

изучаемой композиции вызывало более полную утилизацию пероксида и, тем самым, ингибировало ПОЛ.

Таким образом, введение композиции, состоящей из L-аргинина, L-глутамина и сукцината на фоне хронической алкогольной интоксикации сопровождается снижением свободнорадикальной нагрузки и интенсивности ПОЛ в печени.

Литература

1. Чевари, С. Роль супероксиддисмутазы в окислительных процессах и метод определения ее в биологическом материале / С. Чевари, И. Чаба, И. Секей // Лабораторное дело. – 1985. – № 11. – С. 678–681.

2. Моин, В. М. Простой и специфический метод определения активности глутатионпероксидазы в эритроцитах / В.М. Моин // Лабораторное дело. – 1986. – № 12. – С. 724–727.

3. Arteel, G.E. Alcohol-induced oxidative stress in the liver: in vivo measurements / G.E. Arteel // Methods Mol. Biol. – 2008. – Vol. 447. – P. 185–197.

4. Essential amino acid supplementation decreases liver damage induced by chronic ethanol consumption in rats. / G. [Corsetti](#) [et al.] // [International Journal Immunopathology Pharmacology](#). – 2011. – Vol. 24, № 3. – P. 611–619.

5. Lieber, C.S. Pathogenesis and treatment of alcoholic liver disease: progress over the last 50 years / C.S. Lieber // Crit. Rev. Clin. Lab. Sci. – 2000. – Vol. 37, № 6. – P. 551–84.

ОСОБЕННОСТИ Я-ИДЕНТИЧНОСТИ У ДЕПРЕССИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ С ВЫСОКИМ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ

Бузук С.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Об актуальности проблемы суицидального поведения свидетельствует высокий уровень самоубийств во многих странах, в том числе и в РБ.

Суицидальная настроенность никогда не бывает импульсивной, таковыми могут быть только действия, которые предпринимаются для реализации намерений. Формированию суицидальной готовности, как правило, предшествует сложный внутриличностный конфликт, связанный с расстройством самоидентичности. Несмотря на важность влияния психологических образований на возникновение суицидальных убеждений, исследований, посвященных данному аспекту суицидальности явно недостаточно.

Цель - определение значимых Я-структурных функций у

депрессивных пациентов с высоким суицидальным риском.

Материал исследования. В исследовании участвовало 95 испытуемых, страдавших депрессивным расстройством умеренной степени тяжести. Возраст испытуемых – от 25 до 48 лет, из них 55 – женщин и 40 мужчин. Испытуемые были разделены на 2 группы. Первую группу составили депрессивные пациенты без суицидального потенциала (23 женщины, 33 мужчины), вторую группу – больные депрессией с высоким суицидальным риском (17 мужчин, 22 женщины).

Метод исследования. Я-структурный тест Аммона.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показал, что группа с повышенным уровнем суицидального потенциала достоверно отличается ($p < 0,05$) от 1-й группы повышенной частотой ведущих пиков профиля по шкалам конструктивной тревоги (15%) и дефицитарной сексуальности (19%).

Подъем профиля по шкале конструктивной тревоги свидетельствует о способности трезво оценивать опасность реальной жизненной ситуации и выдерживать переживания, связанные с тревогой. Это способствует преодолению страха для реализации жизненно важных целей и планов, повышает продуктивность и общую эффективность деятельности.

Повышение профиля по шкале дефицитарной сексуальности отражает низкую сексуальную активность, стремление избегать половых контактов, вплоть до полного отказа от них, замену реальных сексуальных отношений фантазиями.

Сравнительный анализ показал, что частота ведущих пиков профиля по шкалам деструктивной тревоги и деструктивной сексуальности во 2-й группе испытуемых достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в 1-й группе. Это говорит о том, что у пациентов с повышенным уровнем суицидального потенциала реже встречаются такие особенности, как неадекватная переоценка реальных трудностей и проблем, нерешительность, беспомощность, плохо организованная активность в ситуации опасности. Реже встречаются и проявления деструктивной сексуальности, к которым относятся избегание эмоциональной близости и неспособность к глубоким интимным взаимоотношениям, восприятие сексуальных отношений не как

способа углубленного общения и достижения близости с партнером, а как средства реализации сексуальных желаний.

