возраст – 68,3 лет). По уровню образования: неполное среднее – 4 (14%) пациентов, среднее – 4 (14%), среднее специальное – 15 (55%), высшее – 4 (14%), два высших – 1 (3%) больной. В течение 10 дней пациенты получали внутримышечные инъекции нейромидина 1,5% по 1,0 мл 1 раз в сутки. Нейромидин является холиномиметическим препаратом, представляет собой обратимый ингибитор холинэстеразы и является непосредственным стимулятором проведения возбуждения в нервных волокнах и улучшает синаптическую передачу в нервно-мышечных окончаниях. Обследование проводили до и после назначения нейромидина. Исследование когнитивных функций (память, внимание, ориентация) проводили с помощью теста Mini-Mental State Examination, или MMSE. Для скрининг-диагностики зрительно-пространственных нарушений использован Тест Рисования Циферблата часов. Качество жизни исследовали при помощи опросника MOS SF 36

(SF-36). Статистическая обработка проводилась непараметрическим методом с использованием пакета «Statistica, v. 6,0».

Результаты. По шкале MMSE суммарный балл у 24 (87%) пациентов превысил 24-балльный порог, что свидетельствует об отсутствии выраженных когнитивных расстройств в исследуемой группе. На фоне приема нейромидина отмечено повышение оценки на 1-4 балла у 17 (62%) пациентов ($p=0,04$), у 7 (25%) - уровень когнитивных функций остался прежним.

Результаты Теста Рисования Циферблата часов показали значительное улучшение зрительно-пространственных нарушений на фоне получения нейромидина: оценка возросла на 1-4 балла у 20 (73%) пациентов ($p=0,008$).

Анализ показателей опросника SF-36 показал, что многие исследуемые составляющие качества жизни у больных с дисциркуляторной и посттравматической энцефалопатиями при первичном осмотре были снижены. В наибольшей степени это отмечено по показателям общего состояния здоровья (GH), ролевого функционирования, связанного с физическим состоянием (RP) (рис.1), психического здоровья (MH) (рис.2). Исключением явились результаты оценки по шкале социального функционирования, где в большинстве случаев был превышен 50-балльный рубеж.

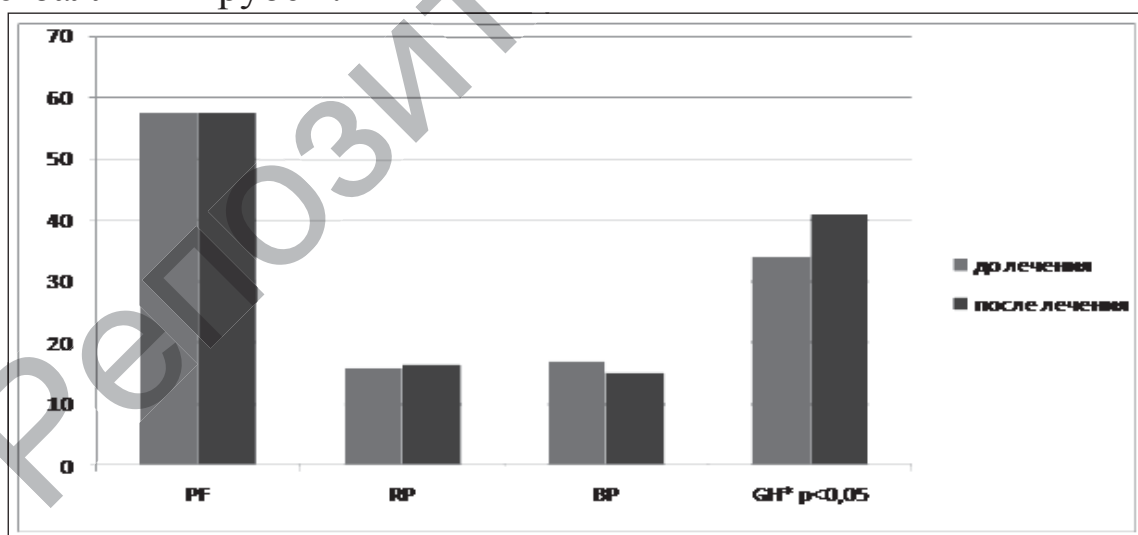


Рисунок 1 Физический компонент здоровья

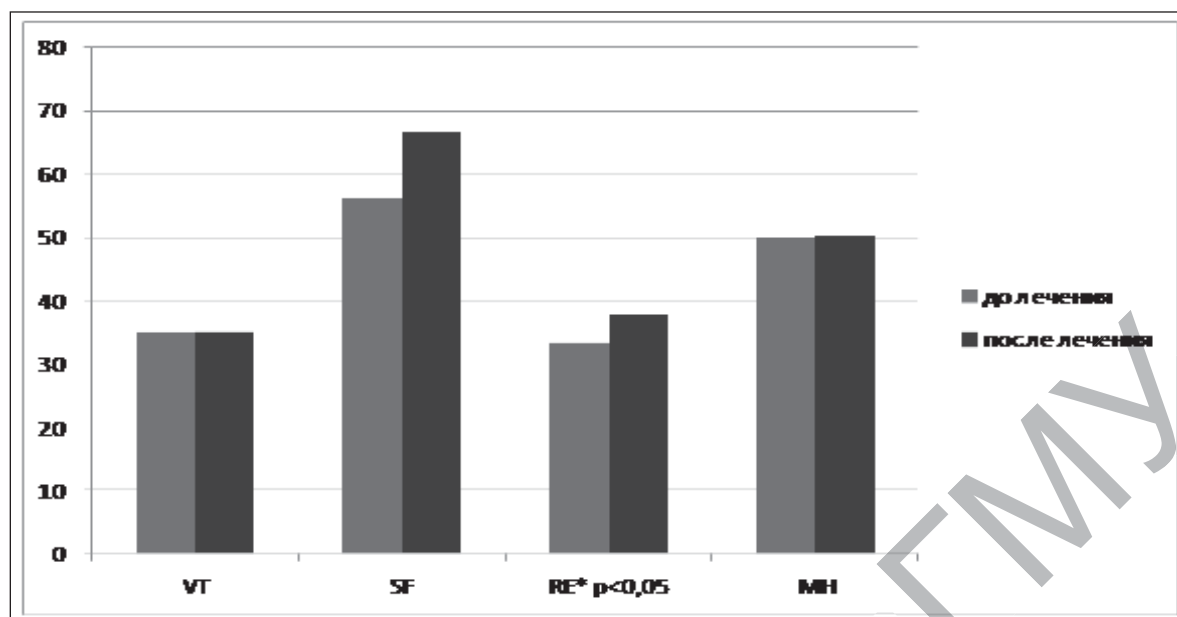


Рисунок 2 Психический компонент здоровья

Терапия нейромидином оказывала положительное влияние на показатели ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (RE) ($p=0,04$) (рис.2) и общего состояния здоровья (GH) ($p=0,03$) (рис.1). Достоверно значимого влияния на физическое, социальное функционирование, психическое здоровье не выявлено.

Выводы. Применение нейромидина в терапии дисциркуляторной и посттравматической энцефалопатий повышает уровень когнитивных функций пациентов, улучшает зрительно-пространственные восприятия, способствует повышению эмоционального фона и общего состояния здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болезни нервной системы: Руководство для врачей: В 2-х т. – Т. 1 / Под ред. Н. Н. Яхно. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2007. – 744с.
2. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Шепетовой. – М.: Автодор, 2002.
3. Доброхотова Т.А., Зайцев О.С., Гогитидзе Н.В. Практические рекомендации по применению нейромидина в лечении больных с черепно-мозговой травмой. – 3-е изд., уточненное и исправленное. – Москва. – 2008.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В НАРКОЛОГИИ

Максимчук В.П.

*УО «Республиканский научно-практический центр психического
здоровья»*

Для Беларуси, как и для других стран СНГ, проблема пьянства и алкоголизма – по прежнему остается одной из самых социально тревожных и злободневных.

Проведение лечебных и восстановительных мероприятий в отношении больных алкоголизмом и лиц, злоупотребляющих алкоголем, выделяется как самостоятельное направление государственной политики. Изменение в общественном сознании людей, стремительные перемены в структуре потребности в наркологической помощи, новые социально-экономические условия деятельности учреждений здравоохранения и социальной защиты – все это наряду с последними научными достижениями в области изучения проблем зависимости и определяет необходимость новых подходов к лечению, планированию и организации помощи в наркологии.

Реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией является сегодня одним из приоритетных направлений деятельности отечественной наркологии.

В системе наркологической службы Министерства здравоохранения Республики Беларусь в настоящее время функционирует 31 наркологическое отделение (развернуто 1434 наркологических коек) и 24 дневных стационара, рассчитанных на 872 места. В 2012 году стационарно пролечилось 55518 чел, в 2011 году – 58316 чел, в 2010 году – 53463 чел., что составляет 29,1% от числа диспансерных больных (в 2011 году – 30,3%, в 2010 году – 27,6%). Наибольший охват стационарным лечением наблюдается в Минске – 35,1%, в Витебской области – 33,2%, наименьший охват наблюдается в Брестской области – 21,4%. Средняя длительность стационарного лечения составила по республике 11,2 дня, а в Могилевской области всего 8 дней.

В 2012 году в ГУ «РНПЦ психического здоровья» пролечилось 8255 человек с алкогольной патологией, что

составляет 35,8% от числа всех больных пролеченных в ГУ «РНПЦ психического здоровья».

Реабилитационных наркологических отделений в настоящее время в Республике Беларусь имеется всего 4.

(в Минске. Минской области в Гродно и на базе ГУ «РНПЦ психического здоровья»). Кроме того, в Республике Беларусь функционирует более 20 общественных организаций, где проводится стационарная реабилитация больных алкоголизмом и наркоманией (среди них следующие: Молодежное общественное объединение «Реальный мир», Международная общественная благотворительная организация «Социально-христианские службы» «TOS, Республиканское общественное объединение «Матери против наркотиков» и др.

Лечебно-реабилитационный процесс (далее – ЛРП) – это сложная медико-социальная проблема, в которой объекты (больной или группа больных) и субъекты (персонал, материальная база и пр.) реабилитации находятся во взаимосвязанных субъект-объектных и объект-субъектных отношениях.

С целью достижения высокой эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий, после снятия острых явлений абстинентного синдрома («ломки»), дальнейшим восстановлением больных наркоманией (или алкоголизмом) должна заниматься мультидисциплинарная бригада. Это наиболее эффективная организационная форма работы, которая осуществляется группой специалистов в области лечения и реабилитации (врач психиатр-нарколог, психолог/психотерапевт, специалист по социальной работе).

Сроки реализации лечебно-реабилитационных программ зависят от уровня реабилитационного потенциала больных и быстроты их адаптации к функционированию в условиях амбулатории или стационара. Программы реабилитации могут быть реализованы в сроки от 6 месяцев до 2 лет. Больные со средним и низким уровнем реабилитационного потенциала первые 2-3 месяца должны находиться в реабилитационном стационаре (отделение, центр), а затем, по показаниям, должны переводиться на амбулаторную реабилитацию.

При организации лечебно-реабилитационной работы надо помнить:

1. На любом этапе лечебно-реабилитационного процесса встречаются самопроизвольные краткосрочные рецидивы болезненного влечения к наркотикам, что приводит к срывам и рецидивам болезни. Поэтому, обязательно, лечение и наблюдение должны быть достаточно продолжительными – не менее 2 лет.

2. Психотерапия проводится на всех этапах реабилитации и направлена на устранение личностных и поведенческих расстройств, формирование целенаправленной нормативной личности, внутренней мотивации на участие в реабилитационных программах и отказ от употребления ПАВ, повышение нормативных уровней притязаний, восстановление критики и эмоциональной адекватности.

3. Решение задач реабилитации в наркологии предполагает обязательное использование семейной психотерапии как для диагностики и коррекции семейных проблем, так и для создания внутрисемейной реабилитационной среды.

4. Следует помнить, что больные наркоманией, даже с непродолжительным стажем зависимости, значительно изменены личностно и духовно. Они склонны к обману, безответственности, воровству, мошенничеству и другим формам асоциального поведения. При длительном воздержании многие положительные морально-этические качества восстанавливаются.

5. Рецидивы заболевания частое явление для больных наркоманией (алкоголизмом). Чтобы не пропустить возобновления употребления наркотиков (алкоголя), необходимо умело контролировать больных и регулярно проводить диагностическое экспресс тестирование на наличие наркотиков в биологических средах организма, в частности, в моче.

Предложенные принципы лечебно-реабилитационного процесса наркологических больных представляют собой методологическую основу целевой деятельности. Они способствуют большей ориентированности специалистов в различных аспектах ЛРП и помогают организовать ее более эффективно. Анализ результатов проверок работы наркологических организаций здравоохранения, проведенных в республике в последние годы показал, что в стране идет

активный процесс трансформации и реструктуризации наркологической службы в направлении реализации современной лечебно-реабилитационной концепции оказания наркологической помощи. Изменения носят как количественный, так и качественный характер. Растет не только число реабилитационных подразделений наркологических учреждений, в том числе и негосударственных, но также меняется их структурно-организационное разнообразие, т.е. разнообразие их моделей.

Необходимо особо отметить, что прохождение больными лечения и медико-социальной реабилитации в Республике Беларусь основывается исключительно на жестких условиях мотивации со стороны больного. Об этом свидетельствует отсутствие, каких либо закрытых учреждений со строгим учетом посещения больных родственниками и выхода из отделения. Таким образом, следует отметить, что из числа возможных реабилитантов исключаются лица со слабой мотивацией.

На законодательном уровне необходимо закрепить обеспечение консультациями наркологов следующих категорий больных для формирования у них мотивации:

- больных наркоманией в порядке неотложной помощи по соматическим показаниям (острая хирургическая, терапевтическая и др.) в соответствующих профильных стационарах;

- безнадзорным и беспризорным детям с наркологическими заболеваниями для их наркологического (психиатрического) освидетельствования;

- беременных женщин, при выявлении у них употребления алкоголя или наркотических средств (при подтверждении употребления необходима не только разовая консультация нарколога для формирования мотивации, а также дальнейшее совместное наблюдение нарколога и гинеколога за течением беременности);

- больным туберкулезом, ИППП, ВИЧ-инфекцией, кожными, венерическими и некоторыми иными заболеваниями «группы риска» для установления заболевания «наркомания».

Проведенный анализ работы реабилитационных наркологических отделений и центров позволяет сделать вывод о

необходимости реализовать для развития и совершенствования лечебно-реабилитационной наркологической помощи ряд первоочередных мероприятий как на областном, так и на республиканском уровнях.

Среди них следующие:

- изыскание путей повышения административной мотивации на создание развитой реабилитационной инфраструктуры на местах;
- приведение реабилитационной деятельности наркологической службы в соответствие с утвержденными стандартами;
- создание постоянно действующей системы обучения и повышения квалификации специалистов в области реабилитации наркологических больных и изыскание дополнительных возможностей для повышения оплаты их труда;
- обеспечение развивающегося реабилитационного направления специализированной наркологической помощи адекватной нормативно-правовой базой;
- разработка системы показаний к применению различных моделей реабилитации и четких критериев (показателей) оценки деятельности реабилитационных отделений, основанных на представлениях о реальной эффективности, проводимой лечебной работы;
- постоянная подготовка врачебных кадров для работы в реабилитационных центрах (врачей психиатров-наркологов, психотерапевтов, психологов и др.).

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мальцева О.Е, Скорб О.А.

*УО «Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы»*

Психологическое сопровождение кардиологических больных занимает одно из важных мест в процессе социально-психологической реабилитации. Социальная значимость рассматриваемой проблемы связана с тем, что данные заболевания все чаще развиваются у лиц молодого возраста, приводя их к частичной, а иногда и полной утрате трудоспособности. По данным многих авторов больные молодого возраста в ситуации соматогенной витальной угрозы представляют собой особую группу риска в плане психической дезадаптации [1; 2]. Так, А.В. Добровольский отмечает, что «наличие сердечно-сосудистой патологии является для пациента психической травмой, которая имеет сложное содержание и включает в себя целый комплекс слагаемых: угроза жизни, угроза мучительных страданий, социальная изоляция, утрата профессиональных и семейных ролей, неизвестность, гнев на судьбу, врачей, сожаление о прежде безответственном отношении к своему здоровью» [3, с.37]. По мнению А.Г. Ковалева, психологические проблемы могут явиться главной причиной, препятствующей восстановлению трудоспособности больных с сердечно-сосудистой патологией. При этом отношение к болезни в переживаниях человека накладывает значительный отпечаток на процесс выздоровления [4].

Болезнь создает трудную для больного жизненно-психологическую ситуацию. Эта ситуация включает в себя множество разнородных моментов: процедуры и прием лекарств, общение с врачами, перестройка отношений с близкими и коллегами по работе. Эти и некоторые другие моменты накладывают отпечаток на собственную оценку болезни и формируют отношение к своему заболеванию.

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) было введено Р.А. Лурия и в настоящее время широко используется в

медицинской психологии [5]. Тип отношения к болезни (внутренняя картина болезни), возникающий у больного, создает целостный образ своего заболевания, представление в психике больного о своей болезни. В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные особенности личности больного, которые во многом могут объяснить предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание [7; 5]. Кроме того, как всякое отношение, отношение к болезни опосредовано существующими в значимом для больного микросоциальном окружении и в обществе в целом представлениями о данном заболевании, о регламентированных в определенной культуре нормах поведения больного, о социальных и социально-психологических последствиях болезни [8].

Л.И. Вассерман и В.Д. Менделевич отмечают что, в условиях заболевания внутренняя картина болезни является главным регулятором поведения и, в зависимости от условий, может способствовать развитию адаптационных или дезадаптационных эффектов [6]. Б.Д. Карвасарский, также замечает, что отношение к болезни оказывает влияние на системы отношений личности, в том числе и на защитно-приспособительные механизмы [3]. В этой связи мы считаем актуальной проблему изучения типов отношения к болезни, лиц страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Существуют различные классификации отношения к болезни, из которых наиболее емкой является классификация, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым. Они выделяют гармонический, эргопатический, анозогностический, тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный и эйфорический типы отношения к болезни [8].

В нашем исследовании типов отношения к болезни лиц, страдающих сердечно-сосудистой патологией, которое осуществлялось с помощью методики «Личностный опросник Бехтеревского института» (ЛОБИ), приняли участие 140 испытуемых, из них 86 мужчин и 54 женщины в возрасте от 34 до

75 лет. Все они являются пациентами Гродненского областного кардиологического диспансера.

В результате исследования в группе испытуемых были обнаружены все типы отношения к болезни, как среди мужчин, так и среди женщин. В частности гармоничный тип был отмечен у 20,6% мужчин и 20,3% женщин, тревожный у 8,5% мужчин и 9,1% женщин, ипохондрический у 4,5% мужчин и 5,8% женщин, меланхолический у 3,6% мужчин и 2,2% женщин, апатический у 7,2% мужчин и 6,6% женщин, неврастенический у 3,6% мужчин и 3,6% женщин, обсессивно-фобический у 5,8% мужчин и 6,6% женщин, сенситивный у 20,5% мужчин и 19,3% женщин, эгоцентрический у 1,8% мужчин и 2,2% женщин, эйфорический у 15,2% мужчин и 14,1% женщин, анозогностический у 4,8% мужчин и 5,8% женщин, эргопатический у 2,2% мужчин и 2,2% женщин, паранойяльный у 1,7% мужчин и 2,2% женщин.

Наиболее выраженными по выборке в целом оказались следующие типы отношения к болезни:

– Гармоничный (20,5% от общей выборки). Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечения. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой.

– Сенситивный (19,9% от общей выборки), основными особенностями которого являются чрезмерная озабоченность о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни; опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно или с опаской относиться, распускать сплетни о причине и природе болезни; боязнь стать обузой для близких из-за болезни и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим.

– Эйфорический (14,6% от общей выборки). Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получать от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушений

режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказываться на течении болезни.

В то же время необходимо отметить, что выделенная тенденция в отношении преобладающих типов отношения к болезни прослеживается и в группах испытуемых с учетом фактора пола, так у мужчин наиболее представленными являются типы отношения к болезни: гармоничный у 20,6%, сенситивный у 20,5%, эйфорический у 15,2 %. В группе женщин наиболее представленными являются типы отношения к болезни: гармоничный у 20,3%, сенситивный у 19,3%, эйфорический у 14,1%.

Таким образом, в целом в группе испытуемых были обнаружены все типы отношения к болезни, анализ которых показал, что наиболее часто встречаемыми типами отношения к болезни, среди лиц страдающих сердечно-сосудистыми патологиями, являются: гармоничный, сенситивный и эйфорический. Тогда как, наиболее редко встречающимися типами отношения к болезни среди испытуемых мужчин являются меланхолический, апатический и обсессивно-фобический типы переживания болезни, а среди испытуемых женщин – меланхолический, апатический и анозогнозический типы переживания болезни.

Не вызывает сомнения, что состояние здоровья действительно отражается на формировании и изменении личности. Проблема влияния сердечно-сосудистой патологии на личность человека является одной из актуальных для медицинской и клинической психологии и достаточно активно обсуждается в современной литературе. Психосоматические концепции в кардиологии не только привлекают всё большее внимание исследователей, но и находят – и в диагностике, и в лечении – практическое применение. Так, знание типа отношения больного к своему заболеванию помогает подобрать адекватную стратегию взаимодействия с ним и его семьей, использовать соответствующие способы общения, мотивирования к лечению, что подчеркивает актуальность проводимого исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аронов, Д.М. Сердце под защитой / Д.М. Аронов. – М.: Физкультура и спорт, 1982. – 112 с.

2. Кондратенко, В.Т. Общая психотерапия / В.Т. Кондратенко, Д.И. Донской. — Минск, 1993. — 383 с.
3. Карвасарский, Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. — Л., 1982. — 360 с.
4. Ковалев, В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни / В.В. Ковалёв — М., 1972. — 186 с.
5. Лурия, А.Р. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания / А.Р. Лурия. — М.: Мир, 1977. — 227 с.
6. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич.— М.: "МЕДпресс", 1998. — 588 с.
7. Конечный, Р. Психология в медицине / Р. Конечный, М. Боухал. — Прага: Авиценум, Медицинское издательство, 1983. — 296 с.
8. Личко, А.Е. Методика определения типа отношения к болезни / А.Е. Личко, Н.Я. Иванов // Журн. невропатол. и психиатр. — 1980. — №8. — с.30.

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Манкевич С.М., Сиваков А.П., Подсадчик Л.В.

*УО «Белорусская медицинская академия последипломного
образования»*

Проблема диагностики и эффективного лечения пациентов с соматоформными расстройствами уже много лет является актуальной для врачей различных специальностей, так как это пациенты, которые многократно годами посещают различных специалистов, предъявляют многочисленные жалобы, обследуются без результата и лечатся без эффекта.

Главным признаком соматоформных расстройств является повторяющееся возникновение физических симптомов, которые якобы обусловлены расстройством соматической системы или органа и в основном или полностью находятся под контролем вегетативной регуляции, т.е. сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной или дыхательной систем. Симптомы обычно бывают двух типов, ни один из которых не указывает на физическое расстройство определенного органа или системы. Первый тип симптомов характеризуется жалобами на объективные признаки вегетативного возбуждения: сердцебиение, потение, покраснение

и тремор. Второй тип характеризуется субъективными симптомами: ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения. Зачастую соматоформные расстройства сопровождаются тревожной и (или) депрессивной симптоматикой. Иногда выявляется связь с неприятными жизненными событиями, трудностями и конфликтами.

Так как в структуре центральной нервной системы лимбико-ретикулярный комплекс играет ведущую роль в регуляции аффективной сферы и поведения, функций вегетативной нервной системы и иннервируемых ею органов для лечения соматоформных расстройств нами предложена методика рефлекторной активации лимбико-ретикулярных структур через воздействие на проекционную зону коры мозга (линия MS 5 краниопунктурной системы) и зон соответствия на поверхности ушной раковины - краниоаурикулярная электронейрорефлексотерапия (ЭНРТ).

Цель исследования включала оценку эффективности метода краниоаурикулярной ЭНРТ в лечении пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией (СВД).

Методы исследования. Под наблюдением находились 40 пациентов психосоматического отделения с диагнозом: соматоформная вегетативная дисфункция (рубрика F 45.3 МКБ-10), которые распределялись следующим образом: СВД сердца и сердечно-сосудистой системы (F45.30) - 10 человек; СВД желудочно-кишечного тракта (F45.31 и F45.32) - 10 человек; СВД дыхательной системы (F45.33) - 10 человек. Контрольная группа - 10 человек: по 2 человека с F45.31, F45.32 и по 3 - F45.30, F45.33. Средний возраст составлял 35,5(23-48) лет. Из них: мужчин-6(15%), женщин-34(85%). Длительность заболевания колебалась от 1 до 1,5 лет.