Анализ распределения значений Т-баллов по шкалам теста Аммона показал достоверные отличия ($p < 0,05$) по шкалам конструктивной агрессии, деструктивной агрессии, деструктивной тревоги и конструктивного нарциссизма. Более трети испытуемых 2-й группы имеют достоверно высокие Т-значения (>45) ($p < 0,05$) по шкале конструктивной агрессии. В 1-й группе данные значения установлены лишь в 18% случаев. Это говорит о том, что для депрессивных пациентов с высоким уровнем суицидального потенциала характерны более активный подход в решении жизненных проблем, способность устанавливать продуктивные межличностные контакты, умение отстаивать свое мнение и учитывать интересы окружающих.

Сравнительный анализ показал, что у 45% испытуемых 1-й группы встречаются достоверно высокие Т-значения (>50) по шкале деструктивной агрессии ($p < 0,05$). Во 2-й группе данные значения имеют 28% испытуемых. Это свидетельствует о том, что у пациентов 2-й группы реже встречаются такие психологические особенности, как конфликтность, чрезмерная требовательность, склонность к обесцениванию других людей и межличностных отношений, ригидность в решении проблемных ситуаций.

Большинство испытуемых 1-й группы (73%) имеют достоверно высокие Т-значения (>60) по шкале деструктивной тревоги ($p < 0,001$). Во 2-й группе, данные значения обнаруживаются лишь у 37% испытуемых. Это говорит о том, что для депрессивных пациентов с высоким суицидальным потенциалом в меньшей степени характерны проявления деструктивной тревоги, к которым относятся неадекватная переоценка реальных проблем, плохая организованная активность в ситуации опасности, повышенная тревожность, боязнь устанавливать доверительные отношения и неспособность обращаться за помощью в трудных ситуациях.

У половины испытуемых 1-й группы наблюдались достоверно низкие Т-значения (<35) по шкале конструктивного нарциссизма ($p < 0,05$). Во 2-й группе данные значения имеет треть пациентов. Это говорит о том, что у пациентов с высоким

уровнем суицидального потенциала реже встречаются такие особенности, как неуверенность в себе, зависимость от других людей, болезненное реагирование на критику, неспособность сохранять собственные цели и предпочтения при установлении межличностных контактов.

Заключение. Для депрессивных пациентов с повышенным уровнем суицидального потенциала наиболее характерен конструктивный характер центральных Я-функций. Пациенты данной группы не имеют ярко выраженной дезадаптации, им присущи менее выраженные по интенсивности переживания, о чем свидетельствует высокая частота встречаемости нормативных значений по результатам теста Аммона.

Литература

1. Каплан, Г.И. Клиническая психиатрия: из синописа по психиатрии / Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок; под ред. Т.Б. Дмитриевой. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. – 602 с.
2. Тупицин, Ю.Я. Опросник для оценки центральных личностных функций на структурном уровне. Пособие для психологов и врачей / Ю.Я. Тупицин, В.В. Бочаров, Т.В. Алхазова. – СПб, 1998. – 70 с.

З ГІСТОРЫІ РАЗВІЦЦЯ БЕЛАРУСКАЙ МЕДЫЦЫНСКАЙ ТЭРМІНАЛОГІІ

Варанец В.І.

УА «Гродзенскі дзяржаўны медыцынскі ўніверсітэт»

Уводзіны. Беларуская медыцынская лексіка сваім вытокамі ідзе з агульнаеўрапейскай і агульнаславянскай моў. Старажытныя балцкія плямёны, плямёны крывічоў, дрыгавічоў, радзімічаў ужо мелі пэўныя медыцынскія веды, якія перадаваліся з пакалення ў пакаленне. Агульнаславянскае слова “ўрач” мае агульны карань са словамі *бурчаць, уракаць (здымаць ураканне)*. На балгарскай мове так называлі чарадзея, а на сербахарвацкай чараўніка, прадказальніка [1]. Такім чынам, ужо ў старажытныя часы ўрач аказваў пэўную дапамогу людзям і карыстаўся агульнай павагай.

Мэтай дадзенай працы з’яўляецца спроба прасачыць асноўныя этапы развіцця беларускай медыцынскай тэрміналогіі і вызначыць іх уплыў на сённяшні стан тэрміналагічнай лексікі.

Асноўная частка. Дзякуючы рукапісным помнікам з даўніх