Все пациенты с первого дня получали лечение в соответствии с утвержденными Протоколами: медикаментозную терапию антидепрессантом (амитриптилин) в минимальных терапевтических дозах и посещали сеансы нервно-мышечной релаксации (НМР) 3 раза в неделю. С седьмого дня больным в исследуемых группах к проводимому лечению присоединялась краниоаурикулярная ЭНРТ. Воздействие проводилось на

программно-аппаратном комплексе «Кадр-16А». Electroдами являлись акупунктурные иглы, одна из которых вводилась в зону линии скальпа MS5 (средняя линия вертекса) между точками акупунктуры VG20,21. Эта зона соответствует проекции лимбико-ретикулярного комплекса на скальп. Показаниями для воздействия на эту зону являются: неврозы, психозы, вегетативные нарушения. Второй электрод; (1-3) акупунктурные иглы, располагался в области заинтересованных зон поверхности ушной раковины (АТ 34,28,26а,31,55,100,51,82,87), которые выбирались под контролем аурикулярного тестирования. Через 2 процедуры краниоаурикулярная методика чередовалась с биаурикулярной. Параметры электротерапии включали: биполярный импульсный ток с формой импульса «спайк-волна», воспроизводящий потенциал действия элементов нервной ткани с проработкой резонансных частот: 2,5;6,3;10;18;25;125;146Гц с экспозицией по 2 минуты. Количество процедур - 8-10.

Оценка состояния пациентов проводилась в начале лечения, на 14-й и 21-й день госпитализации. Для объективизации динамики клинических проявлений заболевания использовались психологические тесты: шкала самооценки тревоги Шихана, шкала депрессии Бека, шкала субъективной оценки выраженности вегетативных симптомов: сердцебиение, потливость, покраснение, тремор.

Результаты и их обсуждение. Исходно у всех пациентов обнаруживались умеренные психоэмоциональные расстройства (тревожность, субдепрессивный фон настроения, патологическая фиксация на своем здоровье, мнительность, повышенная утомляемость, неудовлетворенность ночным сном, раздражительность, рассеянность, колебания аппетита) и выраженные вегетативные реакции (сердцебиение, потливость, покраснение, тремор, мимолетные боли, жжение, тяжесть, «ком в горле» и др.). Непосредственной связи с определенной психотравмирующей ситуацией выявлено не было.

При тестировании через две недели от начала лечения и недели проведения ЭНРТ выявлялись намечающиеся различия в динамике редукции симптомов контрольной и основных групп. Непосредственное количество и разнообразие жалоб уменьшилось, стала снижаться интенсивность патологических

ощущений. При заключительном тестировании на 21-й день отмечалось снижение проявлений заболевания во всех группах наблюдения, но с заметным отставанием по динамике регресса в контрольной группе (табл. 1,2,3).

Табл.1. Шкала самооценки тревоги Шихана

Период обследования	Контрольная группа	F45.30	F45.31, F45.32	F45.33
Начало лечения	41,9	42,1	41,8	43,5
14-й день	34,8	31,4	30,9	32,8
21-й день	27,3	22,1	19,4	20,9

Примечание: целью лечения должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Табл.2. Шкала депрессии Бека

Период обследования	Контрольная группа	F45.30	F45.31, F45.32	F45.33
Начало лечения	17.8	17.3	17.6	17.9
14-й день	15.2	12.7	13.0	13.9
21-й день	13.9	10.2	11.4	11.8

Примечание: целью лечения должно быть достижение уровня депрессии ниже 10 баллов. Уровень депрессии выше 19 баллов считается клиническим нарушением.

Табл.3. Шкала субъективной оценки пациентом выраженности вегетативных симптомов:

1- сердцебиение, 2- потливость, 3- покраснение, 4- тремор

Период оценки	Контр. группа				F45.30				F45.31, F45.32				F45.33			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Начало лечения	4.2	4.6	4.3	4.5	4.7	4.9	4.5	4.5	3.4	4.1	3.1	3.9	4.2	4.9	3.8	4.8
14-й день	3.8	3.7	3.5	3.7	3.9	3.2	3.2	3.6	2.6	3.1	2.2	2.5	3.4	3.4	2.1	3.5
21-й день	2.7	2.4	1.8	2.1	1.9	1.3	0.7	1.1	0.3	0.4	0.1	0.6	2.1	1.1	0.7	0.4

Примечание: 0- отсутствие симптома, 1-2 – слабовыраженный симптом, 3-4 – умеренно выраженный симптом, 5- максимально выраженный симптом.

Так, по шкале самооценки тревоги Шихана на 14-й день лечения, включая проведение 4-5 прцедур ЭНРТ, тревожность

снизилась во всех группах наблюдения: в контроле- на 17%, в 1-ой основной - на 25%, во 2-ой - на 26%, в 3-ей - на 24,6%. Снижение тревожности в основных группах на 8,2% опережало контрольную.

На 21-й день лечения положительная динамика улучшилась, и закрепился достигнутый результат. Так, если в контрольной группе тревожность снизилась на 34,9%, то в основных группах соответственно на 47,5%, 53,6%, 52%, что в среднем опережало показатели в контроле на 16,1%. Причем у больных с симптоматикой желудочно-кишечных и респираторных СВД уровни тревоги снизились до нормальных показателей.

Оценка состояния пациентов по шкале депрессии Бека выявила в контроле снижение уровня депрессии на 14-й и 21-й дни лечения на 14,6% и 21,9%. В основных группах на 14-й день депрессивная симптоматика снижалась более эффективно: соответственно на 25,7%, 26% и 22%, что на 10% опережало контроль. Тестирование на 21-й день лечения выявило регресс депрессии в основных группах на 41%, 35%, 34%, что на 15,6% опережало показатели контроля.

Вегетативные проявления (сердцебиения, потливость, гиперемия, тремор) по усредненным показателям шкалы снижались на 14-ый день до умеренно выраженных (3-4 балла) и максимально - на 21-ый день лечения при всех формах СВД, достигая в основных группах слабовыраженного характера (1-2 балла).

Выводы. Включение в программу лечения больных СВД метода краниоаурикулярной ЭНРТ позволяет оптимизировать клинический результат, повысить эффективность комплексной терапии. Выявленная опережающая динамика регрессирования показателей по шкалам тревоги, (на 16,1%), депрессии (на 15,6%), снижение показателей вегетативных нарушений до слабовыраженных (1-2 балла) позволяет оценить данный метод как перспективный и рекомендовать в лечебную практику.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М. 2006, 352с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина.- Краткий учебник. М.:ГЭОТАР МЕДИЦИНА,1999,376с.

3. Самосюк И.З., Лысенюк В.П. Акупунктура: Медицинская энциклопедия.-М.:АСТ-Пресс.2004.-526с.
4. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.:АДИС,1994.

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ УЗ «МИНСКОГО ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОГО ДИСПАНСЕРА»

Михалёнок Е. И.

УЗ «Городской психоневрологический диспансер»

Актуальность

Проблема суицидов является одной из самых социально значимых и актуальных в современном обществе. Ежегодно в мире завершают суицид около 1 млн человек[2]. В настоящее время суицидальная активность населения в Республике Беларусь сохраняется на достаточно высоком уровне, и занимает пятое место в мире. Средний относительный показатель (на 100 000 населения) завершённых суицидов в 2008 году составил 27,5, в 2009 – 28,3, а в 2010 году составил 26,1 случаев на 100 тыс. населения; что существенно превышает среднемировой показатель (13,5 на 100 000), установленный Всемирной организацией здравоохранения[4].

Высокий уровень распространённости суицидов ставит вопрос о причинах возникновения этого явления и о поиске оптимальных средств, для его предупреждения.

Особенностью суицидального поведения населения Беларуси является более низкий суицидальный риск среди жителей столичных городов, и его возрастание для жителей «периферийных» городов и сельской местности[3]. Характерным является также то, что большинство завершённых суицидов и суицидальных попыток совершают не пациенты с манифестными формами психопатологии, а больные с пограничными состояниями в состоянии психологической дезадаптации[1]. Согласно данным ряда исследований депрессивный эпизод тяжёлой и средней степени тяжести предшествует от 40% до 75%

суицидов. Суицидальный риск может сопровождать такие расстройства как эмоционально-неустойчивое расстройство личности, нервная анорексия, паническое расстройство, расстройства, связанные со стрессом, однако, прогностическим фактором суицида является не диагноз, а психопатологическое состояние пациента. Отмечается также связь между соматической патологией и суицидальным поведением. По мнению ряда исследований около 70% суицидентов страдают острым или хроническим заболеванием. При этом высокий риск суицида отмечается у больных тяжёлыми хроническими заболеваниями, в том числе туберкулёзом[2].

Наличие алкогольной зависимости отмечается у 60% суицидентов. В одном из исследований было показано, что среди лиц, выживших после попытки самоубийства, 50% мужчин имели алкогольные проблемы, а у 25% из них была диагностирована алкогольная зависимость[5]. Таким образом, определяется взаимосвязь между суицидальным поведением и злоупотреблением алкоголем. Следует отметить два аспекта этой взаимосвязи: 1) высокий уровень суицидов среди лиц, злоупотребляющих алкоголем; 2) снижение самоконтроля в состоянии алкогольной интоксикации, что может облегчить принятие решения совершить суицид человеком, не имеющим алкогольных проблем. С целью объяснения механизма взаимосвязи между алкоголем и суицидами используется концепция дистальных (предрасполагающих) и проксимальных (триггерных) факторов риска. Предрасполагающие факторы риска создают потенциал для суицида. Алкогольная зависимость, коморбидная психопатология и стрессовые ситуации в жизни действуют как триггерные факторы суицидального поведения. Проксимальные факторы риска запускают действие предрасполагающих факторов. Острая алкогольная интоксикация может воздействовать как триггерный фактор риска как для лиц, имеющих алкогольную зависимость, а также и для лиц, не злоупотребляющих алкоголем, так как описаны механизмы, обуславливающие способность алкоголя усиливать риск суицидального поведения[5].

Особое значение для здравоохранения Республики Беларусь имеет такое явление как суицид в стационаре, что связано с

большим общественным резонансом, несмотря на незначительный процент в структуре смертности, влечёт негативное отношение к стационарной помощи и системе здравоохранения в целом.

Цель данного исследования является изучение суицидальной активности больных УЗ «Минский областной противотуберкулёзный диспансер» используя данные шкалы экспресс оценки суицидального риска, шкалы безнадёжности Бека и объективного осмотра психотерапевта.

Материалы и методы.

Было проведено сплошное поперечное исследование пациентов находящихся на стационарном лечении в УЗ «Минский областной противотуберкулёзный диспансер» (далее «МОПТД») с июня по сентябрь 2012 года (143 человека). Средний возраст $47,4 \pm 14,2$, из них 33 (23%) женщины и 110 (77%) мужчин.

Был проведен анализ данных по шкале экспресс оценки суицидального риска, шкалы депрессии Бека и объективного осмотра психотерапевта.

Суицидальный риск оценивался по результатам шкалы экспресс оценки суицидального риска, заполняемой при поступлении пациента в стационар врачом приёмного покоя. Согласно данной шкале от 0 до 2 баллов интерпретируется как очень низкий риск, 3-4 балла - средний риск, 5-6 баллов - высокий риск, и от 7 до 10 баллов - очень высокий.

Оценка безнадёжности проводилась по шкале Бека - субъективному опроснику, который больные заполняли самостоятельно на консультации у психотерапевта, далее результат заносился психотерапевтом в историю болезни. Согласно шкале депрессии Бека результат менее 10 баллов оценивается как отсутствие депрессии; 14-19 баллов - лёгкая депрессия; 20 - 28 баллов - депрессия средней тяжести; 29 - 63 баллов - тяжёлая депрессия.

Объективный осмотр психотерапевта все вновь поступивших больных осуществлялся для своевременного выявления психотерапевтической патологии (аффективных, невротических, и связанных со стрессом расстройств), а также детально исследовался характер употребления психоактивных веществ,

алкогольный анамнез, с целью всестороннего изучения факторов суицидального риска и профилактики суицидов в стационаре.

При описании генеральной совокупности всех больных, находящихся на стационарном лечении в УЗ «МОПТД» с июня по сентябрь 2012 года использовалась Statistica 10.0. По критерию возраста распределение в данной генеральной совокупности определяется как нормальное со средним значением - 46,9 и стандартным отклонением – 14,2.

Результаты и обсуждения.

При анализе данных шкалы экспресс оценки суицидального риска у 37,1% пациентов определяется низкий суицидальный риск, у 57,3%(82)- средний риск суицида, у 5,59%-высокий риск.

При анализе данных, шкалы безнадёжности Бека у 10,4% пациентов выявляются показатели, соответствующие депрессии средней степени тяжести, а у 1,4% пациентов - тяжелой депрессии.

При анализе данных объективного осмотра психотерапевтом у 60% пациентов выявлены клинические проявления, соответствующие диагностическим критериям F10.2, а 48,9% обследованных пациентов регулярно употребляют алкоголь в стационаре.

Выводы.

В результате проведённого исследования были получены следующие данные. При анализе суицидальной активности выявлено наличие суицидального риска средней степени тяжести у 57,3%, а у 5,59% - высокой степени. При анализе данных шкалы субъективной оценки безнадёжности показатели, соответствующие депрессивному расстройству, выявлены только у 11,8% пациентов. При заполнении шкалы пациентами отмечалось невнимательное и несерьёзное отношение к поставленным вопросам, нивелирование фактов, выявляемых при объективном осмотре, сниженная критика своего состояния у 60% пациентов, у которых, в свою очередь, выявлялись клинические проявления, соответствующие диагностическим критериям F 10.2 по МКБ 10.

Выявленная распространённость суицидального риска средней и высокой степени (у 62,9% пациентов) сопоставима с частотой встречаемости алкогольной зависимости (у 60% пациентов). Таким образом, была выявлена группа лиц,

требующая дальнейшего изучения и разработки мер по улучшению комплаенса в терапии алкогольной зависимости и туберкулёза, что будет способствовать снижению уровня суицидального риска.

ЛИТЕРАТУРА

1. Старшенбаум, Г.В. Суицидология и кризисная психотерапия. – М., «Когито-Центр», 2005.-376 с.
2. Ласый, Е.В. Диагностика и профилактика суицидального поведения в общемедицинской практике. Методические рекомендации. – Минск, 1999.-21 с.
3. Игумнов, С.А., Григорьева, Н.К. Суицидальное поведение взрослого и подросткового населения в Российской Федерации и Республике Беларусь //II Международный конгресс «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья», Минск, 3 – 6 ноября 2003 г. – М.: Социальный проект, 2003. – С. 59-60.
4. Игумнов, С.А. Региональные особенности суицидального поведения подростков г.Минска: мультифакторное исследование [электронный ресурс]-2012г.-Режим доступа: http://www.bsmu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=173:--&catid=39:s-22007&Itemid=52.
5. Разводовский, Ю.Е. Алкоголь и суициды: аспекты взаимодействия[Электронный ресурс]. – Медицинские новости – 2004 №1. - Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=1584>.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И АРТТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ЭНУРЕЗОМ

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Ночной энурез – распространенное заболевание в детском возрасте. По данным отечественных и зарубежных авторов энурезом болеют до 33% детей и 1-2 % взрослого населения. Большинство исследователей считает, что энурез как заболевание можно трактовать у детей, начиная с возраста 5 лет. Прослеживается четкая возрастная зависимость распространения энуреза: чем меньше возраст ребенка, тем чаще

отмечается энурез. Обычно до 11 лет мальчики болеют энурезом в 2-3 раза чаще девочек, в более старшем возрасте энурез встречается в одинаковой мере или несколько чаще у девочек. По времени возникновения выделяют первичный ночной энурез (если контроля за мочевым пузырем не возникло с момента рождения) и вторичный (если ночное недержание мочи появляется после периода стабильного контроля за мочеиспусканием не менее 6 месяцев). Выделяют также осложненную и неосложненную форму - с наличием или отсутствием отклонений в соматическом и неврологическом статусах, изменений в анализах мочи. Наличие патологических изменений со стороны спинного мозга при дефектах развития относят к «органическим» формам заболевания. Ночное (реже – дневное) недержание мочи вследствие воздействия психогенных факторов, дефектов воспитания, перенесенных травм (включая психические) и инфекционные заболевания относятся к «функциональным» формам энуреза.

Целью исследования явилось изучение влияния рефлексотерапии и арттерапии (рисунок) на течение энуреза у детей.

Материалы и методы исследования. У 38 пациентов в возрасте от 7 до 12 лет (29 мальчиков, 9 девочек) с невротической и неврозоподобной формой энуреза проведено лечение с включением методов рефлексотерапии и арттерапии. Оценка состояния проводилась с помощью контроля произвольного мочеиспускания до и после лечения, состояния ЭЭГ у пациентов, а также оценки уровня тревожности с помощью теста Люшера.

Китайская традиционная медицина трактует энурез как заболевание с синдромом недостатка энергии в каналах почек (R), селезенки-поджелудочной железы (RP), канала легких (P). Используются методы классической акупунктуры – иглоукалывание, воздействие многоигольчатым молоточком (мэй-хуа-чжэнь-терапия), прогревание точек акупунктуры полынной сигарой (цзю-терапия).

Лечение проводилось классическими методами РТ. На сеанс иглоукалывания воздействие осуществлялось на 3-5 акупунктурных точки. Наиболее часто используются точки канала мочевого пузыря (V) – V23, V52, канала почек (R) – R2,

R3, канала селезенки - поджелудочной железы (RP) – RP6, RP9, канала легких (P) – P5, P7. Использование церебральных точек - VG20, VG21, VG24, точек широкого спектра действия - MC6, C7, F3 и аурикулярных точек - АТ 55, 34, 100 оказывало благоприятное воздействие на ЦНС и гармонизировало структуру сна, увеличивая по продолжительности фазу «быстрого» сна и уменьшая фазу «медленного» сна. Для нормализации деятельности периферических центров регуляции мочеиспускания использовались сегментарные и локальные точки канала мочевого пузыря – V 31-34, переднесрединного меридиана - VC3, VC4, VC6. Всем пациентам назначались 2-3 курса лечения по 10-12 процедур проводимых ежедневно. Промежуток между курсами не превышал 2-х месяцев. На фоне РТ проводилась арттерапия. Ребенку предлагалось нарисовать предмет своего страха.

Результаты и их обсуждение. После лечения у большинства пациентов отмечалось улучшение различной степени. У 22 пациентов отмечалось выраженное снижение частоты энуреза после 2-х курсов терапии, у 14 – улучшение наступило после 3-го курса лечения, у 2-х детей наблюдалось незначительное улучшение. У всех пациентов улучшался сон, что также регистрировалось ЭЭГ (у 17 пациентов). Основным показателем считалось снижение частоты энуреза, уменьшение вегетативных проявлений. Отмечалась положительная динамика показателей теста Люшера.

Выводы. Использование РТ в сочетании с арттерапией в лечении невротической и неврозоподобной формы энуреза у детей являются эффективными методами и могут широко использоваться в лечебной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадалян Л.О., Заваденко Н.Н. Энурез у детей. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 1991, №3, с. 51–60.
2. Василенко А.М., Осипова Н.Н., Шаткина Г.В.// Лекции по рефлексотерапии: Учеб. пос. – М.: «Су Джок Академия», 2002. – С.191-194.
3. Лебедев Б.В., Фрейдков В.И., Шанько Г.Г. и др. Справочник по неврологии детского возраста. Под ред. Б.В.Лебедева. М., Медицина, 1995, с. 362–364.
4. 4.Терапия акупунктурой: Шнорренбергер К.К. - М., 2003. - Издатель «Balbe». – С.161-170.

5. Norgaard J.P., Djurhuus J.C., Watanabe H., Stenberg A. et al. Experience and current status of research into the pathophysiology of nocturnal enuresis. Br. J. Urology, 1997, vol. 79, p. 825–835.
6. Butler R.J. Nocturnal Enuresis: The Child's Experience. Oxford: Butterworth Heinemann, 1994, 342 p.
7. Essen J., Peckham C. Nocturnal enuresis in childhood. Dev. Child. Neurol., 1976, vol. 18, p. 577–589.

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Потехина К.В., Юревич О.М., Букина Н.С., Матреничев В.М.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

УЗ ГОКЦ «Психиатрия – наркология»

Самоубийство является одной из серьезных проблем современного общества, актуальность которой характерна для стран с совершенно разными социально-экономическими условиями, культурными и религиозными традициями. Согласно мировой статистике, ежедневно около 1200 человек совершают суицид и еще 7500 пытаются это сделать. Имеющиеся данные показывают, что каждый год из жизни добровольно уходят почти полмиллиона населения планеты [3].

Одними из наиболее суицидально опасных возрастов являются подростковый и юношеский, когда происходит формирование самосознания, сексуально-ролевой идентификации, завершается формирование личности, особо остро переживаются неразделенная любовь, конфликты с друзьями, родителями, школьные проблемы. Суициды обуславливают примерно 12 % общей летальности в детско-подростковой возрастной группе. Клинико-эпидемиологические исследования показывают, что у детей суицид занимает 10-е место среди причин смерти. В подростковом возрасте он представляет собой значительно большую проблему. В возрастной группе от 15 до 25 лет завершённый суицид стоит на втором - третьем месте среди причин смерти [1].

При этом предполагается, что данные о числе самоубийств могут быть занижены из-за того, что не всегда удается отличить

суицид от несчастного случая. При значительном числе скрытых случаев считается, что суицидальные попытки наблюдаются в 8 – 10 раз чаще, чем суициды [2].

Суицидальные проявления у детей и подростков имеют определенные отличия от суицидального поведения у взрослых. По мнению психологов, в 10 % случаев суицидальное поведение ребенка имеет цель покончить с собой, в 90% – суицидальное поведение подростка – это стремление привлечь к себе внимание, таким образом разрешить проблемную ситуацию. Иногда эти попытки заканчиваются «благополучно» и не выходят за границы домашнего круга, оставаясь вне поля зрения специалистов. В 90% случаев родители не знают о попытках самоубийства, которые предпринимают их дети. Фактически 35-70% таких детей вообще никому не рассказывают об этом [2, 3].

Число законченных суицидов среди юношей в среднем в 3 раза больше, чем среди девушек. С другой стороны - девушки пытаются покончить с собой в 4 раза чаще, чем юноши, но выбирают более "щадящие" способы, которые реже приводят к смерти [1].

В большинстве случаев суициды совершают дети, не имеющие психических и поведенческих расстройств. Так среди общего числа совершающих суициды лишь 20% детей, которые относятся к группе психически больных, остальные 80% – психически здоровы. Анализ материалов уголовных дел и проверок обстоятельств причин самоубийств детей говорит о том, что 62% всех самоубийств несовершеннолетних связано с семейными конфликтами и неблагополучием, боязнью, насилием со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, одноклассниками, друзьями, черствостью и безразличием окружающих [4].

Психологическое и социальное воздействие самоубийства на членов семьи и общество в целом огромно. Самоубийство одного человека оказывает непосредственное влияние в среднем на шестерых других людей. Если самоубийство происходит в учебном заведении или на рабочем месте, то психологические последствия его сказываются на сотнях людей.

Настоящее исследование было посвящено изучению социально-демографических и клинических факторов суицидального поведения у детей Гродненской области.

Проведен анализ поступлений в стационар детей в возрасте 10-18 лет с суицидальными тенденциями и парасуицидами в УЗ ГОКЦ «Психиатрия-наркология» по данным журналов поступления пациентов на стационарное лечение. С учетом возрастных психологических особенностей дети были подразделены на две возрастные группы: 10-15 лет и 16-18. Анализ материалов проводился с использованием методов описательной статистики.

Показатель суицидов среди детей и подростков в Гродненской области невысок и достаточно стабилен. Учет суицидов начал проводиться с 2009 года. За этот период времени он составил: 2009-7, 2010-8, 2011-5, 2012-7.

Изучение данных выявило тенденцию к снижению количества парасуицидов (незавершенных суицидальных попыток) по Гродненской области: 2008-62 (28,6 сл. на 100 000 детского населения), 2009-57 (26,8 сл. на 100 000 детского населения), 2010-39 (18,4 сл. на 100 000 детского населения), 2011-45 (21,9 сл. на 100 000 детского населения), 2012-42 (20,8 сл. на 100 000 детского населения).

По результатам анализа случаев госпитализации с суицидальными тенденциями и парасуицидами в УЗ «ГОКЦ Психиатрия-Наркология» наблюдается рост количества случаев с суицидальными высказываниями, намерениями и тенденциями. За период 2008-2012гг. поступило 116 детей и подростков, из них 54 - с суицидальными тенденциями, 62 - после парасуицидов. За период исследования число случаев парасуицидов достаточно стабильно, за исключением двух пиков: в 2009 году наблюдается резкое снижение и в 2011- подъем. В разные временные периоды отмечается различное соотношение по полу. Так в 2008 году -12 случаев госпитализированных по поводу парасуицидов, преимущественно девочки (11), 2009-7случаев (из них 5 мальчиков), 2010-13 (7 мальчиков), 2011-17 (10 девочек), 2012-13 (7 мальчиков). По способу совершения парасуицида преобладает намеренное самоповреждение острым предметом (46 случаев, из которых 28 мальчиков), затем - медикаментозное отравление (10

случаев, из которых 8 девочек), повешение – всего 4 (2 девочки и 2 мальчика). В 2008 году с суицидальными мыслями, намерениями и тенденциями зарегистрировано 5 случаев (все мальчики), 2009 - 4 (все мальчики), в 2010 – 13 (из них 7 девочек) и 2011-13 (в том числе 8 девочек), 2012- 19 случаев (из них 5 мальчиков).

Обращает на себя внимание тот факт, что по сравнению со взрослым населением, суицидальные тенденции и парасуициды детей и подростков в большинстве случаев не связаны с алкогольным опьянением. Подавляющее большинство поступлений (суицидальные тенденции и парасуициды) составили мальчики (15-18 лет). За 2008 год через стационар прошло 17 детей и подростков с суицидальными тенденциями и парасуицидами, из них 4 случая – в состоянии алкогольного опьянения. В 2009 - 11 , в том числе в состоянии алкогольного опьянения- 6 случаев, в 2010 - 26 случаев, из них 7 - в состоянии алкогольного опьянения, в 2011-30, в том числе в состоянии алкогольного опьянения 5 случаев, в 2012 - 32 случая, из них 7 случаев – в состоянии алкогольного опьянения. В соответствии с исследовательскими диагностическими критериями Международной классификации болезней 10 пересмотра за 5 лет было выявлено наибольшее количество пациентов с расстройствами эмоций и поведения - 34 случая (14- парасуицидов), расстройства адаптации - 20 случаев (14- парасуицидов), умственная отсталость -15 случаев(2- парасуицидов), 13- употребление с вредными последствиями (9- парасуицидов).

Большинство детей с суицидальными тенденциями и парасуицидом, проходившие стационарное лечение, относятся к группе диспансерного наблюдения, живут в социально неблагополучной обстановке. Наиболее опасный возраст в плане риска суицидального поведения у несовершеннолетних Гродненской области от 14 до 18 лет. 67% случаев парасуицидов не связаны с алкогольным опьянением.

Полученные данные необходимо учитывать при выявлении групп суицидального риска как в общей детской популяции, так и среди пациентов с психическими и поведенческими

расстройствами, при проведении профилактических мероприятий с пациентами и их родственниками.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инструкция по применению: утв. Первым заместителем министра Р.А. Часнойть. 16. Июля 2009г. – Минск. 2009.-52 с.
2. Сакович, Н.А. Диалоги на Аидовом пороге / Н.А. Сакович // – Москва: Генезис, 2012г.- С 288.
3. Мафсон, Л. Подросток и депрессия. Межличностная психотерапия/Л. Мафсон, Д. Моро, М. Вейссман, Д. Клерман //– Москва: Эксмо, 2003г - С 315.
4. Сакович, Н. Голосуем за жизнь вместе: о профилактике подросткового суицида / Н. Сакович // Школьный психолог. Приложение к газете "Первое сентября". – 2008. – апр. (№ 8.). – С. 37-39.

ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАТИВНОЙ АГРЕССИИ У ПЕДАГОГОВ

Ракицкая А.В.

УО «Гродненский государственный университет имени Янки Купалы»

Современные исследователи связывают синдром выгорания с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) синдром эмоционального выгорания отнесён к рубрике Z73 – «Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни» [2]. В настоящее время синдром выгорания в некоторых странах Европы признан клиническим диагнозом. В случае, если у человека каждый день фиксируют симптомы эмоционального выгорания в течение 6 месяцев, то возможна постановка клинического диагноза «выгорание» [5].

Изучению синдрома эмоционального выгорания посвящено ряд работ как зарубежных (Х. Фройденберг, К. Маслач, С. Джексон, Э. Пайнс, В. Шауфели, М. Ляйтер, Х. Фишер, К. Чернисс, Дж. Еделвич, Р. Бродский, Д. Этзион), так и отечественных исследователей (Т. В. Форманюк, Т. И. Ронгинская, М. М. Скугаревская, Н. Е. Водопьянова, Е. С.

Старченкова, Н. В. Гришина, В. Е. Орёл, А. А. Рукавишников, Т. В. Темиров, Е. А. Трухан). В связи со спецификой педагогической деятельности, связанной с пребыванием учителя на рабочем месте в ситуации хронического стресса, особое внимание исследователями уделяется изучению особенностей синдрома эмоционального выгорания у педагогов, а также факторов, обуславливающих его возможное развитие.

Целью нашего исследования явилось выявление особенностей связи синдрома эмоционального выгорания и личностной и ситуативной агрессии у педагогов. В исследовании приняли участие 448 педагогов с высшим образованием, проходящих курсы повышения квалификации на базе ГрИРО (г. Гродно). Выборку составили 346 женщин и 102 мужчин. Педагогический стаж работы учителей составил от 1 года до 38 лет. Степень выраженности синдрома эмоционального выгорания и его отдельных компонентов у педагогов диагностировалась при помощи опросника на выгорание МВІ К. Маслач и С. Джексон, адаптированного Н. Е. Водопьяновой [1]. Для исследования выраженности агрессивности (физической, вербальной, косвенной видов агрессии) у педагогов использован опросник измерения агрессивных и враждебных реакций А. Басса и А. Дарки [3]. Для оценки ситуативной агрессии использовали Шкалу реактивной и проактивной агрессии Э. Роланда и Т. Идсье [4].

В результате ковариационного анализа выявлено влияние на синдром эмоционального выгорания уровня реактивной агрессии ($F = 5,919$; $p \leq 0,05$). Результаты корреляционного анализа указывают на наличие высокозначимой связи между показателями синдрома эмоционального выгорания и реактивной агрессии ($r = 0,235$; $p \leq 0,001$). Это свидетельствует о том, что чем в большей степени педагоги испытывают во фрустрирующей ситуации гнев, не имея в связи с профессионально-нравственными нормами возможности его проявлять, тем в большей степени они подвержены риску физического и психического истощения.

Кроме того, установлен ряд статистически значимых связей между показателями синдрома эмоционального выгорания и косвенной агрессии ($r = 0,193$; $p \leq 0,001$), враждебности ($r =$

0,201; $p \leq 0,001$), общей агрессивности ($r = 0,104$; $p \leq 0,05$), направленности агрессии ($r = 0,176$; $p \leq 0,001$), агрессивной мотивации ($r = 0,149$; $p \leq 0,01$), проактивной агрессии, связанной с аффилиацией ($r = 0,167$; $p \leq 0,001$). Корреляционные связи между показателями синдрома эмоционального выгорания и физической, вербальной, а также проактивной агрессии, связанной с проявлением власти, не выявлены.

На эмоциональное истощение влияет уровень косвенной агрессии ($F = 7,034$; $p \leq 0,01$), уровень враждебности ($F = 4,795$; $p \leq 0,05$). Установлены корреляционные связи между показателями эмоционального истощения и косвенной агрессии ($r = 0,245$; $p \leq 0,001$), враждебности ($r = 0,279$; $p \leq 0,001$). Эти результаты позволяют сделать вывод о том, что чем в большей степени педагог косвенно проявляет агрессивность, тем в большей степени он истощается, чувствует усталость, разочарованность в работе, а также чем враждебнее настроен педагог, тем в большей степени он подвержен риску эмоционального истощения.

В результате проведения ковариационного анализа выявлено влияние на эмоциональное истощение уровня общей агрессивности ($F = 4,422$; $p \leq 0,05$), уровня реактивной агрессии ($F = 7,273$; $p \leq 0,01$) у педагогов. Вместе с тем в результате корреляционного анализа не установлены значимые связи между показателями эмоционального истощения и общей агрессивности, реактивной агрессии. Корреляционный анализ позволил установить у педагогов статистически значимые связи между показателями эмоционального истощения, косвенной агрессии и направленности агрессии ($r = 0,181$; $p \leq 0,001$), агрессивной мотивации ($r = 0,141$; $p \leq 0,01$). Значимые связи между показателями эмоционального истощения и физической, вербальной агрессии, проактивной агрессии, связанной с проявлением власти, у педагогов не установлены.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что чем в большей степени враждебно настроен педагог, тем в большей степени для него характерны проявления деперсонализации: цинизм, равнодушие. Об этом свидетельствуют результаты ковариационного ($F = 5,221$; $p \leq 0,05$) и корреляционного анализов ($r = 0,292$; $p \leq 0,001$).

Результаты ковариационного анализа указывают на наличие влияния на деперсонализацию уровня враждебности, уровня реактивной агрессии ($F = 5,444$; $p \leq 0,05$), уровня проактивной агрессии, связанной с аффилиацией ($F = 5,171$; $p \leq 0,05$). Установлены статистически значимые связи между показателями деперсонализации и физической агрессии ($r = 0,160$; $p \leq 0,01$), вербальной агрессии ($r = 0,107$; $p \leq 0,05$), косвенной агрессии ($r = 0,232$; $p \leq 0,001$), общей агрессивности ($r = 0,212$; $p \leq 0,001$), направленности агрессии ($r = 0,293$; $p \leq 0,001$), агрессивной мотивации ($r = 0,263$; $p \leq 0,001$).

Уровень враждебности оказывает влияние на редукцию профессиональных достижений ($F = 13,107$; $p \leq 0,001$). Это свидетельствует о том, что чем в большей степени враждебен педагог, тем в меньшей степени он стремится к профессиональным достижениям, то есть тем в большей степени выражена редукция профессиональных достижений ($r = -0,249$; $p \leq 0,001$). Необходимо пояснить, что шкала «редукция профессиональных достижений» носит обратный характер. Высокие показатели по шкале свидетельствуют о стремлении к профессиональным достижениям, а низкие указывают на редукцию профессиональных достижений.

На редукцию профессиональных достижений оказывает влияние уровень вербальной агрессии ($F = 7,073$; $p \leq 0,01$), проактивной агрессии, связанной с проявлением власти ($F = 4,829$; $p \leq 0,05$). У педагогов установлены статистически значимые отрицательные связи между показателями редукции профессиональных достижений и физической агрессии ($r = -0,095$; $p \leq 0,05$), косвенной агрессии ($r = -0,188$; $p \leq 0,001$), направленности агрессии ($r = -0,181$; $p \leq 0,001$), агрессивной мотивации ($r = -0,158$; $p \leq 0,01$). В результате корреляционного анализа значимые связи между показателями редукции профессиональных достижений и физической, вербальной, общей агрессивности, проактивной агрессии, связанной с проявлением власти, не выявлены.

Обобщая результаты исследования связи синдрома эмоционального выгорания и агрессивности у педагогов, можно сделать следующие выводы:

- показатели синдрома эмоционального выгорания тем выше, чем выше уровень реактивной агрессии;
- показатели эмоционального истощения тем выше, чем выше уровень косвенной агрессии и уровень враждебности;
- показатели деперсонализации тем выше, чем выше уровень враждебности;
- показатели редукции профессиональных достижений тем выше, чем выше уровень враждебности.

Таким образом, педагог, находясь в ситуации хронического стресса, характеризующегося наличием провоцирующих агрессию факторов, часто испытывает гнев и злость, но в связи с необходимостью соблюдения требований профессиональной этики не имеет возможности выразить их открыто. Агрессия выражается педагогом косвенным путём, что приводит к появлению враждебных мыслей и к проявлениям враждебности. Силы педагога тратятся на подавление и сдерживание агрессивных реакций. В итоге учитель ощущает себя эмоционально опустошённым, разочарованным, в межличностном взаимодействии проявляются цинизм, равнодушие по отношению к окружающим, уменьшается стремление к профессиональным достижениям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.
2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр (МКБ – 10): Краткий вариант. – Мн.: ООО «Асар», 2001. – 400 с.
3. Buss, A. H., Durkee, A. An inventory for assessing different kinds of hostility / A. H. Buss, A. H. Durkee // Journal of Consulting Psycholog. – 1957. – Vol. 21. – P. 343 – 349.
4. Roland, E. Aggression and Bullying / E. Roland, T. Idsoe / Aggressive Behavior. – 2001. – Vol. 27. – P. 446 – 462.
5. Vanyperen, N.W., Verbraak, M., Spoor, E. Perfectionism and clinical disorders among employees / N.W. Van Yperen, M. Verbraak, E. Spoor // Personality and Individual Differences. - 2011. – № 50. – P. 1126–1130.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Ракицкая А. В., Петрошевич Е.Г.

*УО «Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы»*

Физическое и психическое состояние специалистов различных профессиональных групп, связанных с интенсивным и напряжённым межличностным общением, становится в последние годы предметом все более активного внимания психологов [3]. Среди представителей различных профессий типа «человек-человек» медицинские работники занимают особое место в ряде социально-психологических исследований, посвящённых изучению синдрома эмоционального выгорания, стратегий преодолевающего поведения, обусловленное, с одной стороны, спецификой профессиональной деятельности, с другой стороны - значимостью данной профессиональной группы для общества в целом.

Под синдромом эмоционального выгорания понимают неминуемое последствие неадекватного разрешения стресса на рабочем месте и профессионального кризиса. Непрерывающееся воздействие на человека стрессовых ситуаций приводит к интеллектуальному, душевному и физическому переутомлению [2]. В 1974 году американским психиатром Х.Дж. Фрейденбергером был введен термин «burnout (эмоциональное сгорание)» для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи. Позднее К. Маслач определила выгорание как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам [1]. «Выгорание» не ограничивается только профессиональной деятельностью человека и приводит, в конечном счете, к серьезным деформациям личности. То есть нельзя быть «выгоревшим» на работе и «нормальным» дома.

Поэтому существует такой термин, как «выгорание личности» [3].

При описании симптоматики синдрома эмоционального выгорания указывают несколько ключевых признаков [3]:

1. Индивидуальный предел, потолок возможностей нашего эмоционального «Я» противостоять истощению, противодействовать «сгоранию» самосохраняясь.

2. Внутренний психологический опыт, включающий чувства, установки, мотивы, ожидания.

3. Негативный индивидуальный опыт, в котором сконцентрированы проблемы, дистресс, дискомфорт, дисфункции и их негативные последствия.

Под стратегиями преодолевающего поведения понимают стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к успешной или менее успешной адаптации [5]. Термин «coping» впервые был использован в 1962 г. Л. Мерфи в контексте стремления индивида решить определенную проблему, которое, с одной стороны, является врожденной манерой поведения (рефлекс, инстинкт), а с другой – приобретенной, дифференцированной формой поведения (владение собой, сдержанность, склонность к чему-либо) [6]. Р. Лазарус и С. Фолкман рассматривают совладание как постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия, направленные на управление специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются с точки зрения соответствия ресурсам индивида. В настоящее время широко используются предложенные ими два подхода: проблемно-ориентированный копинг (усилия направляются на решение возникшей проблемы) и эмоционально-ориентированный копинг (усилия направляются на изменение собственных установок в отношении ситуации) [4].

Позднее Р. Лазарус и С. Фолкман классифицируют стратегии совладания в соответствии с выделенными ими двумя основными функциями копинга [4]:

- копинг, «сфокусированный на проблеме», направлен на устранение стрессовой связи между личностью и средой;
- копинг, «сфокусированный на эмоциях», направлен на управление эмоциональным стрессом.

Р.М. Грановская и Н. Никольская отмечают, что понятие «копинга» по своему содержанию близко к понятию психологической защиты, и основным отличием защитных механизмов от копинг-стратегий является неосознанное включение первых и сознательное использование вторых [5].

Целью нашего исследования явилось выявление связи между синдромом эмоционального выгорания и стратегиями преодолевающего поведения у медицинских работников. Для достижения поставленной цели исследования были использованы следующие методики: опросник на выгорание К. Маслач и С. Джексона, адаптированный Н. Е. Водопьяновой (МБИ) и опросник стратегий преодоления стрессовых ситуаций (SACS). В исследовании приняли участие 60 медицинских работников: 30 врачей и 30 фельдшеров станции скорой медицинской помощи г. Гродно, мужчины и женщины в возрасте от 25 до 37 лет.

В результате проведенного корреляционного анализа у работников скорой помощи установлены связи между показателями синдрома эмоционального выгорания и таких стратегий преодолевающего поведения, как «ассертивные действия» ($r = -0,386, p \leq 0,001$), «вступление в социальный контакт» ($r = 0,226, p \leq 0,05$), «осторожные действия» ($r = 0,392, p \leq 0,001$). Выявлены статистически значимые связи между показателями эмоционального истощения и таких стратегий, как «ассертивные действия» ($r = -0,568, p \leq 0,001$), «вступление в социальный контакт» ($r = 0,221, p \leq 0,05$), «осторожные действия» ($r = 0,354, p \leq 0,001$), «избегание» ($r = 0,514, p \leq 0,001$). Показатели деперсонализации связаны с показателями таких стратегий преодолевающего поведения, как «ассертивные действия» ($r = -0,449, p \leq 0,001$), «осторожные действия» ($r = 0,221, p \leq 0,05$). Показатели редукции профессиональных достижений значимо связаны с показателями таких стратегий преодолевающего поведения, как «ассертивные действия» ($r = 0,344, p \leq 0,001$), «агрессивные действия» ($r = -0,319, p \leq 0,01$), «избегание» ($r = -0,468, p \leq 0,001$).

Таким образом, синдром эмоционального выгорания связан с такими стратегиями преодолевающего поведения, как «ассертивные действия», «вступление в социальный контакт», «осторожные действия». Эмоциональное истощение связано со стратегиями «ассертивные действия», «вступление в социальный контакт», «осторожные действия», «избегание». Деперсонализация связана с такими стратегиями преодолевающего поведения, как «ассертивные действия», «осторожные действия». Показатели редукции профессиональных достижений связаны со стратегиями «ассертивные действия», «агрессивные действия», «избегание».

Вместе с тем, представляет интерес, кто из работников в большей степени подвержен синдрому эмоционального выгорания: врачи или фельдшеры? Какие стратегии предпочитают использовать в напряжённых ситуациях врачи и фельдшеры? Каковы особенности взаимосвязей и взаимовлияний синдрома эмоционального выгорания и стратегий преодолевающего поведения у врачей и фельдшеров? Продолжение нашего исследования позволит ответить на поставленные вопросы, обеспечив систему поддержки медицинских работников станций скорой помощи, способствующую укреплению средовых и личностных ресурсов в деле профилактики синдрома эмоционального выгорания, а также способствующую социально адаптивному, здоровому функционированию личности медицинского работника.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко, В. В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении / В. В.Бойко. - СПб.: Питер, 1999. – 434 с.
2. Водопьянова, Н. Е. Старченкова, Е. С. Синдром выгорания 2-ое издание / Н. Е.Водопьянова, Е. С. Старченкова.- СПб, 2005. – С. 95 – 98.
3. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В. В. Бойко. –М.: Наука,1996.– 154 с.
4. Абабков, В. А. Защитные психологические механизмы и копинги: анализ взаимоотношений / В. А. Абабков. – СПб.: Речь, 2004. – 158 с.
5. Сирота, Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте / Н. А. Сирота – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1994. – 283 с.

6. Исаева, Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни / Е. Р. Исаева. - СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009.- 136 с.

ПРОБЛЕМА ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Семенов В.Н.

УО «Белорусский государственный университет»

Среди специалистов в области психического здоровья преобладает пессимистический взгляд на возможность терапии пациентов с расстройством личности (далее – РЛ) [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Число сторонников пессимистического подхода резко возрастает, когда речь заходит о перспективах лечения лиц с диссоциальным расстройством личности (далее – ДРЛ).

Пессимистическое отношение к пациентам с ДРЛ базируется на их резистентности к терапевтическим воздействиям. Условия, препятствующие эффективному лечению этого типа РЛ, разделяют на субъективные и объективные [1, 2, 3, 6]. В структуру субъективных условий входят такие патопсихологические характеристики лиц с ДРЛ, как низкая эмоциональная реактивность (неспособность испытывать тревогу в проблемных ситуациях), лживость (невозможность собрать достоверные анамнестические сведения), наличие выраженных негативных эмоциональных переживаний, эгосинтонность (отсутствие осознания болезненности собственных проявлений), отсутствие или недостаточная готовность к сотрудничеству, выраженный поиск новизны (неспособность длительно находиться в терапевтическом процессе), дефицит способности к интеграции жизненного опыта. Объективные условия связаны с недостаточным пониманием предикторов развития ДРЛ, отсутствием лекарственных препаратов, способных влиять на дезадаптивные личностные свойства, и высокой летальностью, наблюдаемой у этой категории пациентов.

Однако не всеми исследователями разделяются пессимистические убеждения в отношении лечения пациентов с РЛ, включая ДРЛ [1, 2, 5, 7]. Признавая ограниченные

возможности медикаментозной терапии РЛ, Каплан, Б.Дж. Сэдок, А.Б. Смулевич, Дж.Х. Стоун, G. Maier считают ее достаточно эффективным средством при лечении динамических сдвигов и коморбидных расстройств, наблюдаемых у таких пациентов [1, 2, 5, 7]. G. Maier сообщает о хорошем терапевтическом эффекте применения карбамазепина для снижения уровня агрессивности у пациентов с ДРЛ [5]. Из сказанного следует, что основной мишенью медикаментозной терапии являются лишь сопутствующие многим РЛ психические расстройства, патодинамические реакции и состояния. Обязательные патопсихологические свойства ДРЛ оказываются недоступными для фармакотерапии и поэтому требуют использования психотерапевтических методов.

При отсутствии убедительных доказательств эффективности того или иного метода психотерапии в литературе, посвященной этим вопросам, можно встретить единичные сообщения о положительных результатах использования групповой (группы самопомощи), религиозно-экзистенциальной и когнитивно-бихевиоральной психотерапии при лечении пациентов с ДРЛ [7, 8, 9, 10]. Так, А. Век и А. Фреман считают, что когнитивно-бихевиоральная психотерапия является эффективной лишь при лечении пациентов с ДРЛ, находящихся в депрессивном состоянии [8]. W. Martens говорит о возможности использования религиозно-экзистенциального подхода и юмора в терапевтических программах для лиц с ДРЛ [9, 10]. Религиозно-экзистенциальная психотерапия помогает пациентам с ДРЛ развить духовную сущность, являющуюся фактором снижающим риск антисоциального поведения. Юмор как психотерапевтический прием способствует установлению контакта с такими пациентами и развитию у них способности к децентрации, сочувствию и трансформации деструктивных тенденций.

Резистентность пациентов с ДРЛ к традиционным методам терапии представляет серьезную проблему при необходимости применения к ним принудительных мер безопасности и лечения. В результате правовое предупреждение возможности совершения лицами с ДРЛ новых преступлений носит лишь временный характер и достигается путем изоляции таких субъектов в стенах

медицинского учреждения. Согласно В.Г. Булыгиной и др., основными целями осуществления принудительного лечения в медицинском учреждении являются устранение тех проявлений психического расстройства, которые явились условием совершения правонарушения, и формирование ресурсов, препятствующих совершению новых преступлений [11]. Ограниченные возможности медикаментозной и психотерапевтической помощи препятствуют достижению основных целей принудительного лечения в отношении лиц с ДРЛ и, по данным G. Maier, влияют на высокий уровень наблюдаемой у них криминальной рецидивности [5]. При таком положении дел пациенты с ДРЛ, по верному замечанию Н. Cleckley, оказываются изгоями в психиатрических больницах [12]. Невозможность реализации целей принудительного лечения лишает целесообразности применение к преступникам с ДРЛ принудительных мер медицинского характера и частично объясняет общемировую тенденцию к их инкульпированию. Так, в судебно-психиатрической практике Республики Беларусь в период с 2004 по 2010гг. в трех структурных подразделениях Государственной службы медицинских судебных экспертиз ДРЛ было диагностировано у 598 исследуемых. При этом все исследуемые с ДРЛ были признаны вменяемыми в отношении инкриминируемого им деликта.

Дополнительной проблемой принудительного лечения лиц с ДРЛ является эмпирический характер критериев, определяющих его тип (амбулаторное лечение и наблюдение, лечение в больнице с обычным, усиленным и строгим наблюдением) [11, 13]. На сегодняшний день в качестве таких критериев выступают степень выраженности психических расстройств, которые привели к совершению криминальных действий, риск совершения нового преступления и степень тяжести текущего деликта [11, 13]. По мнению Г.И.Каплан, Б Дж. Сэдок, А. Wateman и Р. Тугег, наиболее предпочтительным и эффективным для этой группы пациентов является лечение в условиях стационара [4, 6, 7]. Учитывая патохарактерологические особенности лиц с ДРЛ, высокую рецидивность совершаемых ими правонарушений, выбор принудительного режима наблюдения и лечения должен осуществляться между усиленным

и строгим. Последующий надлежащий надзор за пациентами с ДРЛ после их выписки из больницы может служить дополнительным профилактическим средством, снижающим вероятность криминального рецидива.

Таким образом, поиск и разработка эффективных форм лечения для категории пациентов с ДРЛ и иными РЛ является одной из актуальных задач, стоящих перед специалистами в области психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Смулевич, А.Б. Психопатология личности и коморбидных расстройств: учебн. пособие / А.Б. Смулевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 208 с.
2. Стоун, Дж.Х. Основы судебной психиатрии: учебник Фолка / Дж.Х. Стоун / Пер. с англ. С. Полубинская. - К.: Сфера, 2008. - 340 с.
3. Джекобсон, Дж.Л. Секреты психиатрии / Дж.Л. Джекобсон, А.М. Джекобсон / Пер. с англ. Е.Г. Гальцев, И.В. Сумароков / Под общ. ред. П.И. Сидорова. - М. : МЕДпресс-информ, 2007. - 576 с.
4. Bateman, A.W. Services for personality disorder: organisation for inclusion / A.W. Bateman, P. Tyrer // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2004. – Vol. 10, №. 6. – P. 425-433.
5. Maier, G.J. The aggressive patient/inmate: beyond denial / G.J. Maier // *Psychiatric quarterly*. – 1999. - Vol. 70, №. 3. – P. 199 – 208.
6. Tyrer, P. Drug treatment of personality disorder / P. Tyrer // *Psychiatric Bulletin*. – 1998. – Vol. 22, №. 4. – P. 242-244.
7. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: из синопсиса по психиатрии / Г.И.Каплан, Б. Дж. Сэдок; под ред. Т.Б.Дмитриевой / Пер. с англ. Р.Г. Акжигитов, В.В. Золотухин. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. - 602 с.
8. Когнитивная психотерапия личностных расстройств / А. Бек, А. Фримен; под ред. А. Бека, А. Фримена / Пер. с англ. С. Комаров. – СПб.: Питер, 2002. – 544 с.
9. Martens, W.H.J. Spiritual Psychotherapy for Antisocial and Psychopathic Personalities: Some Theoretical Building Blocks / W.H.J. Martens // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 2003. – Vol. 33, №. 3. – P. 205-218.
10. Martens, W.H.J. Therapeutic Use of Humor in Antisocial Personalities / W.H.J. Martens // *Journal of Contemporary Psychotherapy*. – 2004. – Vol. 34, №. 4. – P. 351-361.
11. Психодиагностические методы исследования в практике принудительного лечения психически больных: руководство для врачей / В.Г. Булыгина [и др.]; под ред. В.Г. Булыгиной. – М.: ФГУ ГНЦ ССП им. В.П. Сербского, 2010. – 302 с.

12. Cleckley, H.M. The Mask of Sanity / H.M. Cleckley. – St. Louis: C.V. Mosby Co., 1976. 469 p.
13. Уголовный кодекс Республики Беларусь. – Мн.: Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 2003. – 232 с.

СПЕЦИФИКА СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ, ОБВИНЯЕМОЙ В УБИЙСТВЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

Семенов В.Н.

УО «Белорусский государственный университет»

Существование феномена «нежелательной беременности», сопряженность состояния беременности и родов с воздействием психотравмирующих факторов и риском совершения криминальных агрессивных действий в отношении новорожденного ребенка явились основанием для появления в уголовном законодательстве Республики Беларусь (далее - РБ) особой юридической нормы (ст. 140), выделяющей специфический состав преступления и позволяющей рассматривать эти обстоятельства в качестве смягчающих при назначении наказания [1]. Одновременно с этим возникла потребность в применении специальных знаний в области судебной психологии для оценки психического состояния матери-детоубийцы, которая трансформировалась в один из предметных видов комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (далее - КСППЭ) [2].

В целях лучшего понимания актуальных тенденций, сложившихся в сфере применения специальных знаний психологов, при проведении КСППЭ матерям-детоубийцам были проанализированы заключения экспертов по таким уголовным делам, выполненные в период с 2008 по 2012 гг. в областных судебно-психиатрических подразделениях и управлении судебно-психиатрических экспертиз Государственной службы

медицинских судебных экспертиз (далее - УСПЭ ГСМСЭ)¹. Так, в период с 2008 по 2012гг. в областных судебно-психиатрических подразделениях и УСПЭ ГСМСЭ была проведена 31 КСПЭ женщинам, совершившим криминальные агрессивные действия в отношении своих новорожденных детей. При этом в одном случае КСПЭ проводилась по материалам проверки вследствие наличия сомнений в причастности матери к смерти новорожденного ребенка. 14-ти исследуемым (45,1%) было предъявлено обвинение по ст. 140, 14-ти (45,1%) – по ст. 139 и 2-м (6,5%) – по ст. 159 УК РБ. Одна из исследуемых повторно привлекалась к уголовной ответственности по ст. 140 УК РБ.

Средний возраст исследуемых на момент проведения экспертизы составил 26,9 лет. Самой младшей роженице было 16, а самой старшей – 46 лет. Среди исследуемых 17 человек (54,8%) в период прохождения экспертизы не состояли в браке (проживали с родителями либо сожителями), 12 (38,7%) – были замужем, 1 - на (3,2%) состояла в повторном браке и 1 - на (3,2%) - была разведена. 9 обвиняемых (29%) не имели детей, 8 (25,8%) имели одного ребенка, 8 (25,8%) – двоих детей, 2 (6,5%) – троих детей, 1 (3,2%) – четырех и 3 (9,7%) – пятерых детей. Во всех случаях беременность являлась незапланированной, нежелательной и ее факт скрывался от близких родственников и окружающих.

По способу совершения криминальных агрессивных действий в отношении новорожденных детей все исследуемые были разделены на две группы. В первую группу вошли исследуемые (54,8%), использовавшие пассивные способы умерщвления новорожденного, среди которых преобладали оставление новорожденного без должного ухода и заботы (82,3%) и асфиксия под влиянием условий родовой деятельности (17,7%). Во вторую группу вошли исследуемые, которые использовали активные способы умерщвления новорожденного (45,2%), среди которых преобладали механическая асфиксия (64,3%) и

¹ Исключение составляет лишь ОАСПЭ по г. Минску и Минской области, который представил данные о КСПЭ, проводившихся с 2004 по 2012гг.

причинение тяжких телесных повреждений в виде колото-резаных ранений и падения с высоты (35,7%).

Описанные по результатам экспериментально-психологического исследования психологические особенности позволяют разделить всех матерей-детоубийц на три большие группы в зависимости от степени активности их личностного склада. В первую группу вошли исследуемые (41,9%), обладающие активным личностным складом, представленным такими психологическими особенностями, как стеничность, преобладание мотивации достижения, общительность, демонстративность, маскулинность полоролевого поведения, доминантность, низкая конформность, стрессоустойчивость, ригидность, упрямство, эмоциональная неустойчивость, возбудимость и импульсивность. В отдельных случаях структура активного личностного склада дополнительно включала свойства враждебности, конфликтности и агрессивности. Вторую группу (38,7%) составили женщины с пассивным личностным складом, представленным следующими психологическими особенностями: общая личностная незрелость, неуверенность в себе, тревожность, преобладание мотивации избегания, ответственности, неудач и конфликтов, трудности в принятии решений, зависимость от мнений и оценок окружающих, низкий уровень развития коммуникативных способностей, замкнутость, неустойчивость самооценки, низкий уровень притязаний, обидчивость, трудности социальной адаптации. В третью группу вошли исследуемые, обладающие смешанным типом личностного склада, структура которого представлена чертами первых двух типов.

Анализ экспертных решений, принятых психологами показывает, что в 6-ти случаях (19,3%) экспертные вопросы не были решены, в 6-ти случаях (19,3%) был сделан вывод об отсутствии психотравмирующей ситуации, связанной с родами. В отношении 12-ти исследуемых (38,7%) был сделан вывод об отсутствии признаков повышенной эмоциональной напряженности, связанной с психотравмирующей ситуацией, обусловленной родами. В 3-х случаях (9,7%) эксперты-психологи пришли к выводу о том, что исследуемые в период совершения инкриминируемого им деяния находились в условиях

психотравмирующей ситуации, вызванной родами. При этом в одной из экспертиз вывод о наличии психотравмирующей ситуации сочетался с выводом об уменьшенной вменяемости. У 3-х исследуемых (9,7%) было выявлено состояние повышенной эмоциональной напряженности, вызванное психотравмирующей ситуацией, обусловленной родами. В отношении 1-ой исследуемой (3,2%) был сделан вывод о существенном влиянии индивидуально-психологических особенностей на ее способность к осознанно-волевой регуляции своего поведения в период совершения инкриминируемого ей деяния.

В ходе анализа реальной практики КСППЭ матерей-детоубийц были выявлены отсутствие единого подхода и различия в понимании экспертами-психологами предмета и цели производства данного вида экспертизы. С одной стороны, это связано с редкостью проведения таких экспертиз, а с другой – со спецификой юридической формулы ст. 140 УК РБ, которая может провоцировать неверное толкование предмета исследования у эксперта-психолога.

Субъектом уменьшенной уголовной ответственности, согласно ст. 140 УК РБ, является вменяемое лицо - мать, совершившая умышленное убийство новорожденного ребенка во время родов или непосредственно после них, находясь в условиях психотравмирующей ситуации [1]. В качестве смягчающего уголовную ответственность обстоятельства в этой статье выступает юридическое понятие *«психотравмирующая ситуация»*. При использовании заимствованного из психологии термина *«психотравмирующая ситуация»* в качестве юридического понятия ст. 140 УК РБ, законодатель уклоняется от определения его значения. Это создает ситуацию неопределенности для эксперта-психолога при необходимости использования специальных знаний и сохранения пределов своей компетенции.

Обобщенно структура психологического термина *«психотравмирующая ситуация»* складывается из следующих элементов: психологические особенности обвиняемой, опосредующие реакцию на воздействие стрессовых либо фрустрационных факторов, стрессовые либо фрустрационные факторы (субъективные и объективные), имеющие отношение к

состоянию беременности и предстоящим родам, психологический конфликт (межличностный, внутриличностный и смешанный), связанный с состоянием беременности и родами, и *интенсивное негативно окрашенное эмоциональное состояние, отражающее существующий психологический конфликт, и субъективно переживаемое как стресс либо фрустрация* [2]. При необходимости обязательного экспертного психологического исследования всех элементов психотравмирующей ситуации лишь *интенсивное негативно окрашенное эмоциональное состояние, отражающее существующий психологический конфликт, и субъективно переживаемое как стресс либо фрустрация*, составляет сущность уголовно-релевантного психологического состояния, являющегося предметом и целью экспертного психологического исследования в данном виде КСППЭ. В современной судебно-психологической литературе для обозначения такого уголовно-релевантного психологического состояния используется термин «повышенная эмоциональная напряженность» [2].

Таким образом, предметом судебно-психологического исследования в КСППЭ матери, обвиняемой в убийстве своего новорожденного ребенка, является состояние повышенной эмоциональной напряженности, которое опосредует юридический термин «психотравмирующая ситуация» и в сжатом виде отражает: личностную позицию обвиняемой, фрустрационные либо стрессовые факторы, связанные с беременностью и родами, сущность психологического конфликта и ведущие эмоциональные переживания. Переживание роженицей состояния повышенной эмоциональной напряженности обуславливает аффектогенный характер ее действий в родовой и постродовой ситуации и снижает способность к полноценной осознанно-волевой регуляции своего поведения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Уголовный кодекс Республики Беларусь. – Мн.: Национальный центр правовой информации Республики Беларусь, 2003. – 232 с.
2. Качаева, М.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза психического состояния матери, обвиняемой в убийстве новорожденного / М.А. Качаева, Ф.С. Сафуанов // Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное

КАТАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИНДРОМА РИСКА ПЕРВОГО ПСИХОЗА

Скугаревская М.М., Старцев А.И.

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

Синдром риска первого психоза является относительно новым понятием в современной психиатрии и отражает то, что ранее называлось продромом психоза (шизофрении). С уверенностью сказать, что у пациента продром, можно только ретроспективно после появления полной симптоматики заболевания. При проспективной же оценке, когда не ясно, действительно ли в последующем у человека разовьется психоз, используются термины «синдром риска первого психоза», «клинически высокий риск», «синдром ослабленных психотических симптомов». Исследования, проводимые в последнее десятилетие, подтвердили правомерность выделения данных состояний как обладающих высокой предикторной значимостью [3], что послужило основанием внесения синдрома риска первого психоза в новый пересмотр классификации психических расстройств DSM-V.

Выделение состояний клинически высокого риска основывается на выделении следующих групп симптомов [2,3]:

- ослабленные продуктивные симптомы – симптомы, отличающиеся от нормальных психических феноменов, но не являющиеся еще психотическими;
- очерченные продуктивные симптомы, но возникающие на короткий промежуток времени и проходящие спонтанно;
- ослабленные негативные симптомы. К ним относят абулию, апатию, ангедонию, бедность речевой продукции, притупление аффекта и др.;
- базисные симптомы, представляющие собой небольшие, субъективно ощущаемые нарушения в области ощущений, когний, волевых и моторных функций, энергетического потенциала и толерантности к стрессу.

Цель исследования состояла в катamnестической оценке состояний клинически высокого риска развития психоза по данным поступлений в РНПЦ психического здоровья.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ по базе данных случаев поступления в РНПЦ психического здоровья лиц, которые на период обследования по направлению военных комиссариатов в 2006 – 2010 г. были расценены как имеющие клинически высокий риск развития психоза. Оценка поступлений произведена на конец 2012 г. Оценка производилась с применением методики «Всесторонняя оценка состояний риска развития психических расстройств» (CAARMS), а также методами патопсихологии [1, 4]. Социальное функционирование оценивалось с помощью шкалы «Глобальная оценка функционирования» (GAF). Статистическая обработка данных производилась с помощью программы SPSS с использованием методов описательной и непараметрической статистики.

Результаты и обсуждение.

Всего выявлено 54 человека, которые поступили повторно в РНПЦ психического здоровья после того, как проходили там же стационарное обследование по направлениям военных комиссариатов и были расценены как имеющие клинически высокий риск развития психоза.

Средний возраст на момент первого обследования составил $19,79 \pm 0,28$ лет. На этапе первичного обследования можно выделить следующие особенности изучаемой группы: 13 человек (24,1%) отчислялись из учебных заведений по различным причинам; поведенческие проблемы в школе (состояли на внутришкольном учете, имели отрицательную характеристику в личном деле) имели 22 человека (40,7%). На учете в инспекции по делам несовершеннолетних состояли 12 человек (22,2%). К административной или уголовной ответственности привлекались 16 человек (29,7%). Проблемное употребление алкоголя отмечалось у 12 человек (22,2%), эпизодическое употребление других психоактивных веществ (каннабиноиды, клей) – 8 человек (14,8%). Акты самоповреждения (порезы на предплечьях, парасуициды) совершали 18 человек (33,3%). Таким образом, можно отметить в целом неблагоприятный социально-демографический профиль исследуемой группы.

Между обследованием и повторным поступлением проходил период в среднем $24,8 \pm 2,6$ месяцев. Диагностические категории, верифицированные при повторном поступлении, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Спектр диагностических категорий при повторном поступлении

Рубрики по МКБ-10	Количество (процент)
Шизофрения и близкие расстройства	21 (38,9)
Острые полиморфные психотические расстройства	8 (14,8)
Шизотипическое расстройство	4 (7,4)
Шизофрения	6 (11,1)
Шизизоаффективное расстройство	3 (5,6)
Психотические расстройства в рамках других разделов	8 (14,8)
Алкогольный галлюциноз	5 (9,3)
Состояние отмены алкоголя с делирием	1 (1,9)
Органическое шизофреноподобное расстройство	2 (3,7)
Невротические и связанные со стрессом расстройства	12 (22,2)
Паническое расстройство	1 (1,9)
Обсессивно-компульсивное расстройство	1 (1,9)
Расстройства адаптации	6 (11,1)
Другие невротические расстройства	4 (7,4)
Расстройства, связанные с употреблением ПАВ (непсихотические)	8 (14,8)
Употребление алкоголя с вредными последствиями	5 (9,3)
Синдром зависимости от алкоголя	1 (1,9)
Состояние отмены алкоголя	1 (1,9)
Синдром зависимости от летучих растворителей	1 (1,9)
Другие диагнозы	5 (9,3)
Расстройства личности	2 (3,7)
Умеренный депрессивный эпизод	1 (1,9)
Органическое эмоционально лабильное расстройство	1 (1,9)
Психически здоров	1 (1,9)

Психотические расстройства развились более чем в половине случаев (53,7%). Неожиданной находкой оказалось развитие в достаточно большом проценте случаев алкогольного галлюциноза (9,3%), что подтверждает существование специфической предрасположенности к развитию психотических расстройств, в том числе и под воздействием экзогенных факторов. Поступления с диагнозом при выписке «Употребление алкоголя с вредными последствиями» в 100% случаев были связаны с суицидальным поведением (суицидальные высказывания, парасуициды). Также суицидальные высказывания или попытки послужили причиной поступления в стационар у 3 человек с диагнозами расстройств адаптации. Итого суицидальное поведение послужило поводом для госпитализации в 14,8% случаев.

В дальнейшем нами был проведен анализ возможных предпосылок развития расстройств психотического спектра, для чего выделена группа лиц, у которых развились расстройства психотического уровня ($n=29$), и группа, в которой расстройства не развились ($n=25$).

Не выявлено предикторной значимости для развития расстройств психотического уровня таких показателей, как возраст, наличие поведенческих проблем в школе, административных и уголовных правонарушений, злоупотребления психоактивными веществами, аутоагрессивного поведения ($p>0,05$).

Достоверным предиктором развития психотических расстройств в изучаемой группе оказались показатели социального функционирования (по шкале GAF): ниже среди тех, у кого развился психоз, по сравнению с теми, у кого не развился ($55,23\pm 2,36$ и $66,18\pm 3,30$ баллов соответственно, $p<0,01$), а также ряд клинических параметров, оцененных по результатам методики CAARMS. Среди тех, у кого в дальнейшем развилось расстройство психотического уровня, значимо выше ($p<0,05$) были показатели выраженности позитивных симптомов, наблюдаемого притупления аффекта, ангедонии, социальной изоляции, нарушений ролевого функционирования, дезорганизованного/ стигматизирующего поведения и субъективных вегетативных нарушений.

Различий между группами по выраженности формальных расстройств мышления при патопсихологическом исследовании, а именно искажений процесса ассоциирования, обобщения, наличия аутичных, выхолощенных и своеобразных образов, формальности мышления, не выявлено ($p > 0,05$).

Выводы

- Имеет место изначальное неблагополучие по показателям социального функционирования среди пациентов, имеющих клинически высокий риск развития психоза и поступивших в последующем в РНПЦ психического здоровья.
- Предикторами развития расстройств психотического регистра являются большая выраженность продуктивных, негативных, поведенческих симптомов по шкале CAARMS, худшие показатели социального функционирования.
- Использование критериев для оценки состояний клинически высокого риска является перспективным в прогнозировании развития психотических расстройств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блейхер, В.М. Патопсихологическая диагностика / В.М. Блейхер. – Киев: Здоров'я, 1986. – 279 с.
2. Скугаревская, М.М. Продром шизофрении. Оценка риска развития психоза./ Психиатрия. -2009. -№ 4 (06). – стр. 71 – 79.
3. Olsen K.A., Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: assessment instruments. – Acta Psychiatr Scand. – 2006. – V.113. – p. 273 – 282.
4. Yung A.R., Yuen H.P., McGorry P.D. al. Mapping the onset of psychosis – the Comprehensive Assessment of At risk Mental States (CAARMS). Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2005. – Vol.39. – p.964-971.

СТРЕСС В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Спиридонова Н.В.

УЗ «ВОКЦ психиатрии и наркологии»

На сегодняшний день одним из самых неблагоприятных последствий напряженного ритма жизни в нашем обществе является возрастание стрессовых нагрузок и переутомление. К сожалению, стресс стал нормой жизни большинства из нас.

Распространенная в начале прошлого века фраза «все болезни от нервов» трансформировалась в «все болезни от стресса».

Любое требование извне или раздражитель, получил название «стрессор». Раздражитель становится стрессором в силу когнитивной интерпретации, т.е. значения, которое человек ему приписывает, а не воздействует на личность непосредственно. Как сформулировал это Селье, «имеет значение не то, что с вами происходит, а как вы это воспринимаете». В гимназии № 2 г. Витебска проводился информационно-исследовательский проект «Что мы знаем о стрессе».

Цель проекта – определить, на каком возрастном этапе появляются знания о стрессе и формах защиты от стресса.

Методы исследования:

- использование интернет - ресурсов;
- изучение литературы по теме;
- анкетирование учащихся;
- обработка данных.

С целью определения, на каком возрастном этапе появляются знания о стрессе, было проведено анкетирование учеников 4, 9 и 11 классов. Был взят именно этот период, так как он наиболее стрессогенен для учащихся в связи с тем, что идет подготовка к экзаменам.

Анкета включала в себя 2 вопроса:

1. Что такое стресс?
2. Как вы защищаетесь от стресса?

Обработав данные анкетирования видно, что ученики 4-го класса не знают, что такое стресс и это слово вызывает у них смех.

Ученики 9-го класса в 99% считают, что стресс - это волнение, страх, тревога; в 1% считают, что стресс- это нервозность и депрессивное состояние.

Они считают, что защититься от стресса можно:

1. Составив свой распорядок дня таким образом, чтобы не было свободного времени.
2. Сделав что-нибудь позитивное.
3. Поговорив с друзьями.
4. Поговорив с преподавателем.
5. Послушав музыку.

6. Подумав о другом.

Ученики 11-го класса считают, что стресс- это:

- когда в жизни человека происходит событие, которое меняет привычный уклад жизни. Выражается в нервозности, страхе перед чем-то;

- тяжелое психологическое состояние, сильный всплеск эмоций;

- такое состояние души, которое вызвано сильным отрицательным воздействием окружающей среды;

- состояние, при котором нельзя сфокусироваться на чем-либо, когда мысли терзают голову, угнетают, жизнь не кажется чем-то приятным, кажется, что дальше лучше не будет.

Они считают, что защититься от стресса можно:

- осознав пределы своих возможностей, не брать на себя больше, чем можешь;
- сохраняя положительный настрой, улыбаться;
- послушать музыку;
- занявшись йогой;
- пообщавшись с друзьями;
- поспав;
- снизив нагрузку, чтоб было больше свободного времени;
- правильно питаясь;
- поменяв свое отношение к ситуации.

Таким образом, можно сделать выводы:

- ученики 4-го класса хоть и не могут сформулировать, что такое стресс, но могут защититься от него смехом и таким образом сохранить свое здоровье;

- ученики 9-го класса знают, что такое стресс и знают как с ним бороться;

- ученики 11-го класса знают, что такое стресс и знают больше форм защиты от стресса.

ЛИТЕРАТУРА

1. ГУО «ГИМНАЗИЯ № 2 г. ВИТЕБСКА» Информационно-исследовательский проект «Что мы знаем о стрессе» Руководитель проекта: Росленко Л.А., автор проекта: Спиридонов А. А.; 2013 г.

СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ И ПОСТМЕНОПАУЗЕ

Таболина А.А., Байкова И.А.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

Актуальность. Проблема качества жизни женщин в климактерическом периоде особенно актуальна, т.к. затрагивает возраст работоспособности и социальной активности. 100 лет назад средняя продолжительность жизни составляла 45 лет, вопрос о качестве жизни и социальной активности просто не успевал возникнуть. Изменение демографической структуры общества во второй половине 20-го века привело к увеличению в популяции доли женщин старшей возрастной группы. В настоящее время развитые страны мира стоят перед серьезной социальной и медицинской проблемой – инверсией возрастной «пирамиды», что связано с увеличением продолжительности жизни. Если возраст 75 лет принять за 100%, то продолжительность препубертатного периода составляет 16%, репродуктивного – 44%, пременопаузального – 7%, а постменопаузального – 33%. Таким образом, более трети своей жизни женщина проводит в состоянии дефицита женских половых гормонов. По данным ВОЗ в большинстве стран мира продолжительность жизни женщин после 55 лет колеблется от 27 до 32 лет. С каждым годом возрастает число женщин, вступивших в период менопаузы. Если в 1990 г. 467 миллионов женщин находились в периоде постменопаузы, то к 2030 г. эта цифра достигнет 1,2 миллиарда.

В 1980 г. ВОЗ предложила классификацию климактерического периода (КП), в котором выделены две основные фазы: пременопауза и постменопауза, которые разделены менопаузой. Перименопауза – это период возрастного снижения функции яичников (в основном после 35 лет), который объединяет пременопаузу и 2 года после последней самостоятельной менструации, либо один год после менопаузы. Возраст перименопаузы колеблется между 35-60 годами. Этот период характеризуется высоким риском возникновения психических и соматических расстройств, что приводит к

своеобразному «сужению личности» и нарушению социальной адаптации.

Клиническая картина расстройств в КП складывается из ряда симптомокомплексов, из которых психические расстройства обязательно присутствуют в различной степени выраженности и в ряде случаев могут быть доминирующими.

В настоящее время проводится исследование женщин в КП с целью выявления спектра психических и поведенческих расстройств и оценке качества жизни данной возрастной группы.

Методы исследования.

Диагностика психических расстройств в КП сводится не только к выявлению данных расстройств, но и к оценке их степени тяжести, влияющей на уровень социально-бытовой адаптации и качества жизни. В настоящем исследовании были использованы следующие методики: климактерическая шкала Грина, шкала качества жизни Утиана для женщин в КП, шкала общей оценки функционирования, диагностическое психиатрическое интервью по критериям МКБ-10.

Результаты предварительного исследования.

Было обследовано 46 женщин, в перименопаузе - 28, в постменопаузе - 18.

В группе женщин в перименопаузе были выявлены следующие психические и поведенческие расстройства: тревожное расстройство органической природы – 3 (11%), легкий депрессивный эпизод без соматических симптомов – 1 (4%), умеренный депрессивный эпизод без соматических симптомов – 2 (7%), умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами – 4 (14%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести – 2 (7%), генерализованное тревожное расстройство – 2 (7%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 3 (11%), расстройство адаптации, пролонгированная депрессивная реакция – 2 (7%), расстройство адаптации, смешанная тревожная и депрессивная реакция – 4 (14%), соматоформная вегетативная дисфункция – 2 (7%). В группе женщин в постменопаузе были диагностированы следующие расстройства: тревожное расстройство органической природы – 1 (5,5%), органическое эмоционально лабильное расстройство – 3 (17,0%), умеренный депрессивный эпизод с

соматическими симптомами – 2 (11,0%), рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод умеренной тяжести – 1 (5,5%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 2 (11,0%), соматоформная вегетативная дисфункция – 2 (11,0%). У 3 пациенток в группе перименопаузы и у 7 женщин в постменопаузе не были выявлены признаки психических расстройств.

Средний возраст женщин в перименопаузе составил 46,9 лет, в постменопаузе – 55,2 лет.

В обеих группах был выявлен высокий уровень соматизации. В первой группе (перименопауза) – 57,6%, во второй (постменопауза) – 57,1%.

Показатели качества жизни женщин в 2 группах: низкое у 21 женщины (45,6%), удовлетворительное у 15 женщин (32,6%), среднее у 9 женщин (19,6%), высокое у 1 женщины (2,2%).

Обсуждение. Полученные результаты свидетельствуют о большой распространенности психических и поведенческих расстройств в КП. Выявленный высокий уровень соматизации, как формы психологической защиты, и проблемы психиатрической стигматизации являются по-прежнему актуальными. В связи с этим имеет место преобладание соматических жалобу женщин в КП, что ведет к обращению к специалистам общей медицинской практики и отсутствию специализированной помощи. Около половины женщин (45,6%) в обеих группах имеют низкий уровень качества жизни. Отсутствие различий в показателях качества жизни в группах может свидетельствовать об отсутствии адаптации к данному критическому периоду жизни женщины. Дезадаптация ведет к затруднениям в социальном и профессиональном функционировании и проблемам в значимых межличностных отношениях. Средний возраст женщин в перименопаузе относится к работоспособному, поэтому снижение общего функционирования является социально значимым.

Выводы. С учетом полученных данных, в результате предварительного исследования, можно сделать заключение о высокой частоте психических расстройств тревожно-депрессивного спектра у женщин в КП, что вызывает

необходимость своевременного оказания специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. 2-е изд.- К.:Сфера, 2005.- 308 с.
- 2 Greene JG. Constructing a standard climacteric scale. *Maturitas*, 1998;29:25-31.
- 3 Utian WH, Janata JW, Kingsberg SA, Schluchter M, Hamilton JC. The Utian Quality of Life (UQOL) Scale: development and validation of an instrument to quantify quality of life through and beyond menopause. *Menopause* 2002;9:402-10.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ И ТРЕВОЖНЫХ ТИМОПАТИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА

Толканец С.В.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

В жалобах больных с пограничными психическими расстройствами боли и болезненные ощущения занимают особое место, причиняя страдания, определяя дезадаптацию и временную нетрудоспособность. При преобладании в клинике иных симптомов (аффект, астения и пр.) патологические телесные ощущения (ПТО) практически всегда присутствуют в их структуре. И хотя проблематика ПТО успешно раскрывается в публикациях [1-5], на практике соматопсихические нарушения не получают должной оценки. Алгопатии обычно расцениваются как соматогенные, чему, в частности, способствует соматоцентрическая установка у врачей-интернистов. «Неболевые» ПТО и вовсе не учитываются, либо замалчиваются больными. Квалификации симптомов отчуждения не способствуют представлению о них как о «нарушениях сознания тела», как о когнитивной аберрации.

Цель исследования - рассмотрение феноменологии ПТО, в особенности расстройств анестетического спектра, как проблематичных по вышеуказанным основаниям. Материал

исследования составили пациенты поликлинического приема, консультированные автором (181 чел.), в клинической картине которых сенсопатии определяли жалобы и дезадаптацию больных. Возрастное распределение: мужчин – 33, женщин – 147 (18-20 лет, соответственно, 2 и 4; 21-30 – 8 и 24, 31-40 лет – 9 и 28, 41-50 лет – 8 и 33, 51-60 – 3 и 36, старше 60 – 3 и 22). Использовались методы: феноменологически-описательный, клинико-психопатологический, учитывались диагностические критерии МКБ-10, глоссарий оценки психопатологических синдромов [6]. Информация, в том числе из медицинской документации, отражалась в квантифицированной карте. Применялись способы оценки телесных ощущений при аффективной патологии, используемые рядом авторов [1, 7].

Нозологическая квалификация представлена следующим образом: депрессии из рубрик F 31 – 5 чел., F32 – 16 чел., F33 – 68 ч., F34.0 – 9, 34.1 – 27, F 38 – 1, тревожные расстройства F40-41-5 чел., расстройства адаптации F43 - 10 чел., соматоформные расстройства - 26 чел. (гл.о. соматизированное расстройство – 24), неврастения - 2 (чел.), синдром деперсонализации (F48.1) – 9 чел, F06.6 – 1 чел. В нозологическом ряду, наряду с депрессиями, большинство случаев объединяет наличие тревоги, что позволяет рассматривать их как тревожные тимопатии. Витально-тимопатическая основа, аутохтонные экзацербации, тенденция к смене аperiодического течения на периодический и фазный типы позволяет относить большинство этих случаев к эндогенным формам психической патологии в разной степени формирования.

Оценка психопатологических синдромов осуществлялась в соответствии с глоссарием психопатологических синдромов[6]: ирритативно-невротический – у 2 пациентов, витальная астения – у 6, сенесталгический – у 53, сенестоипохондрический – у 25 чел., деперсонализационно-дереализационный с-м – у 17, обсессивно-фобический - у 4, ананкастный (обсессивный) – у 2. Синдромы депрессивного спектра: простая (тоскливая) субдепрессия (у 16 чел), астеническая субдепрессия (у 2), ипохондрическая субдепрессии(у 1), тревожная субдепрессия (у 22), анестетическая депрессия (у 4), деперсонализационная субдепрессия(у 4), адинамическая депрессия (у 6), тоскливая субдепрессия (у 6), тревожная депрессия (у 4), психогенная

депрессия (у 6), прочие (слезливая депрессия – у 2). Отдельно учитывались симптомы деперсонализации, как составляющие содержание формы F 48.1, так и входящие в состав иных психопатологических синдромов.

Сопутствующие сенсопатиям соматовегетативные проявления не имели самостоятельного значения, входили в структуру психопатологического синдрома, но, являясь фасадом, были определяющим основанием для диагностики интернистами диагноза соматического заболевания.

У 10 пациентов наряду с соматопсихическими нарушениями обострялись соматогенные боли, а у 4 пациентов – следовые боли от давних травм, перенесенных заболеваний и хирургических вмешательств. При манифестации эндогенной патологии соматогенные боли перекрываются сенсопатиями и в иерархии жалоб занимают соподчиненное место.

У большинства пациентов болевая феноменология выражалась в форме сенестоалгий разной модальности и определялась в 100 случаях (55,6% от всех в обследовании), «безболевые» варианты в форме соматодеперсонализации – у 110 больных (66,1%). Зачастую эти варианты сочетались у одного больного. Физикальные симптомы витализации аффекта были ожидаемо высокими среди меланхолических вариантов депрессии и выявлены в 29 случаях. Несколько неожиданным выглядит их выявление в 4 из 11 случаев с расстройством адаптации, что не поддается удовлетворительному объяснению в силу малой численности выборки и сроков наблюдения.

В зависимости от характера телесной проекции [1] алгопатии чаще проявляются в монолокальном виде (62 случая), при меньшем уровне биллокальных вариантов (30 случаев), и минимальна для генерализованных проявлений (25). Противоположная тенденция складывается в отношении анестетических проявлений: монолокальные – в 21 случае, биллокальные – в 3 случаях, полилокальные – в 3-х; преобладают генерализованные проявления – в 116 случаях.

Сопряженность алгопатий и расстройств общего чувства наблюдается в подавляющем большинстве случаев (у 128 пациентов).

Для динамических характеристик сенсопатий характерно преимущественно перманентное (у 89 чел. – 49,4%) и персистирующее течение (у 83 – 46,1%). Транзиторные проявления наблюдались в 3 случаях. Пароксизмальные проявления отмечены в 10 наблюдениях (5,6%), в сочетанных вариантах – при 21 наблюдении (11,6%).

В абсолютном большинстве случаев (в 91,1%) определяется постоянство формы и содержания патологических ощущений без их отчетливого взаимопревращения. В 3 наблюдениях были основания предполагать перемежающийся тип проявлений, еще в 3 – их трансформацию.

Патологические телесные сенсации витально-физикального характера превалируют в структуре меланхолии (52,9%), при полном отсутствии, при апатической и модально-неспецифической аффективной модальности. Симптомы физикальной витализации сопутствуют меланхолической структуре депрессивного аффекта и входят в содержание «соматического синдрома» (в МКБ-10).

Деперсонализация в качестве базовой структуры патологических ощущений представлена практически во всех модальностях аффекта с преобладанием в структуре апатического (85,7%) и модально-неспецифического вариантов (85,3%). Она наименее представлена в структуре меланхолии (44,1%) и синдроме витального напряжения (50,0%). Проявления сенесталгии преобладали при апатии (85,7%), со снижением численности при модально-неспецифической (70,6%) и тоскливо-тревожной структуре аффективного синдрома (69,2%), и наименее проявляясь при меланхолии (41,2%).

ПТО более чем в половине случаев сопряжены с тревогой, что особенно характерно для соматодеперсонализации, симптомы которой практически всегда сопутствуют пароксизмальной тревоге.

При лечении состояний с наличием тревоги в структуре аффекта наблюдался критический тип редукции сенсопатий (у 141 пациента). В 31 случае имел место литический тип в ходе курсового лечения антидепрессантами. Лишь в 5 случаях такой связи не удалось установить.

В соответствии с целями исследования акцент сделан на оценку симптомов отчуждения в интересах оптимизации их выявления. Такое разделение ПТО условно и схематично отражает полюса в широком диапазоне соматопсихических ощущений. В ряду патологических ощущений наряду с аллопатиями обсуждаются и иные проявления, - конверсионные симптомы, истероалгии, телесные галлюцинации, расстройства схемы тела [8]. В настоящем исследовании предпринималась попытка типизации сенсопатий с помощью оригинального подхода [7]. Соответственно, выделялись типы патологических телесных ощущений: адинамический (в 8 случаях соответствовал содержанию варианта, в 37 случаях наблюдался в сочетании с другими типами), алготермический (у 7 – в изолированном виде, у 18 – в сочетании с другими типами), барический соответственно, у 13 пациентов; (в сочетании с иными – у 48); барицентрический, у 9 (и у 16); атонический – у 2 пациентов в изолированном (в сочетании – 32) виде; анестетические ощущения - у 17 чел., в смешанной форме – у 74. Таким образом, вышеуказанная методика оценки телесных ощущений [7] предполагает гомогенность типов, тогда как реальная симптоматика в исследовании отличается полиморфным и сочетанным характером. С учетом этого потребовались описательная характеристика и феноменологическая оценка, что составит предмет отдельного сообщения. Предварительно выделены феноменологические типы ПТО: тимопатическое головокружение, когнитивный феномен «мысленной конфузии», расстройство мышечного чувства, в единичных случаях – парестетический, психосенсорный и каталептоидный модальности сенестопатий.

Выводы

1. Патологические телесные ощущения являются облигатным проявлением депрессий и тревожных тимопатий. При лечении регрессия сенсопатий сочеталась с редукцией аффекта. Проявления физикальной витализации аффекта соответствовали содержанию «соматического синдрома» (МКБ-10).

2. Аллопатии проявляются преимущественно в локальных вариантах, симптомы деперсонализации – преимущественно в

генерализованном выражении. Более чем в половине случаев сенестоалгии протекают слитно и синхронно с симптомами отчуждения. Для сенсопатий характерно преимущественно перманентное и персистирующее течение. Реже встречались транзиторный и пароксизмальный варианты.

3. Симптомы соматодеперсонализации, имея сенсорную модальность, телесную проекцию, сопряженность с сенестоалгиями. могут рассматриваться в одном с ними категориальном поле – в сфере нарушений соматопсихики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров А.С., Петрунько О.В., Иванова Л.А. Депрессия с патологическими телесными сенсациями//журнал Психические расстройства в общей медицине. 2008. – Т 4. – С.33-39.
2. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 1. Псевдо-органическая, невросоматическая симптоматика // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1978. - № 6. - С. 857-862.
3. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 2. Клиническая систематика // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1978. - № 8. - С.1202-1208.
4. Ануфриев А.К. Скрытые эндогенные депрессии. Сообщ. 3. Четыре компонента и четыре стадии скрытой эндогенной депрессии // Журнал невропатологии и психиатрии. - 1978. - № 9. - С. 1342-1347.
5. В.С.Собенников, Ф.И.Белялов. Психосоматика. Иркутск, 2009. – 113 с.
6. Глоссарий психопатологических синдромов и состояний (методическое пособие для унифицированной клинической оценки психопатологических состояний). Под ред.: д-р мед. наук, проф. А.К.Ануфриев, д-р мед. наук Ю.И.Либерман, д-р мед. наук В.Г.Остроглазов. М.: ВНИЦПЗ АМН СССР, 1990.
7. Суворов А.К. Диагностическое и прогностическое значение соматопсихических ощущений (сенестопатий) при различных типах депрессий. Автореферат канд. дисс. М. 1983; 16.
8. Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. А.Б.Смулевича. М.: Логос, 1992.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ДИАГНОЗЕ РАКА

Угляница К.Н., Каравай А.В., Божко Г.Г., Хоров А.О.,
Жлобич М.В., Угляница Н.К., Дерман С.Э., Лагун Ю.Я.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Одной из наиболее обсуждаемых деонтологических проблем в онкологии является степень осведомленности пациента об истинном состоянии его здоровья [1]. Несмотря на успехи в диагностике и лечении новообразований, население и, к сожалению, многие медицинские работники продолжают считать рак неизлечимым. Объясняется это тем, что фамилии пациентов, которые в прошлом лечились и сейчас здоровы, никто не знает. Эти люди в силу сформировавшихся у нас социальных традиций отношения к раку не только не афишируют перенесенное ими заболевание, но стараются сами забыть об этом, а врачи не вправе говорить об излечившихся от рака. Те же, которые умерли от рака, известны всем, так как длительное время они находились в тяжелом состоянии, часто приезжала «скорая помощь», об их страданиях знали семья, соседи, знакомые. Отсюда и возникла убежденность в неизлечимости рака.

Все вышеизложенное остро ставит вопрос об информированности пациента о своем диагнозе и к ответу на него следует подходить индивидуально. В каждом конкретном случае врач выбирает оптимальную линию поведения. Онкология оказывается той жесткой областью, где от адекватности принятия решения врачом об уровне информированности о диагнозе во многом зависит судьба пациента.

Объем конкретных знаний пациента о характере своего заболевания, их точность зависит в основном от уровня и характера образования, медицинской подготовленности, длительности заболевания и индивидуального опыта, приобретенного в результате собственного заболевания, либо общения и ухода за другими. Однако **принцип правды**, каким бы горьким он не казался, должен соблюдаться, если пациент хочет знать, что с ним. Это связано и с правовыми аспектами данной проблемы (человек должен быть правильно ориентирован в состоянии своего здоровья и иметь право на самостоятельный

выбор метода лечения). Однако какой бы точки зрения не придерживался врач, главным является его стремление поддерживать в пациенте надежду на выздоровление, насколько это возможно. На Западе понятие «деонтология» тоже известно, но данный прием там используется не в качестве защиты пациентов от дурных вестей, а как раз в святом соблюдении их прав на полноту информации.

Важно понимать, когда пациент иногда настойчиво требует узнать «всю правду!», он, по сути дела, желает от нее уклониться. При этом он ищет не правду, а надежду, поскольку в таком состоянии у него на фоне психогенных реакций возникают серьезные изменения личности и начинают действовать особые механизмы психологической защиты. Поэтому большинство пациентов ждут от врача опровержения диагноза рака и всегда надеются на благоприятный исход болезни.

Многие онкологи во взаимоотношениях с пациентами придерживаются тактики, ориентированной на правду. При этом вероятно, необходимо исходить из той предпосылки, что человек способен получать не только вербальную информацию, но и трансситуационную (проводимые процедуры и манипуляции, специальное лечение и т.д.). Наши инстинкты, наши чувства на страже реальности. Следовательно, трудно себе представить, чтобы человек, заболев раком, оставался в полном неведении о том, что с ним происходит. При этом вывод очевиден: пациента можно обмануть лишь в том случае, если он это позволяет, то есть хочет быть обманутым.

Таким образом, вопрос о сообщении диагноза сводится не к тому, давать или не давать информацию, а к тому, как и в каком объеме ее давать. Но и в этой ситуации мы должны уважать выбор пациента. При этом недопустима необдуманная поспешность и чрезмерная откровенность. Любые умалчивания, недосказанности, намеки, уходы в сторону и шептания с родственниками, демонстративное прятание медицинской документации или ее заклеивание при выдаче на руки и т.д. вызывает подозрительность и настороженность. Все это намного хуже, чем дозированная правдивая информация.

Представления пациента о болезни не всегда соответствуют реальности. В известной степени неполноценная информация

врача, а также путаная и шадящая информация со стороны родственников смешивается с памятливыми пациенту случаями из жизни его знакомых с подобным заболеванием. В конечном итоге лишь небольшой процент заболевших реально понимает свою ситуацию, течение процесса, близкие и далекие перспективы. В тоже время необходимо указать, что зачастую информация о болезни и прогнозе с пациентом не обсуждается. Чаще всего это наблюдается в случаях, когда пациенты способны прочесть информацию через ситуацию, а не путем слов.

Сам процесс информирования пациента о диагнозе представляет собой достаточно сложную, порой требующую предельного внимания и индивидуального подхода процедуру [2]. Ситуация осложняется и тем, что и пациенты и их родственники вследствие восприятия негативной информации могут находиться на различных стадиях психогенных реакций (шока, отрицания, агрессии, депрессии, примирения). Все разговоры на тему о диагнозе с самим пациентом и его родственниками обычно проводит лечащий врач. При этом мы в своей работе используем ряд апробированных и широко используемых в медицинской практике общих положений, которые значительно облегчают эту работу.

Прежде всего, считаем психологически важным найти время и место, где никто не мог бы помешать беседе о жизненно важных для пациента проблемах. Понимание значимости не только каждого слова, но и тона в беседе, требует по возможности создавать для нее идеальные условия. Ведь речь идет о жизни и мелочами нельзя пренебрегать, поскольку человек слышит не только «что нам говорят», но и «как нам говорят». В беседе стремимся достичь максимально тесного контакта с пациентом. Для этого врач должен видеть лицо пациента, в беседе применять паузы, слушая, поддерживать его, употребляя для этого междометия или повторяя его последние слова. Доверительности беседы очень способствует физический контакт (врач берет за руку пациента или касается его плеча). Тогда аффективный негатив разделяется на двоих. Прикосновение к пациенту особенно важно в онкологической клинике. Незнание этиологии рака нередко направляет пациентов к самоизоляции, так как они чувствуют себя «заразными». Жест прикосновения может

купировать ложные комплексы самобрезгливости или ожидания подобного чувства у окружающих.

Известно, что очень часто внутренний мир пациента находится под прессингом родных. Они, проецируя свои страхи на пациента, заставляют его играть роль оптимиста, который должен дождаться «завтрашнего» улучшения и выздоровления. Поэтому уже при первом контакте с родственниками необходимо поставить их перед фактом, что врач должен служить в первую очередь пациенту, который имеет свои права на жизнь и на полноценную информацию о ней. Такая же позиция служения, а не навязывания своих условий, должна быть и со стороны семьи. Поэтому во многих случаях целесообразно беседу о заболевании проводить в присутствии близких родственников, если сам пациент, конечно, против этого не возражает.

При обсуждении проблемы информирования стараемся представить пациенту активную позицию, а сами исполняем роль слушателя. Умение слушать пациента – хозяина своего здоровья – это уважение прав больного человека на собственную жизнь, здоровье, болезнь, лечение и т.д. и оно должно неукоснительно соблюдаться. Иногда пациенту необходимо «выплеснуться», но всегда нужно помнить, что он внимательно наблюдает за реакцией врача. И даже если врач ни слова не произнес, это может быть истолковано как подтверждение позиции пациента.

Очевидно, на вопросы пациента, что с ним происходит, что за болезнь или что его ждет, нельзя спешить с ответом. Первое, что надо понять, не провоцирует ли пациент врача, желая получить ожидаемый ответ, а вовсе не истину. Для этого мы часто используем метод контрвопроса. Если пациент просит сказать правду о болезни, прогнозе, то будет правильным задать ему встречные вопросы («а почему вы задаете этот вопрос? что вы сами думаете об этом? как вы сами оцениваете свое состояние?» и т.д.). Такая позиция дает возможность из ответов понять мотивы пациента узнать правду. Если пациент высказывается в оптимистическом духе, его не надо разубеждать. Можно согласиться с его точкой зрения, не подтверждая ее. В этом случае мы не прибегаем к обману, а только соглашаемся с возможностью существования высказанной пациентом точки зрения. И в дальнейшем он не сможет обвинить врача в обмане,

доверие к нему не пошатнется, так как «свои карты врач оставил при себе». Если же пациент действительно ждет правдивой информации, он же сам и скажет о своем диагнозе и ожидаемом прогнозе. При этом задача врача проконтролировать, что пациент понимает под словами диагноз, прогноз и т.д.

Важным моментом в информировании пациента является не давать всю истину сразу. Растяжка во времени, с открытием правды по частям, помогает пациенту созреть к восприятию полноты истины. Когда пациент находится в полном неведении, начинать надо с понятия новообразования, затем опухоли, злокачественной опухоли, и, наконец, рак, метастазы и т.д. В тоже время информацию о диагнозе и прогнозе заболевания необходимо давать пациенту в понятной для него и не вызывающей особой тревоги форме.

Однако, представляя ту или иную информацию, необходимо проверить насколько представления пациента совпадают с представленными ему врачом сведениями. Однако и в этом случае нет гарантии объективности. Логика врача здесь встречается с аффективной логикой пациента. Позитивная информация им оценивается как более определенная, убедительная, а негативная – как недостаточно компетентная и то, что в итоге получается в сознании пациента, будет, как правило, результатом «кривой» логики.

Резюмируя изложенное по обсуждаемой деонтологической проблеме, необходимо отметить, что в настоящее время по существующим современным медицинским положениям от пациента стараются не скрывать истинного диагноза, если они могут трезво и мужественно подойти к его восприятию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чулкова, В.А. Психосоматические аспекты рака / В.А. Чулкова // Лекции по фундаментальной онкологии / под ред. В.М. Моисеенко, А.Ф. Урманчевой, К.П. Хансона. – СПб.: ООО «Издательство Н-Л», 2004. – С. 651-685.
2. Гнездилов, А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология: избранные лекции / под ред. С.А. Тюляндина, В.М. Моисеенко. – СПб: Центр ТООМ, 2004. – С 769-784.

РАЗЛИЧИЯ ЗАЩИТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ К МИРУ ПРИ НЕВРОЗАХ И В НОРМЕ

Филипович В.И.

*УО «Гродненский государственный университет
имени Янки Купалы»*

Защитные механизмы личности непосредственно модулируют взаимодействие человека со средой, поддерживают целостность Я – структур и эмоциональное благополучие. Психологические защиты обеспечивают оптимальную интенсивность и комфортное информационное содержание взаимодействия с конкретными условиями среды и в конкретной жизненной ситуации на личностном уровне. Защиты позволяют, таким образом, сформировать ресурс, не только необходимый для адаптации, но и достаточный для вовлечения личности в активное и преобразующее взаимодействие с миром. При пограничных психических расстройствах отмечается нарушение работы защитных механизмов (Мак-Вильямс Н., 2001), неадекватно усиливаются их низшие уровни, образуется напряженный деструктивный комплекс вторичных психологических защит (Рыжик А.В., 2005), процессы взаимодействия с миром устойчиво искажаются вплоть до дезадаптации.

Сравнительные исследования психологических защит, посвященные рассмотрению данного феномена у клинически здоровых людей и у лиц с пограничной психической патологией, рассматривают в основном количественные характеристики напряженности отдельных защитных механизмов и их комплексов при патологии и в норме (Ошаев С.А., 2004; Рыжик А.В., 2005). Упускается понимание защитного комплекса как целостного образования с особыми функционально-содержательными характеристиками, различными для личности с пограничным психическим расстройством и для личности без диагностированной психопатологии, то есть упускается психологический смысл защитных образований личности. По нашему мнению, структура наиболее напряженных у конкретной личности бессознательных защитных механизмов покажет именно те отношения личности к миру, которые являются

наиболее ригидными, трудными, проблемными, вплоть до патологии. Защитные механизмы показывают те проблемные зоны, белые пятна, которые закрыты от осознания и которые не доступны для усилий личности по самоизменению. Понимание психологической сущности функционирования защитных комплексов позволит организовать психологическую помощь личности с пограничным психическим расстройством, повысит эффективность психологической помощи акцент на работе с конкретным содержанием нарушенных отношений к миру невротической личности, проявленных в структуре защитного психологического паттерна. Цель нашего исследования – изучить структурные характеристики психологических защит как устойчивых паттернов деструктивных отношений к миру при неврозах. Цель мы конкретизировали в сравнительном изучении корреляционных отношений и факторных структур защитных механизмов при пограничных психических расстройствах и в норме.

Методы исследования. Одну из сравниваемых групп в нашем исследовании составили пациенты с диагностированными пограничными психическими расстройствами (N=134), госпитализированные в отделение пограничных состояний учреждения здравоохранения "Гродненский областной клинический центр "Психиатрия-Наркология". Другую группу составили сотрудники различных медицинских учреждений города Гродно (N=135). В обеих выборках преобладали женщины.

Респонденты обеих групп ответили на вопросы методики «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Г. Келлермана, Г. Конте, в адаптации Л.И. Вассермана, О.Ф. Ерышева, Е.Б. Клубовой (1999). Восемь показателей методики численно характеризуют уровень напряженности психологических защит.

Результаты и их обсуждение. Выборки испытуемых статистически достоверно и на высоких уровнях значимости (критерий Манна-Уитни) различаются по степени напряженности всех психологических защит, кроме «отрицания», «компенсации» и «рационализации». В группе пациентов напряженность защитных механизмов выше.

Как уже отмечалось, исследование структуры защитных механизмов позволит, хотя и косвенно дать заключение о содержании той угрозы, от которой защищается личность. Общим для структуры защит в обеих группах является наличие большого числа взаимосвязей у защит «реактивное образование» и «компенсация». Больше всего личность тревожит вероятность оказаться неумелой, неадаптивной, неспособной к самоконтролю среди других людей. Группы характеризуются также различиями структуры защит. Структурные особенности защит лиц без выявленной психической патологии проявляются во взаимосвязях «вытеснения» с «замещением» и «регрессией», «рационализации» с «проекцией» и «регрессией». Центр тревожащих содержаний для данной группы – социально неприемлемые действия, собственное социально неприемлемое поведение при сниженном самоконтроле и угроза сохранению самоуважения. Для структуры защит группы лиц с пограничным психическим расстройством характерно наличие взаимосвязей «отрицания», «рационализации» и «вытеснения», «отрицания» и «реактивного образования». а также взаимосвязи «проекции» и «замещения». Тревога, таким образом, возникает на самом первом этапе взаимодействия с миром, личность отсекает наиболее пугающую его часть. Невротическая личность воспроизводит усеченные, искаженные отношения с миром на протяжении последующих жизненных выборов. Неприемлемые особенности своего «Я», агрессивные тенденции приписываются другим людям, по отношению к которым возникает ошибочная ответная враждебность, человек не принимает ответственности за свое «Я».

Далее макроструктура защитных комплексов была изучена с помощью факторного анализа. Факторы выявлялись с помощью метода *principal components* с использованием процедуры ротации факторов *varimax normalized*. В качестве критерия значимости шкалы была взята факторная нагрузка более 0,60.

В случае нормы в процессе факторизации было выделено 2 фактора. Первый фактор объединил такие защиты, как «регрессия», «реактивное образование», «вытеснение» и «замещение». Данные защиты свидетельствуют об уходе от внешних требований, от ответственности. Фактор объединяет

защиты от тревоги, сопровождающей отношения «Я» с социумом, отношения социальной интеграции «Я», оценку соответствия «Я» социальным требованиям. Второй фактор объединил защиты «компенсация», «отрицание», «рационализация». Фактор объединяет «рабочие» защиты, позволяющие личности оставаться в повседневной жизни реалистичной, рациональной и изменяться, если это реально и рационально.

В группе лиц с диагностированными пограничными психическими расстройствами в процессе факторизации также было выделено 2 фактора. Первый фактор сформировали такие защиты как «регрессия», «замещение», а также «проекция». Данный фактор объединяет способы защиты от слишком высоких требований внешнего мира путем ухода от ответственности и путем обвинения других в собственных слабостях. В структуре защит, таким образом, выделяется фактор, указывающий на защиту от тревоги, связанной со слабостью «Я». Второй фактор объединяет защиты «рационализация», «отрицание», «вытеснение». Данный фактор в меньшей степени относится к собственному «Я» и указывает на работу защит с тревожащими проявлениями внешнего мира.

Выводы исследования.

1. Источники максимальной тревоги для личности без диагностированной психической патологии связаны с успешностью процесса социальной интеграции. Для невротической личности такими источниками в первую очередь являются нарушенные отношения к миру на уровне его онтологических характеристик.

2. Существуют содержательные различия внутри факторов между сравниваемыми группами. Первый фактор в группе пациентов представлен механизмами, снижающими тревогу путем ухода от ответственности и смещения негативных эмоций. Первый фактор в случае нормы объединяет защиты от социально обусловленной тревоги и подчеркивает интегрированность личности в социум.

3. Второй фактор в случае патологии объединяет защиты по отношению к тревоге, исходящей от объектов внешнего мира. В группе лиц без диагностированной психической патологии

данный фактор включает механизм поддержания понятности, рациональности повседневной жизни.

4. Психологическая консультативная и терапевтическая помощь при пограничных психических расстройствах, в первую очередь, должна быть акцентирована на таких характеристиках личности, как «базальное доверие», «базальная тревога», сила «Я».

ЛИТЕРАТУРА

1. Мак-Вильямс, Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: учеб. пособие по специальности «Психотерапия и мед. психология» / Н. Мак-Вильямс. – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 474 с.
2. Ошаев, С.А. Особенности психологической защиты и совладания у больных с пограничными расстройствами, переживших травматические события: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / С.А. Ошаев; Томский гос. ун-т. – Томск, 2005. – 24 с.
3. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля: пособие для врачей и психологов / Л.И. Вассерман [и др.]; ПНИ; под общ. ред. Л.И. Вассермана. – Санкт-Петербург, 1999. – 49 с.
4. Рыжик, А.В. Особенности защитно-совладающего поведения у больных неврозами и их психофизиологические корреляты: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / А.В. Рыжик; Санкт-Петербургский гос. ун-т. – Санкт-Петербург, 2005. – 26 с.

СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ И ШИЗОФРЕНИЯ: РОЛЬ СОБЫТИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Хоменко Н.В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Роль наследственных факторов неоспорима в развитии шизофрении. В то же самое время риск болезни не полностью предопределен генетически [3], это интегрированная функция множества предрасполагающих генов и средовых факторов. Современные генетические исследования шизофрении концентрируются на определении и изучении причастных к заболеванию генов и выявлении механизмов, с помощью которых средовые факторы модифицируют действие генов (“gene-environment interaction”).

Таким образом, одной из наиболее актуальных научных задач является выявление патогенных средовых факторов, а также уязвимого периода онтогенеза, в течение которого воздействие может быть наиболее потенциально опасным.

Целью данного исследования было выявление средовых факторов перинатального периода и раннего детского возраста, которые могли способствовать развитию шизофрении у молодых мужчин в белорусской популяции.

Материалы и методы.

Дизайн исследования: поперечное, сравнительное, «случай – контроль».

Выборка формировалась методом направленного отбора. Для исследования в основную группу (ОГ) были отобраны 53 женщины, сыновья которых страдали шизофренией (МКБ-10) и проходили стационарное лечение в «РНПЦ психического здоровья». Контрольную группу составили 51 психически здоровая женщина, дети и другие, родственники которых не имели психических расстройств (КГ). Все участники дали согласие на участие в исследовании. Основная и контрольная группы не имели существенных различий по возрасту (Me (ОГ)=54,5 лет, Me (КГ)=52 года, $p=0,089$) и полученному образованию (Me (ОГ)=14,0 лет обучения, Me (КГ) =14,0 лет, $p = 0,337$).

Участницам исследования предлагалось ответить на вопросы, имеющие отношение к периоду беременности, родов и раннего детства их заболевшего ребенка (в контрольной группе – здорового). Вопросы включали следующие пункты: планирование беременности и мысли о ее прерывании, употребление отцом алкоголя (за стандарт была принята рекомендованная ВОЗ норма употребления - до 17 стандартных доз алкоголя в неделю), социальное функционирование семьи, психологическое состояние женщины во время беременности, течение беременности, сохранилась ли семья с отцом ребенка (развод, смерть отца) и т.п. Исследователь фиксировал полученные ответы.

Результаты исследования обрабатывались с помощью статистической программы SPSS, версия 17,0 для Windows. Для оценки различий количественных переменных между основной и

контрольной группой использовался непараметрический критерий Манна-Уитни, различия качественных переменных оценивались с помощью критерия хи - квадрат.

Результаты.

Вначале производился анализ количественных переменных. При анализе факторов дородового периода выяснилось, что возраст матерей не различался значимо в обеих группах ($p=0,192$). Отцы были достоверно старше в основной группе: $Me (ОГ)=30,5$ лет, $Me (КГ)=24,0$ года, $p<0,0001$.

Статистически значимые результаты анализа качественных переменных приведены в табл.1

Табл. 1. Средовые воздействия перинатального периода и раннего детства.

	ОГ (n=53)	КГ(n=51)	Крите-рий, p
Планируемая беременность: - да - нет	28(52,8%) 25 (47,2%)	37(72,5%) 14 (17,5%)	4,31; 0,03
Мысли о прерывании: - да - нет	9 (17,0%) 44 (83,0%)	3(5,9%) 48 (94,1%)	3,14; 0,07
Употребление алкоголя отцом: - - не употреблял - в рекомендо- ванных пределах - больше реко- мендованных норм	15 (28,3%) 22 (41,5%) 16 (30,2%)	24 (47,1%) 20 (39,2%) 7 (13,7%)	5,66; 0,056
Поддержка во вре- мя беременности: - никто не поддерживал - отец ребенка - родители - др. родственники - друзья - посторонние люди - всеобщая поддержка	7 (13,2%) 15 (28,3%) 7 (13,2%) 3 (5,7%) 0 (0%) 3 (5,7%) 18 (34,0%)	1 (2%) 7 (13,7%) 1 (2%) 0 (0%) 1 (2%) 0 (0%) 41 (80,4%)	27,847; <0,001

Стресс во время беременности:			
- не было	41 (77,4%)	47 (92,2%)	13,376;
- смерть важного человека	3 (5,7%)	1 (2%)	0,010
- развод	0 (0%)	1 (2%)	
- хронический стресс	9 (17,0%)	0 (0%)	
- другие стрессы	0 (0%)	2 (3,9%)	
Психические расстройства у родственников:			23,018;
- не было	34 (64,2%)	50 (98,0%)	<0,001
- отец ребенка	5 (9,4%)	0 (0%)	
- родители матери	1 (1,9%)	0 (0%)	
- родители отца	0 (0%)	1 (2%)	
- тетя (дядя) ребенка	6 (11,3%)	0 (0%)	
- другие родственники	7 (13,2%)	0 (0%)	
Семья с отцом ребенка:			
- сохранилась	24 (45,3%)	37 (72,5%)	7,968;
- не сохранилась	29 (54,7%)	14 (27,5%)	0,004

Как видно, в основной и контрольной группах имелись некоторые различия в семьях до рождения ребенка: старше возраст отцов, появление ребенка чаще было незапланированным, у большего количества женщин возникало желание прервать беременность. Кроме того, в семьях впоследствии заболевших детей отцы были в большей мере склонны к превышению норм безопасного употребления алкоголя. В семьях из основной группы женщины чаще оставались без эмоциональной поддержки или с поддержкой посторонних людей, при этом большее количество женщин отмечает наличие значительного стресса во время беременности (таких, как смерть значимого человека или хронический стресс). В нашем исследовании не достигли статистической достоверности различия в группах по таким показателям, как интервал между беременностями, смены места жительства во время беременности и раннего детства, прием беременной

матерью медикаментов и перенесенные инфекционные заболевания. Семьи не различались существенно по уровню дохода, не было обнаружено различий в сроках грудного вскармливания и времени начала посещений детских дошкольных учреждений.

Обсуждение.

Возраст отцов уже неоднократно упоминался в литературе как фактор риска развития шизофрении у потомства. В некоторых исследованиях указывается на то, что пожилой возраст отца удваивает риск развития болезни [4].

Интересной может являться интерпретация данных о психологическом статусе беременных женщин. Достоверно больше женщин из основной группы сообщили о том, что беременность оказалась незапланированной, были мысли о ее прерывании. Многие из женщин остались без эмоциональной поддержки или их поддерживали посторонние люди, беременность протекала на фоне стрессовых ситуаций. С одной стороны, нервная система у эмбриона развивается под контролем генов, при этом факторы внешней среды (такие, например, как хронический стресс) усиливают или сдерживают экспрессию потенциально причастных к заболеванию генов. Ни гены, ни средовые факторы поодиночке не способны привести к определенному результату [2]. Этот патогенетический механизм описывается в современной психогенетике как генно-средовое взаимодействие (gene-environment interaction, GE).

С другой стороны, все вышеперечисленные неблагоприятные факторы (незапланированность беременности, отсутствие поддержки, переживание стрессов) можно отнести к проявлениям нарушенного социального функционирования. Во многих исследованиях нарушение социального функционирования относят к эндофенотипическим признакам шизофрении [1], т.е. матери пациентов, не имея психотического опыта и признаков заболевания, передают своему потомству закодированные в геноме биологические маркеры болезни. Этот «ген-эндофенотип» подход постулирует причинную роль генов или среды в отрыве от их синергетического влияния.

Третий подход в интерпретации полученных результатов можно причислить к генно-средовым корреляциям. По контрасту

с генно-средовыми взаимодействиями, генно-средовые корреляции (rGE) демонстрируют, как индивидуальные различия в генотипе могут служить предпосылкой для определенных дифференцированных воздействий среды («притягивать среду»). В данном случае воздействия на средовые события - это не случайный феномен, а скорее «ветвь» (последствие) генетического фонда. Вероятно, переживание стрессов, сомнения в прерывании беременности и т.п. можно отнести к активным генно-средовым корреляциям: выбор средовых воздействий возникает как результат проявления индивидуальных генетических факторов. В нашем случае личностные особенности женщины, вероятно, способствовали попаданию в неблагоприятные жизненные ситуации, такие, как неудачное замужество за склонным к чрезмерному употреблению алкоголя мужчиной или трудности в формировании стабильных отношений, приводящие к отсутствию эмоциональной поддержки во время беременности.

Т.о. в нашем исследовании выявлены различия в течении беременности и родов у матерей, чьи дети заболели шизофренией, по сравнению с группой женщин, родивших потомство без признаков психических расстройств в белорусской популяции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Gur, R. E. The consortium on the genetics of schizophrenia: Neurocognitive endophenotypes / R. E. Gur, M. E. Calkins, R. C. Gur, et al // Schizophrenia Bulletin - 2007. № 33. P. 49–68.
2. Os, J. Gene – environment interaction in schizophrenia: review of epidemiological findings and future directions / J. v. Os, B. P. Rutten, R. Poulton // Schizophrenia Bulletin – 2008. №36. P. 1066 – 1082.
3. Tsuang, M. Schizophrenia: genes and environment / M. Tsuang // Biological Psychiatry – 2000. № 47. P 210-220. Zammit, S. Paternal age and risk for schizophrenia / S. Zammit, P. Allebeck, C. Dalman, et al // British Journal of Psychiatry – 2003. № 183. P. 405 -408.

КОНФЛИКТ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДИНАМИКА КОНФЛИКТА

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность проблемы. По свидетельству многих специалистов в области психологии конфликтов, последние годы характеризуются значительным возрастанием числа различных конфликтов практически во всех сферах жизнедеятельности человека. Неблагоприятная социальная среда, отрицательно влияя на психическое состояние человека, приводит к снижению его работоспособности, стимулов к жизни, смещению ценностных ориентаций, мотивов, возникновению отрицательных эмоциональных переживаний, вызывает рост агрессивности, напряженности, что влияет на возникновение конфликтов в социальной среде, что и привело к увеличению количества исследований конфликтов.

Цель – изучение конфликта как динамического процесса, изучение процесса эскалации конфликта, определение стилей поведения в конфликтах.

Методы исследования: мета-анализ, личностные тесты: диагностика межличностных отношений Т. Лири; личностный тест Г. Айзенка, 16-факторный личностный опросник Кеттелла, шкала реактивной и личной тревожности Ч. Спилбергера – Ю. Ханина.

Результаты исследования. В целом динамика развития конфликта предполагает следующие фазы (стадии):

1. Возникновение конфликтной ситуации. Конфликт не возникает мгновенно, ему предшествуют скрытые или открытые социально-психологические процессы между личностями либо в сознании личности или в какой-либо группе, т.е. конфликтная ситуация. Под конфликтной ситуацией понимается относительно устойчивое в какой-то промежуток времени несоответствие намерений (устремлений) человека с условиями их достижения. Важно своевременно принять меры для предотвращения или нейтрализации конфликтного состояния. Конфликт можно и необходимо предотвращать на этой стадии, т.е. на стадии

предконфликтной ситуации, когда разногласия, противоречия только зарождаются.

2. Осознание объективной конфликтной ситуации. Когда противоречия становятся осознанными и противоположная сторона отвечает реальным действием (поведением), конфликт становится реальностью, поскольку только восприятие ситуации как конфликтной порождает соответствующее поведение (из этого также следует, что противоречие может быть не только объективным, т.е. реально существующим, но и субъективным, мнимым, только лишь воспринимаемым таковым). Чтобы конфликт был осознан, необходим инцидент, т.е. ситуация, при которой одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой.

3. Инцидент, повод. Конфликт может возникнуть по разным причинам. Как правило, толчком для вступления личности в конфликт является внутреннее или внешнее побуждение, вызывающее определенную реакцию на основе сложившегося отношения личности к окружающей среде: пренебрежительный жест, мимика, грубое, резкое слово, оскорбительный тон, физическое или моральное оскорбление, недоброжелательный взгляд, унижение достоинства, предвзятое отношение к личности и т.д.

4. Наступление конфликта. Как правило, сопровождается столкновением противоборствующих сторон в форме демонстративного поведения, высказываний, а иногда и физических действий. Это столкновение носит острый эмоциональный характер и отличается высокой степенью внутренней напряженности конфликтующих.

Конфликт протекает в определенной последовательности:

- Постепенное усиление позиций участников конфликта за счет введения все более активных сил, а также за счет накопления опыта противостояния.

- Увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации.

- Повышение конфликтной активности участников, изменение характера конфликта в сторону его ужесточения, вовлечение в конфликт новых лиц.

- Нарастание эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликтные взаимодействия, которое может оказать как мобилизирующее, так и дезорганизирующее влияние на поведение участников конфликта.

- Изменение отношения к проблемной ситуации и конфликту в целом.

Конфликт может развиваться как в конструктивном, так и в деструктивном направлении. Отклонение в сторону эскалации или избегания обычно свидетельствует о наличии деструктивных процессов. Своевременное обнаружение этих процессов имеет важное значение для успешного разрешения конфликта.

Симптомы, указывающие на появление процессов избегания - снижение включенности группы в решение проблемы, быстрое принятие внушаемых решений, отказ участников от анализа противоречивых аспектов проблемы, "выпадение" участников взаимодействия, нахождение в целом более "взрывной" темы в центре внимания безопасных аспектов, незначительный обмен информацией, умолкание ранее активных участников, отсутствие предложений вариантов реализации выбранного решения.

Другим деструктивным явлением становится вхождение конфликта в фазу эскалации. Эскалация наступает тогда, когда фиксируются фрустрированные базовые потребности участников конфликта, такие, например, как потребность в безопасности или в идентичности.

Об эскалации конфликта свидетельствует более длительное, чем предполагалось, обсуждение проблемы, повторение одних и тех же аргументов в поддержку своей позиции, чрезмерное подчеркивание последствий недостижения согласия, использование угроз для защиты своей позиции, возрастание напряжения и враждебности в группе, отсутствие эффективных решений, хотя группа кажется активно работающей, использование аргументов против личности; создание коалиций.

5. Разрешение конфликта. Это заключительный этап, который возможен как вследствие изменения объективной конфликтной ситуации, так вследствие трансформации ее образов, сложившихся у участников конфликта.

Обнаружены типовые стратегии и соответствующие им стили поведения в конфликтах.

1. Конкуренция, соперничество или противоборство участников, сопровождающееся открытой борьбой за свои интересы. Такая стратегия обязательно предполагает наличие выигравшего и проигравшего.

2. Избегание, уклонение или уход, заключающиеся в стремлении выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая своего, но и не настаивая на нем. Выделены наиболее типичные формы ухода: молчание; демонстративное удаление; обиженный уход; затаенный гнев; депрессия; игнорирование обидчика; едкие замечания по "их" поводу за "их" спиной; переход на чисто деловые отношения; индифферентное отношение; полный отказ от дружеских или деловых отношений с провинившейся стороной.

3. Приспособление – стратегия сглаживания противоречий, в основном, поступаясь своими интересами. Человек не пытается отстаивать свои собственные интересы и соглашается делать то, что хочет другой участник.

4. Компромисс – стратегия урегулирования разногласий, конфронтации через взаимные уступки. Компромисс предполагает, что одна сторона может "раздуть" свою позицию, чтобы потом показаться великодушной, или же "сдать" свои позиции намного раньше другой. В таких случаях ни одна из сторон не будет придерживаться решения, которое ее не удовлетворяет.

5. Сотрудничество – наиболее продуктивная стратегия и стиль поведения в конфликтах, приводящие чаще всего к разрешению конфликта и продуктивному выходу из него со взаимным удовлетворением интересов участников.

Выводы:

Становление конфликтологии обусловлено, прежде всего, высокой общественной потребностью в познании конфликтов и способах их урегулирования. Значение конфликтологии как самостоятельной и ориентированной на практику интегративной и междисциплинарной области научных знаний постоянно возрастает, поскольку она помогает прогнозировать и предупреждать серьезные социальные потрясения, снижать их

остроту, разрешать возникающие противоречия между людьми. Своевременная диагностика конфликтов имеет важное значение как для профилактики конфликтов, так и для конструктивного их разрешения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анцупов, А.Я., Шипилов, А.И. Конфликтология: Учебник для вузов / А.Я. Анцупов, А.И. Шипилов. – М.: ЮНИТИ, 2000. – 551 с.
2. Дмитриев, А.В. Конфликтология: Учебное пособие / А.В. Дмитриев. – М.: Гардарики, 2000. – 320 с.
3. Конфликтология: Учебник / А.Я. Кибанов, И.Е. Ворожейкин, Захаров [и др.]; под ред. А.Я. Кибанова. - М.: ИНФРА-М, 2006. – 302с.
4. Курбатов, В.И. Конфликтология / В.И. Курбатов. – Ростов н/Д.: Феникс, 2005. – 445 с.

ШКАЛА ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ ГАМИЛЬТОНА КАК МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Цидик Л.И.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Шкала оценки тревоги Гамильтона - это личностный опросник, направленный на выявление конституциональной тревожности и ситуационной тревоги. Содержит перечень 14 групп симптомов, касающихся психических и соматических аспектов тревоги. Включает симптомы тревожного настроения, фобические симптомы, симптомы эмоциональной напряженности, нарушения сна, депрессивного состояния, из соматических симптомов - мышечные (боли, судороги и др.), сенсорные (например, шум в ушах), кардиоваскулярные, респираторные, гастроинтестинальные, уро-генитальные, нейровегетативные. Значительное внимание уделяется поведению во время опроса. Положительно зарекомендовал себя при диагностике невротических расстройств, таких, как депрессивный эпизод лёгкой и средней степени с соматическими симптомами и без соматических симптомов, социальные фобии, паническое

расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Тревога является достаточно выраженным симптомом у большинства пациентов с невротическими расстройствами. Что же обозначает термин «тревога»? В современной медицинской психологии проблема тревоги является одной из наиболее разрабатываемых. Но, несмотря на это, многочисленные авторы не приходят к единому мнению относительно статуса самого понятия тревоги или, точнее, явления, которое обозначается им. Тревога характеризуется двумя видами проявлений: психическими и физиологическими. Психические элементы тревоги представляют собой ряд довольно специфических переживаний, включающих субъективное состояние напряжения, озабоченности и беспокойства, мрачных предчувствий, переживание личной угрозы; чувство беспомощности и неполноценности, недовольство собой и пр. Со стороны физиологических изменений тревога выступает в виде активации вегетативной нервной системы, о чем свидетельствуют учащение сердцебиения и дыхания, увеличение артериального давления, повышение скорости обменных процессов, ряд биохимических сдвигов. У пациентов с невротическими расстройствами переживание тревоги обычно приобретает дополнительные черты: чувство собственной беспомощности, ощущение надвигающейся катастрофы, напряженное и истощающее физически ожидание неприятностей, овладевающие сознанием озабоченность, колебания и сомнения.

Цель исследования – раскрыть структуру тревожного синдрома у пациентов с невротическими расстройствами.

Методика исследования: рейтинговая шкала оценки тревоги Гамильтона с использованием стандартизированного интервью.

Результаты исследования. Было проведено исследование выраженности тревоги у пациентов, страдающих невротическими расстройствами. Группа состояла из 64 человек, из них 15 мужчин и 49 женщин в возрасте от 30 до 45 лет. Среди

невротических расстройств встречались следующие нозологические формы: депрессивный эпизод лёгкой и средней степени с соматическими симптомами и без соматических симптомов, рекуррентное депрессивное расстройство, расстройство настроения, социальные фобии, паническое расстройство, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство, недифференцированное соматоформное расстройство, соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы.

Применялись следующие методы статистического анализа:

- частотный анализ,
- корреляционный анализ,
- метод главных компонентов.

Полученные результаты.

Все обследованные пациенты характеризовались повышенным уровнем тревоги. Из них у 60% (38 человек) выраженность тревоги по шкале Гамильтона была 25 баллов и более, что соответствует наиболее выраженному уровню тревоги на момент обследования.

По данным корреляционного анализа была выявлена выраженная связь с общим показателем тревоги таких тревожных симптомов, как тревожное настроение, напряжённость, страхи, бессонница, трудности в концентрировании внимания и запоминании, депрессивное состояние, симптомы желудочно-кишечного тракта (боли или дискомфорт в области желудка, тошнота или рвота, запоры или послабление стула, изжога или урчание в животе), симптомы мочеполовой системы (учащённое мочеиспускание, срочные позывы к мочеиспусканию, снижение интереса к сексуальным отношениям), поведение во время интервью: беспокойство, суетливость, неспособность расслабиться, изменения моторики, тремор рук, появление морщин между бровями, напряжённое выражение лица, частые вздохи, учащённое дыхание, побледнение лица, частые глотательные движения.

С помощью метода главных компонентов была установлена факторная структура тревожного синдрома у обследованных пациентов.

Всего было выделено 5 факторов:

- Тревожная депрессия.
- Расстройство когнитивных функций.
- Вегетативные симптомы.
- Фобическая тревога.

Соматические симптомы.

По результатам исследования были сделаны следующие выводы:

1. Высокая выраженность тревоги у пациентов с невротическими расстройствами.
2. Полученные результаты коррелируют с общим показателем.
3. Было выделено 5 факторов в структуре тревожного синдрома у обследованных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кабанов, М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов [и др.] - М.: Медицина, 1985. – 385 с.
2. Карвасарский, Б.Д. Медицинская психология / Б.Д. Карвасарский. - Л.: Медицина, 1982. – 604 с.
3. Основы общей и медицинской психологии / В.Н. Мясищев [и др.]; под ред. С.С. Либих. – Л.: Медицина, 1968. – 439 с.

ФЕНОМЕН МІФАЛАГІЧНАГА (МАГІЧНАГА) МЫСЛЕННЯ, ЯГО АСАБЛІВАСЦІ ПРЫ ПСІХІЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ: СУВЯЗЬ З ДЭРЭАЛІЗАЦЫЯЙ ПРАСТОРЫ І ЧАСУ

Цяцёркіна Т.І., Корсак В.У.

*ДУ “Рэспубліканскі навукова-практычны цэнтр псіхічнага
здароўя”*

УА “Беларускі дзяржаўны ўніверсітэт імя М.Танка”

Актуальнасць даследавання. Архаічнае міфалагічнае мысленне з’яўляецца феноменам грамадскай свядомасці і ўяўляе сабой дастаткова кансерватыўную з’яву. Яго мала кранае навукова-тэхнічны прагрэс, узровень адукацыі і сацыяльнага статусу людзей. Міфалагічнае думанне, зарадзіўшыся ў старажытным грамадстве,

захавалася да нашых часоў як натуральны элемент свядомасці людзей.

Сутнасць міфалагічнага мыслення (ММ), якое належыць больш да сферы ірацыянальнага, дагэтуль да канца не раскрыта. Яно апісваецца ў навуковай літаратуры як асаблівы модус пазнавальнай дзейнасці, што адбываецца ў адпаведнасці з міфалагічнымі ўяўленнямі, калі вывады асноўваюцца хутчэй на веры, чым на логіцы. Характэрным для ММ ёсць яго халістычны, канкрэтна-вобразны характар, дзе вобраз лічыцца аб'ектыўным [3; 4; 5], што служыць глебай для суіснавання ў свядомасці рэальнага і фантастычнага. Непасрэдным спосабам рэалізацыі міфалагічнага думання з'яўляецца магічны рытуал, які выступае як форма мяркуемых кантактаў са звышнатуральнымі сіламі.

Вядома, што ММ актывізуецца ў здаровых людзей у станах эмацыйна-псіхалагічнага напружання, ад якога чалавек спрабуе пазбавіцца з дапамогай магічных рытуалаў. Хворыя шызафрэній апрыёры больш схільныя да міфалагічнага думання. Частка з іх з'яўляюцца звычайнымі носьбітамі традыцыйных уяўленняў і выканаўцамі магічных рытуалаў. Але ў большасці яны ўсё ж пераўзыходзяць культуральна нармаваныя з'явы. Існуюць меркаванні, што і архаічнае мысленне, і тое, што ляжыць у аснове брэдавых пабудоў, адносяцца да паралагічнага мыслення [1], а забабоны ўяўляюць сабой “брэд” нармальных людзей [6].

Параўнанне і правядзенне пэўных аналогій паміж мысленнем здаровых прымхлівых людзей, з аднаго боку, і яго праявамі пры псіхічных расстройтвах – з другога, могуць дапамагчы зразумець базавыя моманты фарміравання мысліцельных працэсаў чалавека і іх парушэнняў пры псіхічнай паталогіі.

Мэта даследавання – вывучыць феномен міфалагічнага (магічнага) мыслення у здаровых людзей – суб'ектаў традыцыйных магічных рытуалаў і выявіць яго асаблівасці ў пацыентаў з псіхічнымі расстройтвамі ў сувязі са ступенямі дэрэалізацыі прасторы і часу.

Народная міфа-рытуальная дзейнасць аналізавалася намі на матэрыялах вывучэння больш за дзвюх тысяч тэкстаў абярэгаў (апатрапеяў), сабраных даследчыкамі на тэрыторыі Беларусі на працягу двух стагоддзяў, а таксама метадам фармалізаванага аўтарамі апытання сучасных носьбітаў архаічнай свядомасці. ММ і

яго паводзінскія праявы ў паталогіі даследаваліся шляхам аналізу самаапісанняў пацыентаў, якія паступалі ў псіхіятрычнае аддзяленне центра на працягу васьмі гадоў, клінічнага назірання за імі, а таксама агульнапрынятымі патапсіхалагічнымі метадамі даследавання мысліцельных функцый. Сярод псіхічных расстройстваў выдзелены тыя, у межах якіх назіраюцца рытуальныя або стэрэатыпныя паводзіны: абсесіўна-кампульсіўнае расстройство і параноідная шызафрэнія.

Вынікі даследавання і іх абмеркаванне. У вывучаных апатрапейчных тэкстах выяўлены рэальны і міфалагічны ўзроўні функцыянавання абярэгаў. Дзейная іх частка прадстаўлена *магічным рытуалам*, што ўяўляе сабой клішаваныя сімвалічныя дзеянні, якія асноўваюцца на народных уяўленнях пра *антысвет* як варожай, “нячыстай”, дэструктыўнай сілы, звязанай з семантыкай смерці. Яго складаюць адпаведныя прастора і час.

Прастора дэрэалізаванага, скажонага свету выступае як копія-негатыў да рэальнай. Яе аб'екты ўяўляюцца перавёрнутымі зверху ўніз, справа налева. Насельнікі “таго” свету, перамяшчаюцца задам наперад, прымаюць непрыстойныя позы, здзяйсняюць не прынятыя ў грамадстве акты. Прыналежным атмасферы “таго” свету з'яўляюцца шум, крыкі, біццё па жалезных прадметах. Час *антысвету* выступае як *дэрэалізаваны, скажоны час*, які асацыіруецца з ноччу. Дэманічны свет праяўляе надзвычайную агрэсіўнасць таксама ў значныя перыяды і даты народнага календара. Важна тое, што рэальныя прастора і час ў народнай свядомасці выразна адмяжоўваюцца ад дэрэалізаваных. Ступені дэрэалізацыі свету залежаць ад актуальнасці вонкавай пагрозы для чалавека.

Пры псіхічных расстройствах успрыманне рэчаіснасці церпіць значныя змены, якія можна ахарактарызаваць як “ахопленасць антысветам”, і нават імкненне да яго.

У пацыентаў з абсесіўна-кампульсіўным растройствам навакольны свет нясе ў сабе адмоўнае значэнне, успрымаецца як варожы для іх “антысвет”, які ўвасабляе бруд, распад і смерць [6]. Мысленне пацыентаў абеднена, звужана да штучных, схематычных памераў. Міфатворчасць як такая ў іх не разгорнутая. Думкі пацыентаў застраюць на адной тэме, “зацыкліваюцца”, мысленне ператвараецца ў “розумавую жуйку”, што суправаджаецца

суб'ектыўным адчуваннем навязлівасці. Магічны складнік мыслення гіпертрафаваны: пацыентам уяўляецца, што думаючы або дзейнічаючы пэўным чынам, можна паўплываць на ход падзей і адасобіцца, пазбавіцца ад варожага свету. Рухальныя паводзіны ўвасабляюцца ў бясконцых рытуалах. Рытуалы не грунтуюцца на аформленых уяўленнях пра існаванне звышнатуральных сіл, іх вобразы не фігуруюць у самаапісаннях; яны замяняюцца аднаобразнымі магічнымі сімваламі. Пры неспрыяльным цячэнні хваробы магчыма трансфармацыя навязлівасцяў у параноідную і кататанічную сімптоматыку [2].

Пры шызафрэнні *антысвет* нібыта “апаноўвае” самога чалавека і яго асяроддзе. Межы індывідуальнай прасторы разбураюцца, страчваецца падзел паміж сваім і чужым, чужароднае ўкараняецца ў свядомасць, сваё адчужаецца і разрастаецца да касмічных памераў. Галоўны вынік гэтых працэсаў – страта чалавекам сваёй індывідуальнасці.

У хворых змяняецца ўспрыманне прасторы і часу, наступае іх дэрэалізацыя, якая суправаджаецца перажываннем уласнай смерці і гібелі свету. Частымі з'яўляюцца выказванні пацыентаў накшталт: “ мяне не стала”, “унутры нічога няма, усё згінула”, “я мярцвяк”. Сам хворы, асабліва той, які знаходзіцца ў кататанічным ступары, сваім нерухомым позіткам, маўчаннем і скачанелымі цягліцамі можа нагадваць пра нежывое. Яскравай “антысветнай з'явай” пры кататаніі выступаюць рэха-феномены, якія ў фальклорных тэкстах увасабляюць сабой прамы кантакт з пазабаковым, залюстраным светам. Хворыя шызафрэніяй гавораць аб сваіх суадносінах з “тым светам”, заяўляюць, што імі авалодалі пазабаковыя сілы, “унутры сядзіць д'ябал, які загадвае рабіць дрэннае”. Магічнае мысленне набывае яўна паралагічны характар. Рытуалы становяцца вычварнымі, бессэнсоўнымі. Хаця часам у іх гучаць матывы “выратавання” ад уяўнай небяспекі ў сусветных маштабах, яны нічога агульнага не маюць з рэальнымі патрэбамі пацыентаў. Па меры адчужэння пацыентаў ад рэчаіснасці іх мысліцельная і рухальная актыўнасць стэрэатыпізуецца, апошнія губляюць уласна магічны складнік. У хворых з кататаніяй разумовая дзейнасць быццам перапыняецца, што вонкава праяўляецца ступарам. Апошні змяняецца станамі ўзбуджэння, характэрнай рысай якіх з'яўляюцца менавіта стэрэатыпіі. Часта

пацыенты здзяйсняюць “антырухі” (ходзяць задам наперад, коламі), перамяшчаюцца з адсутным выглядам, нагадваючы робатаў, або прымаюць вычварныя, ненатуральныя позы з воскавай гнуткасцю. Кататанію можна разглядаць як крайнюю праяву стэрэатыпіі ў псіхаматорнай сферы.

Прастора і час “антысвету” нібыта дыктуюць свае законы як суб’ектам апатрапеічнага дзеяння, так і пацыентам з псіхічнай паталогіяй, становяцца спосабам іх існавання.

Высновы.

1. Мысленне чалавека залежыць ад характару перажывання ім актуальных прасторы і часу. Асноўныя парушэнні мысліцельных працэсаў пры псіхічных расстройствах звязаны са скажэннямі фундаментальных характарыстык свету ў свядомасці пацыентаў. Змены ва ўспрыманні прасторы і часу пацыентамі з абсесійна-кампульсіўным расстройствам і шызафрэніяй значныя па выразнасці, працяглыя, абумоўліваюць перманентны характар і высокую ступень парушэнняў у мысліцельнай сферы (аж да яе нівелявання пры кататаніі).

2. Дэрэалізацыя рэчаіснасці ў здаровых людзей, якія вераць у прымхі і забабоны, можа часам дасягаць значных памераў, што прыводзіць да актывізацыі магічнага мыслення. Аднак яна звычайна непрацяглая, абмежавана самой апатрапеічнай сітуацыяй, не ўплывае на паўсядзённае жыццё людзей.

3. Наяўнасць магічнага складніка міфалагічнага мыслення залежыць ад ступені адасаблення індывідуумам сябе ад дэрэалізаванага свету. Магічнае мысленне актывізуецца пры апатрапеічнай сітуацыі ў здаровых, гіпертрафіруецца пры абсесійна-кампульсіўным расстройстве, трансфармуецца ў стэрэатыпіі ў мысліцельнай сферы пры шызафрэніі. Магічна-рытуальныя паводзіны існуюць да тае пары, пакуль захоўваецца апатрапеічная мэта рытуалаў (у народнай традыцыі, пры абсесійна-кампульсіўным расстройстве), пры яе знікненні (пры шызафрэніі) магічныя рытуалы рэдуцыруюцца і ператвараюцца ў нематываваныя, бессэнсоўныя рухальныя стэрэатыпіі.

ЛІТАРАТУРА

1. Колпаков, В.Г. Рицнер, М.С., Корнетов, Н.А. и др. Генетические и эволюционные проблемы психиатрии / В.Г. Колпаков, М.С. Рицнер, Н.А. Корнетов и др. – Новосибирск: Наука. Сиб. отд.-ние, 1985. – 255 с.

2. Крылов, В.И. Психопатология ритуального поведения (диагностические и прогностические аспекты тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств) / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 4. – С. 8-13.
3. Крылов, В.И. Психопатология ритуального поведения (диагностические и прогностические аспекты тревожно-фобических и обсессивно-компульсивных расстройств) / В.И. Крылов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2009. – Т. 11. – № 4. – С. 8-13.
4. Процерова, О. В русле глубинной психологии. Проблема целостного видения мира в мифологическом мышлении древних / О. Процерова // Образование и рынок. – 1998. – № 5-6. – С. 87-95.
5. Трифоненкова, М. Фольклорный текст и реальность / М. Трифоненкова // Проблемы ўсходнеславянскай этналінгвістыкі: Матэрыялы Першай міжнар. навук. канф., Мінск, 25-26 крас. 2003 г. / Беларус. дзярж. ун-т; Рэдкал.: Т.Валодзіна і інш. – Мінск: УП "Тэхнапрынт", 2003. – С. 183-187.
6. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс // Педагогическая библиотека [Электронный ресурс]. – 2009. – Режим доступа: http://www.pedlib.ru/Books/3/0296/3_0296-1.shtm.

ПОЗДНИЙ ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Шамова Т.М., Лебейко Т.Я., Гордеев Я.Я.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Согласно результатам ретроспективных исследований, поздний дебют рассеянного склероза (РС) наблюдается в 3,4% - 9,4% случаев [1, 2, 5, 6].

Диагностические критерии РС у лиц старше 50 лет базируются, в основном, на критериях С. Poser с дополнением международной группы экспертов [4, 7], что имеет существенные недостатки. Относительно прогноза при позднем РС существуют диаметрально противоположные точки зрения: описаны как благоприятное течение [5], так и неблагоприятное течение с быстрым нарастанием глубокой инвалидности [9]. Ряд исследователей не выявили существенных различий в прогнозе и течении позднего РС от более молодых групп обследованных [3, 9].

Целью настоящего исследования является проведение анализа дебюта, клинической картины и вариантов течения позднего РС.

Материалы и методы.

Обследованы пациенты старше 50 лет (n=23) впервые обратившиеся к неврологу по поводу неврологических расстройств, а также те, у кого при МРТ обследовании выявлен демиелинизирующий процесс, идентичный РС согласно критериям Fazekas et al. (1988). Неврологическое обследование проведено с использованием клинической шкалы EDSS. Пациенты обследованы на предмет исключения возрастной соматической патологии (артериальная гипертензия, атеросклероз и др.), как возможной причины хронической недостаточности мозгового кровоснабжения с развитием лейкоареоза в головном мозге. МРТ выполняли на томографе Philips Gyroscan Intera 1 T, оборудованном рабочей станцией «Makhaon software, v.2.4». Результаты обработаны с использованием пакета «Staistica v. 6».

Результаты и обсуждение.

Клинический дебют РС в возрастной группе старше 50 лет отмечен у 3,36% от общего количества больных в регионе.

При первичном обращении за медицинской помощью в клинику неврологии диагноз достоверного РС установлен у 16 пациентов (69,5±9,60%). Группу вероятного РС составили 7 (30,5±9,60%) пациентов, у которых наблюдалась диссоциация между клиническими и нейровизуализационными данными. Клинико-МРТ мониторинг в течение 4-летнего периода позволил подтвердить диагноз РС во всех случаях.

Продолжительность заболевания до обращения за медицинской помощью (по данным медицинских документов и анамнестических сведений) составляла 8,97±5,13 месяцев (95% ДИ = от 4,00 до 13,9; min.= 1,00 - max.= 48,0). Основной причиной несвоевременной диагностики демиелинизирующего заболевания (n=11) являлся возраст пациента, что приводило к следующим заключениям на доклиническом этапе: ХНМК, миелопатия, соматоформные расстройства, остеохондроз позвоночника.

В группе с поздним дебютом РС женщины составляли $78,3 \pm 8,59\%$, мужчины - $21,7 \pm 8,59\%$. Средний возраст пациентов при первичном обращении за медицинской помощью составлял 53,3 года (95% ДИ = от 52,18 до 54,59): у женщин – 53,5 (95% ДИ = от 52,1 до 54,9; min.= 50,0 - max.=58,0), у мужчин – 52,8 (95% ДИ = от 50,3 до 56,2; min.= 50,0 - max.=57,0) года.

Моносимптомные объективные клинические проявления имели место у $26,0 \pm 9,14\%$, полисимптомные – у $74,0 \pm 9,14\%$ больных. Чаще всего РС в позднем возрасте начинался пирамидным синдромом ($86,9 \pm 7,23\%$). У большинства пациентов развитию пареза нижних конечностей предшествовал период повышенной утомляемости ($69,5 \pm 9,48\%$) с последующей трансформацией в постоянную мышечную слабость.

Нарушения чувствительности в дебюте имели место у $65,2 \pm 9,94\%$ больных и характеризовались чувством онемения, парестезиями преимущественно в дистальных отделах конечностей, реже в области лица и живота. Ощущения были кратковременными и не подтверждались объективными критериями чувствительных расстройств. Болевой синдром (поясничные боли) отмечали достаточно часто ($73,9 \pm 9,14\%$). Однако рассматривать этот симптом как признак дебюта РС без других органических неврологических проявлений не представляется возможным.

Нарушения координации ($34,7 \pm 9,94\%$) как моносимптом в дебюте заболевания позднего РС не отмечены и наблюдались только в сочетании с пирамидной недостаточностью.

Явные признаки поражения черепных нервов наблюдались в единичных случаях ($13,0 \pm 7,01\%$). Стволовые расстройства ($21,7 \pm 8,43\%$) характеризовались синдромом межъядерной офтальмоплегии, горизонтальным нистагмом, а также двусторонней пирамидной и мозжечковой симптоматикой.

Поражение спинного мозга ($26,0 \pm 9,14\%$) характеризовалось признаками двусторонней пирамидной недостаточности, нижним спастическим парапарезом различной степени выраженности. Дизурические расстройства ($30,4 \pm 9,55\%$) не являлись предметом жалоб пациентов и были выявлены при целенаправленном опросе.

Субъективные нарушения, такие, как головная боль, тошнота, головокружение, «дурнота в голове», нарушения памяти и внимания, онемение различных участков тела, предшествовали развитию органической симптоматики у $78,2 \pm 9,72\%$ больных. Установить связь отмеченных «псевдоневротических» расстройств с РС затруднительно, так как их возникновение в данной возрастной группе полиэтиологично.

При первичном обращении за медицинской помощью диагноз демиелинизирующего заболевания был выставлен 1 пациенту. Другие ($n=22$) были направлены в клинику для уточнения диагноза после амбулаторного лечения по поводу других заболеваний нервной системы. Достоверный РС диагностирован в первые 3 месяца от начала заболевания у $47,8\%$, в срок от 3 до 6 месяцев - у $17,3\%$, позже 6 месяцев – у $34,7\%$ больных. У пациентов последней группы наблюдался клинически изолированный синдром, установление диагноза РС потребовало клинико-МРТ мониторинга.

Острое начало не характерно для позднего дебюта РС и проявилось оптической невритом у 1 пациента ($4,34\%$). У большинства обследованных ($95,7\%$) симптомы развивались подостро (в течение 1 – 3 месяцев) или постепенно (до 6 и более месяцев). Для позднего РС характерно сравнительно медленное прогрессирование патологического процесса, о чем свидетельствовало углубление инвалидизации по шкале EDSS ($\chi^2 = 10,66$, $p < ,02789$). Обострения заболевания отмечены у $30,4\%$ больных, носили «стертый» характер с преобладанием двигательных расстройств и минимальными проблемами в передвижении.

Заключение.

Частота встречаемости позднего РС составляет $3,36\%$ от общего количества больных в регионе. При первичном обращении достоверный РС диагностирован у $69,5\%$, вероятный – у $30,5\%$. Период от появления признаков РС до обращения за специализированной медицинской помощью составлял $8,97 \pm 5,13$ месяцев. Основной причиной несвоевременной диагностики заболевания являлся возраст пациента. В группе с поздним дебютом РС женщины составляли $78,3\%$, мужчины - $21,7\%$. Моносимптомные

объективные клинические проявления имели место у 26,0%, полисимптомные – у 74,0% больных. В дебюте наиболее частыми проявлениями являлись пирамидный синдром (86,9%) и нарушения чувствительности, чаще субъективные (65,2%). У большинства обследованных пациентов симптомы РС развивались подостро или постепенно. Для позднего РС характерно сравнительно медленное прогрессирование патологического процесса без характерных ремиссий и обострений.

Диагностика РС в случаях позднего дебюта заболевания, преобладания субъективных расстройств и отсутствия отчётливых обострений представляет особую сложность. Для подтверждения диагноза необходимы тщательный сбор анамнеза с акцентом на наличие неврологических нарушений, оценка динамики течения заболевания, проведение дифференциальной диагностики с синдромальными формами РС.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусев, Е.И. Варианты течения и прогноз при рассеянном склерозе / Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания [под ред. Е.И. Гусева, И.А.Завалишина, А. Н. Бойко] – М.: Миклош, 2004. – С.158-180.
2. Delalande S. Late onset multiple sclerosis/ S. Delalande, J. .De Seze, D. Ferriby [et al.]//Rev. Neurol.-2002.-Vol. 158.-№11. - P. 1082-1087.
3. Hooge J.P. Multiple sclerosis with very late onset./J.P. Hooge, W.K. Redekop // Neurology. -1992. -Vol. 42. - P. 1907-1910.
4. McDonald W. I. Recommended Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: Guidelines from the International Panel on the Diagnostic of Multiple Sclerosis /W.I. McDonald, A. Comston, G. Edan [et al.] // Ann. Neurol.. -2001. –Vol.50. –P.121-127.
5. Noseworthy J. Multiple sclerosis after age 50/J. Noseworthy, D. Paty, T. Wonnacott [et al.]//Neurology.-1983.- Vol. 33. - P. 1537-1544.
6. Polliack M.L. Late-onset multiple sclerosis/M.L. Polliack, Y.Barak , A. Achiron //J. Am. Geriatr. Soc. -2001. –Vol.49. –№ 2. –P.168-171.
7. Polman C. H. Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: 2005 Revision to the «McDonald Criteria»/C. H. Polman, S. C. Reingold, G. Edan [et al.] // Ann. Neurol. -2005. -Vol. 58.- P. 840–846.
8. Poser, C.M. New diagnostic criteria for multiple sclerosis: guidelines for research protocols/C. M. Poser, D. Paty, L Scheinber [et al.] //Ann. Neurol.-1983.-Vol. 13.-P. 227—231.
9. White A.D. Features of multiple sclerosis in older patients in South Wales / A.D. White, R.J. Swingler, D.A. Compston [et al.] // Gerontology. -1990. -Vol. 36. -P. 159-164.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Шемят В.А., Карпюк В.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Под эмоциональным интеллектом, в соответствии с моделью Дж.Мэйера, П.Сэловея и Д.Карузо (2002), понимают способность перерабатывать информацию, содержащуюся в эмоциях: определять значение эмоций, их связи друг с другом, использовать эту информацию в качестве основы для мышления и принятия решений [1]. Эмоциональный интеллект является составной частью социального интеллекта. Понимание и выражение собственных эмоций, правильное определение, понимание и переработка собственных эмоций и эмоций других людей является важным социальным навыком, который нарушен у пациентов с шизофренией и приводит к снижению социального функционирования [2]. Для пациентов с шизофренией характерны дефицит регуляции эмоций, их выраженная реактивность. Высокая чувствительность к эмоциональному стрессу связана с преобладанием авersive эмоциональных состояний и тенденцией к снижению позитивных эмоций. Дефицит эмоционального процессинга при шизофрении является фактором, ограничивающим психосоциальное функционирование, играющим главную роль в формировании уязвимости к стрессу. Коррекция эмоционального дефицита способствует профилактике обострений.

С целью коррекции эмоциональных нарушений разработан тренинг эмоционального интеллекта для пациентов с шизофренией.

Задачами коррекции нарушений эмоционального интеллекта являются:

- обучение воспринимать и идентифицировать свои и чужие эмоции;
- совладание с негативными эмоциями;
- использование эмоций для межличностного общения;
- развитие способностей к удержанию положительных эмоциональных состояний;

- к эмоциональной фасилитации мышления;
- развитие навыков управления эмоциями.

В терапии используется когнитивно-поведенческий подход, наиболее структурированный вид психотерапевтического воздействия, предполагающий активное взаимодействие с пациентами, повышающий готовность пациентов к реабилитации и оптимизации социального функционирования. Применялись техники шкалирования, метод угрожающих последствий, исследование альтернатив мыслей и действий.

Материалы и методы исследования. Разработанная нами с учетом выявленных особенностей эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией психокоррекционная программа была реализована в процессе оказания стационарной и полустационарной помощи в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-Наркология» в 2011–2012 гг. Критерии включения: диагноз «шизофрения», удовлетворяющий исследовательским диагностическим критериям МКБ-10, отсутствие выраженных психотических и негативных симптомов, возраст от 18 лет, информированное согласие на участие в психокоррекционной программе. Критерии исключения: коморбидные психические и поведенческие расстройства, нарушения когнитивных процессов, сопутствующие хронические соматические заболевания в фазе обострения.

Полностью психотерапевтическую программу коррекции нарушений эмоционального интеллекта прошли 35 человек (12 мужчин, 23 женщины). Программа проведена в 6 группах с численным составом 5-7 человек с кратностью проведения занятий 3 раза в неделю, продолжительностью каждого занятия 60-80 мин. Занятия проводились еженедельно, 3 раза в неделю, всего 16 сессий на протяжении 6 недель. Возраст участников 18-59 лет. По длительности установления диагноза: до года – 10 человек, от 1 до 5 лет – 11 человек, от 5 до 10 лет – 4 человека, продолжительность выставления диагноза более 10 лет имели 10 человек. 19 пациентов имели регоспитализации в течение года на момент включения в группу. Не имели группу инвалидности по психическому заболеванию 22 человека, трое имели третью группу инвалидности, 10 – имели вторую группу инвалидности

по психическому заболеванию. По формам шизофрении пациенты распределились следующим образом: параноидная – 25 человек, кататоническая – 5 человек, простая – 4 человека, гебефренная – 1 человек.

Перед включением пациента в группу проводилась предварительная беседа с целью формирования мотивации к групповым занятиям.

Тренинг состоял из 16 сессий на протяжении 8 недель. По две сессии в неделю продолжительностью 60-80 минут в группе из 5-7 пациентов. В ходе каждой сессии осуществлялось развитие базовых компонентов эмоционального интеллекта: способности к восприятию и самовосприятию эмоций, пониманию эмоций, рефлексивной регуляции эмоций.

Занятия проходили по следующему плану: первая сессия была посвящена установлению психотерапевтического контакта, разъяснению правил работы в группе, целей и задач тренинга, формированию запроса у участников. Обсуждалась роль эмоций в жизни человека. 2-10 встречи были посвящены работе с негативными аффективными состояниями (депрессия, тревога, агрессия). Начиная с четвертой сессии, обязательным являлось ведение дневника как формы самоотчета. В последующем, прорабатывались положительные эмоции, их превентивная роль. С 14-го занятия происходило закрепление выработанных индивидуальных копинг-стратегий. Постепенно наблюдалось замещение предлагаемых ведущим социальных ситуаций (потери, утраты, горя, угрозы, удовольствия) на личностно значимые для участников из реальной жизни. Инструкции к упражнениям формулировались предельно четко. Соблюдался принцип поэтапного введения нового материала и перехода к более сложным целям и задачам, постоянное повторение и отработка предшествующих блоков. Обязательным являлся мониторинг эмоционального состояния каждого из участников.

Каждая сессия состояла из двух частей. В первой части формировались навыки восприятия и интерпретации эмоциональной информации. Во второй части сессии внимание фокусировалось на управлении эмоциями, в том числе на развитии способности к саморегуляции эмоций, совладанию с такими негативными аффективными состояниями, как депрессия,

тревога. Обозначались социально приемлемые способы выражения агрессии. Обсуждалась роль негативных эмоций как дестабилизирующего фактора, протективная роль позитивных эмоций.

Работа велась в направлении выработки специфических стратегий позитивных эмоциональных состояний. Развивались заинтересованность и инициатива, эффективные способы социального реагирования в аффектогенных социальных ситуациях. С каждым пациентом обсуждались индивидуальные триггеры негативных эмоций, обозначались стимулы, вызывающие эмоциональный ответ. Определялись ситуации, являющиеся для пациента стрессовыми. Отдельная сессия была посвящена замещению таких дисфункциональных копинг-стратегий как злоупотребление алкоголем и лекарствами, уход от социальных контактов. Здесь использовались релаксационные техники, идентификация и удаление дисфункциональных мыслей.

В итоге, разработанная программа тренинга эмоционального интеллекта позволила пациентам научиться классифицировать и распознавать свои эмоции и эмоции других людей через речь, внешний вид, выражение лица и поведение, интерпретировать значение эмоций, касающихся взаимоотношений, более точно выражать эмоции и потребности, связанные с определенными чувствами, дифференцировать сложные эмоциональные состояния, понимать амбивалентные чувства. В результате тренинга, обогатился опыт проявления личных чувств с использованием эмоциональных знаний в коммуникациях. Были получены навыки релаксации, выработаны и закреплены индивидуальные копинг-стратегии социального функционирования.

Проведение тренинговых программ, нацеленных на устранение эмоционального дефицита, является не только целесообразным, но и необходимым звеном в комплексной программе восстановительного лечения больных шизофренией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сергиенко, Е.А. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д.Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT v. 2.0) руководство / Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова. – Москва: «Институт психологии РАН», 2010. – 175 с.

2. Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям / под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова.- М.: Институт психологии РАН., 2009. – 351 с.

ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Шишкина О.А.

УЗ « Витебский областной клинический центр психиатрии и наркологии»

Психологическое сопровождение реабилитации пациента с химической зависимостью является одной из важных составляющих качественной помощи, которое усиливает эффект наркологического лечения и нацелено на создание устойчивой мотивации к соблюдению трезвости, предотвращение «срыва», обеспечение выхода в стойкую ремиссию.

Главной задачей психологического консультирования в рамках психологического сопровождения является возвращение «целостности» личности пациента. Основными целями психологического консультирования являются развитие автономии личности и возможностей саморегуляции, повышение стрессоустойчивости, помощь в осознании истинных возрастных потребностей и развитие способностей к их удовлетворению, поиски смыслов, направлений приложения сил, перспектив, нахождение своего места в жизни и др., что в целом способствует личностному росту.

Образно говоря, если врач-нарколог занимается лечением пациентов с алкогольной зависимостью, то задача психолога – оказание помощи в исцелении, т.е. возвращении целостности личности. Личность человека, имеющего химическую зависимость, «расщепляется» - теряется единство мотивов, целей, желаний, способов их удовлетворения. Помимо истинного «Я» формируется «НЕ Я», которое иначе чувствует, мыслит, действует. Единственная значимая цель «НЕ Я» - удовлетворение

потребности в объекте зависимости. Интеллект, воля служат обеим частям. Чем выше изначальные интеллектуальные способности человека, сильнее его волевые качества, тем зависимая часть хитрее, изворотливее, убедительнее, настойчивее в реализации желания выпить. Зависимое «НЕ Я» может актуализировать тягу через навязчивые мысли о выпивке; тягостные чувства - обиду, недовольство, раздражение, тоску; приятные воспоминания, связанные с употреблением; самоуспокоение («я же не пью день в день, значит со мной всё в порядке»).

Иногда зависимая часть «затаивается» на короткое или длительное время. И когда появляется субъективное ощущение, что всё под контролем и проблем с употреблением алкоголя нет («не хочу и не пью»), вновь появляется желание выпить, которое без сомнений и внутренней борьбы тут же удовлетворяется, потому что «если редко – то можно, не опасно и это в принципе не проблема».

«Зависимая» и «здоровая» часть чаще полярны, что приводит к внутреннему конфликту, наличию стойкой глубинной печали, так как чем активнее удовлетворяются потребности одной части, тем в большей степени вторая находится в депривации. Эпизодически обе части одновременно испытывают схожие чувства, что приводит к их усилению, иногда до непереносимости. После процедуры «кодирования» переживание тревоги характерно для двух частей: «здоровая» беспокоится не будет ли очередного срыва, об эффективности лечения, «зависимая» - о невозможности длительного нахождения в трезвости без объекта зависимости.

Обе части достаточно автономны. Переход от одной части к другой происходит спонтанно и внезапно, хотя некоторые предвестники перехода в «зависимую» часть можно научиться распознавать и замечать. Более того, «здоровая» часть не управляет «зависимой», поэтому справиться самостоятельно с проблемой употребления алкоголя выпивающий человек не может, хотя долгие годы может находиться в иллюзии, что сохраняет контроль над употреблением.

Поляризация мотивов особенно заметна в отношении лечения: если «здоровая» часть пациента заинтересована в

посещении нарколога, выполнении назначений и рекомендаций, поиске дополнительной помощи, то «зависимая» всячески сопротивляется и «саботирует» процесс лечения.

Исходя из выше изложенного, выстраивается концептуальная линия психологической работы с «зависимым» пациентом. Первоочередная задача - научить различать своё истинное и болезненное «Я», их проявления на уровне мыслей, чувств, поступков. Не менее важно мотивировать пациента на поддержание своей «здоровой» части, на идентификацию своего «Я» именно с ней. Следующий этап – укрепление и расширение возможностей «здоровой» части через возвращение полномочий за удовлетворение той или иной истинной потребности, которые деструктивным путём удовлетворялись «зависимой» частью. Чем в большей степени пациент научится распознавать и удовлетворять свои потребности конструктивным путём, тем ближе он будет к исцелению. И завершающий этап работы – принятие того, что иногда просто хочется выпить нестерпимо, несмотря ни на что, так как до конца дней у алкоголика остаётся тяга в чистом виде, теперь уже без камуфляжа, которую просто нельзя удовлетворять нигде и никогда, потому что она и есть остаточное проявление болезни. Для того, чтобы избежать этого мучительного чувства, предупредить срыв, необходимо вовремя обратиться к наркологу для подбора медикаментозного лечения. Если пациент способен ответственно и осознанно относиться к своей болезни, можно завершать психологическое сопровождение. Заканчиваются ли на этом этапе возможности психологической помощи? Безусловно, нет. Центральной задачей дальнейшей работы является личностный рост пациента, повышение его успешности во всех сферах жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Джонсон, В. Метод убеждения. Как помочь наркоману и алкоголику принять решение. - М., 2007.
2. Кулаков, С.А., Ваисов, С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. - СПб., 2006.
3. Лысенко, С.А. Современная психотерапия алкоголизма.- М., 2010.
4. Психология и лечение зависимого поведения / Под ред. С. Даулинга.- М., 2000.
5. Горски Теренс, Т.. Путь выздоровления.- М., 2003.
6. Завьялов, В.Ю. Пьющий мужчина: дианализ трудных вопросов жизни. - М., 2003.

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ В ГРОДНЕНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ Снежицкий В.А., Шамова Т.М., Воронец В.И.	3
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ Авдей Г.М., Романчук Э.В., Карева Л.В., Хох К.М., Демяшкевич А.Г.	6
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ НОВЫХ ФОРМ КАВИНТОНА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ Авдей Г.М., Кулеш С.Д., Шумскас М.С., Арцименя С.Е., Савченко Е.В., Бычек Л.В., Авдей С.А., Заобурная Я.С., Лукьянюк Т.Н.	12
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Авдей Г.М., Карева Л.В., Казакевич Ю.А.	17
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ИМИДЖА ВРАЧА СТОМАТОЛОГА-ОРТОПЕДА В РАЗЛИЧНЫХ МОДЕЛЯХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ С ПАЦИЕНТАМИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА Барадина И.Н., Рубникович С.П., Манкевич С.М.	22
ПРОБЛЕМА СООБЩЕНИЯ ДИАГНОЗА В ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ Бут-Гусаим В.В.	28
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕНОТЕНА И БЕТАЛОКА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Варнакова Г.М., Данейко Л.П., Стоцкая Э.М.	33
СВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ЭМПАТИИ КАК ФАКТОР ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ПЕДАГОГОВ Варнер Е.С.	37
ЛЕЧИТЬ НЕ БОЛЕЗНЬ, А БОЛЬНОГО – ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ПРИ ОБУЧЕНИИ СТУДЕНТОВ ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ	

Водоевич В.П., Брейдо А.А., Варнакова Г.М., Кулеш Л.Д.	42
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СУБЪЕКТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	
Воронко Е. В.	44
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАТАТРАВМЫ	
Гаврилик Б.Л., Шамигулова В.И., Радковец И.В.	48
РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ, ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	
Ганчар Е.П., Кажина М.В., Яговдик И.Н.	52
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ С ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ	
Гарелик П.В., Дубровщик О.И., Мармыш Г.Г., Суров А.Н., Живушко Д.Р., Жук Д.А.	57
О СЕРЬЕЗНОСТИ СУИЦИДАЛЬНЫХ НАМЕРЕНИЙ СРЕДИ ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ	
Гелда А.П., Горюшкина Е.Г., Залеская И.С., Кучко Е.В., Никулина Е.Ю., Роменский А.В., Рунец К.Е., Шейко Е.В.	61
ВЛИЯНИЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ С НАЛИЧИЕМ МНОЖЕСТВЕННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ ВОЗБУДИТЕЛЯ	
Гельберг И.С., Вольф С.Б., Авласенко В.С., Алексо Е.Н., Шевчук Д.В., Демидик С.Н., Чалая Е.В., Шейфер Ю.А.	66
ПЕРВИЧНАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬ-СПЕЦИФИЧНЫХ И ВЫСОКО ОБУСЛОВЛЕННЫХ АЛКОГОЛЕМ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ	
Голубева Т.С., Иванова Е.В.	70
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ	
Давидовский С. В.	74
ПОМОЩЬ УЧИТЕЛЮ В ОБУЧЕНИИ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ	

ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ Давлятова Н. М.	76
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АМБУЛАТОРНОГО КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО КАБИНЕТА Дравица Е.В.	81
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ С ГИПЕРАКТИВНОСТЬЮ Евсегнеева Е. Р.	86
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНВАЛИДНОСТИ ПРИ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В ГРОДНЕНСКОМ РЕГИОНЕ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ ЗА ПЕРИОД 2002-2012 ГГ. Елаго И. Ю., Корогода Н.П., Дудук С.Л.	89
СОМАТИЧЕСКИЕ ПАЦИЕНТЫ И ДЕПРЕССИЯ Жигар А.М.	94
ОЦЕНКА И АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЕЖИ Журавлева А.Е., Игумнов С.А.	97
ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ И ОСЛОЖНЁННЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ Климович И.И, Страпко В.П, Шамигулова В.И, Куликова В.И.	102
ИНФАНТИЛИЗМ У БОЛЬНЫХ НЕВРОЗАМИ Королева Е.Г., Захаркевич В.А.	106
ПРИЧИНЫ НАРУШЕНИЙ СНА ПРИ НЕВРОЗАХ Королева Е.Г., Волчек Н. А., Пигалкина А. Е.	110
ОТДЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ НЕВРОЗОВ Королева Е.Г., Зубрицкая Д.М.	115
ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Костюченко Е.В.	119
СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК ПРИ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЕ Котова О.А. ¹ , Байкова И.А. ² , Теслова О.А. ³	122
ФЕНОМЕН ДИСЦИПЛИНИРОВАНИЯ И СТРУКТУРА	

ДИСЦИПЛИНАРНЫХ ВОЗДЕЙСТВИЙ В СЕМЬЯХ ШКОЛЬНИКОВ
ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Кузмицкая Ю.Л. 125

КОРРЕКЦИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ
ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Кулеш Л.Д., Варнакова Г.М., Виноградова Т.А. 130

РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ
ВНУТРИМОЗГОВЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ ПО МЕТОДАМ
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ

133

ОСОБЕННОСТИ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ СТУДЕНТАМИ
ГРОДНЕНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО
УНИВЕРСИТЕТА (по результатам анкетирования)

136

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ НЕЙРОДЕГЕРАТИВНОГО
ПРОЦЕССА ПРИ ПОЗДНЕМ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Лебейко Т. Я., Бойко Д. В., Шамова Т. М., Гордеев Я. Я. 139

КОРРЕКЦИЯ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА НЕЙРОМИДИНОМ У
ПАЦИЕНТОВ С СОСУДИСТОЙ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ
ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Лебейко Т.Я., Лебейко А.И., Костюкова Т.С., Давыденко Т.С. 143

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНО-
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ В НАРКОЛОГИИ

Максимчук В.П. 146

ТИПЫ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Мальцева О.Е., Скорб О.А. 151

РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

Манкевич С.М., Сиваков А.П., Подсадчик Л.В. 155

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЬНЫХ УЗ
«МИНСКОГО ОБЛАСТНОГО ПРОТИВОТУБЕРКУЛЁЗНОГО
ДИСПАНСЕРА»

Михалёнок Е. И. 160

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ И АРТТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С
ЭНУРЕЗОМ

Подсадчик Л.В., Сиваков А.П., Манкевич С.М., Грекова Т.И. 164

АНАЛИЗ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ В ГРОДНЕНСКОЙ ОБЛАСТИ Потехина К.В., Юревич О.М., Букина Н.С., Матреничев В.М.	167
ВЗАИМОСВЯЗЬ И ВЛИЯНИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ, ЛИЧНОСТНОЙ И СИТУАТИВНОЙ АГРЕССИИ У ПЕДАГОГОВ Ракицкая А.В.	171
ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И СТРАТЕГИЙ ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ Ракицкая А. В., Петрошевич Е.Г.	176
ПРОБЛЕМА ПРИНУДИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С ДИССОЦИАЛЬНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ Семенов В.Н.	180
СПЕЦИФИКА СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТНОЙ ОЦЕНКИ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МАТЕРИ, ОБВИНЯЕМОЙ В УБИЙСТВЕ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА Семенов В.Н.	184
КАТАМНЕСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СИНДРОМА РИСКА ПЕРВОГО ПСИХОЗА Скугаревская М.М., Старцев А.И.	189
СТРЕСС В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ Спиридонова Н.В.	193
СПЕКТР ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ЖЕНЩИН В ПЕРИМЕНОПАУЗЕ И ПОСТМЕНОПАУЗЕ Таболина А.А., Байкова И.А.	196
ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОЩУЩЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИЯХ И ТРЕВОЖНЫХ ТИМОПАТИЯХ У БОЛЬНЫХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО КОНТИНГЕНТА Толканец С.В.	199
ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ДИАГНОЗЕ РАКА Угляница К.Н., Каравай А.В., Божко Г.Г., Хоров А.О., Жлобич М.В., Угляница Н.К., Дерман С.Э., Лагун Ю.Я.	205

РАЗЛИЧИЯ ЗАЩИТНЫХ ОТНОШЕНИЙ ЛИЧНОСТИ К МИРУ ПРИ НЕВРОЗАХ И В НОРМЕ Филипович В.И.....	210
СРЕДОВЫЕ ФАКТОРЫ И ШИЗОФРЕНИЯ: РОЛЬ СОБЫТИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА Хоменко Н.В.....	214
КОНФЛИКТ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ. ДИНАМИКА КОНФЛИКТА Цидик Л.И.	220
ШКАЛА ОЦЕНКИ ТРЕВОГИ ГАМИЛЬТОНА КАК МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ Цидик Л.И.	224
ФЕНОМЕН МІФАЛАГІЧНАГА (МАГІЧНАГА) МЫСЛЕННЯ, ЯГО АСАБЛІВАСЦІ ПРЫ ПСІХІЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ: СУВЯЗЬ З ДЭРЭАЛІЗАЦЫЯЙ ПРАСТОРЫ І ЧАСУ Цяцёркіна Т.І., Корсак В.У.....	227
ПОЗДНИЙ ДЕБЮТ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА Шамова Т.М., Лебейко Т.Я., Гордеев Я.Я.....	232
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ Шемет В.А., Карпюк В.А.	237
ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ К ОКАЗАНИЮ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Шишкина О.А.....	241

Репозиторий ГРГМУ

Репозиторий ГРГМУ

Научное издание

«КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ
АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ»

Областная научно-практическая конференция,
посвящённая 20-летию
медико-психологического факультета УО «ГрГМУ»

Материалы конференции

25 октября 2013 г.

Ответственный за выпуск: В.В. Зинчук

Компьютерная верстка: С.В. Петрушина
Корректоры: А.В. Барановская, И.А. Больгерт, А.В. Сентябова

Подписано в печать 21.10.2013.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Таймс. Ризография.
Усл. печ. л. 14,18. Уч.-изд. л. 11,41. Тираж **50** экз. Заказ **232**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0548511 от 16.06.2009. Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно.