

2. Возраст от 15 до 39 лет является наиболее критическим с позиции высокой вероятности совершения самоубийства в состоянии алкогольного опьянения. Алкогольное опьянение в суицидоопасной ситуации способствовало уходу из жизни в более молодом возрасте (усреднено у мужчин на 5,9 года и у женщин – на 14,2 года).

3. Сезонное распределение случаев самоубийств, ассоциированных и не ассоциированных с алкогольным опьянением, существенно отличалось как в мужской, так и в женской популяциях населения г. Минска. Высокий популяционный риск суицидальной смертности среди мужского и женского населения г. Минска в состоянии алкогольного опьянения приходился на летнее время года, минимальный на зимнее (среди мужчин) и осеннее (среди женщин). В дифференцированном половозрастном разрезе ассоциированные с алкогольным опьянением сезонные распределения случаев самоубийств неоднородны.

Литература

1. Гишинский Я., Румянцева Г. Основные тенденции динамики самоубийств в России – <http://www.narcom.ru/ideas/socio/28.html#3> – дата считывания 28.06.2011 г.

2. Диагностика суицидального поведения: Метод. рекомендации / М-во здравоохранения РСФСР; Сост. А.Г. Амбрумова В. А. Тихоненко]. – М., 1980 – 48 с.

3. Мягков А.Ю. Темпоральные характеристики самоубийств / А.Ю.Мягков // Социо-логические исследования. – 2004. – № 3. – С. 83–92.

4. Hassan R. Temporal variations in suicide occurrence in Australia: A Research Note / R. Hassan // Australian and New Zealand Journal of Sociology – 1994. – Vol. 30. – № 2. – P. 194–202.

5. Maldonado G. Variation in suicide occurrence by time of the day, day of the week, month and lunar phase / G. Maldonado, J.F. Kraus // Suicide and Life-Threatening Behavior. – 1991. – Vol. 21. – № 2. – P. 174–188.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ АРОМАТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Григорьева И.В., Игумнов С.А.¹, Григорьев В.И.²

¹ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

²«Международный государственный экологический университет им. А.Д. Сахарова», г. Минск, Беларусь

Одним из лидирующих в настоящее время стал рост артериальной гипертензии, так как она представляет собой одно из наиболее распространенных хронических психосоматических заболеваний, имеющих большое социальное, экономическое и общемедицинское значение [2].

Лечение артериальной гипертензии проводится по устойчивым схемам – диагностика, подбор симптоматических фармакологических средств. При этом не обсуждается существенное побочное действие гипотензивных препаратов. По мнению ряда ученых, выход из этого тупика возможен, во-первых, при переходе к этиологическому лечению артериальной гипертензии, а во-вторых, при разработке и активном внедрении методов их профилактики [3, 5]. Перспективным путем профилактики нарушений, происходящих в организме, считается управление универсальными процессами повышения устойчивости организма с помощью природных веществ, близких по химической структуре, биологическому и фармакологическому действию эндогенным соединениям, участвующим в биорегуляции физиологических систем организма. Известно, что многие компоненты растительных ароматических веществ по химической структуре, биологическому и фармакологическому действию близки к эндогенным соединениям, участвующим в биорегуляции физиологических систем организма [1, 5]. В эксперименте и

клинике также установлено положительное действие ароматерапии на больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями [5]. В настоящее время терапевтические эффекты ароматерапии находят объяснение при исследовании процессов взаимодействия летучих ароматных веществ с рецепторами (обонятельными, тригеминальными, термическими). Воздействие запаха действует на лимбическую систему мозга, где он в первую очередь анализируется центром памяти и обуславливает эмоциональный ответ, возникает эмоциональная реакция, обусловленная собственными ассоциациями с тем или иным запахом, что эффективно используется в психотерапии [1, 2]. Исследования показали, что понимание внутренней картины болезни определяет правильное построение взаимодействия между доктором и пациентом, возможности осмысления пациентом наличия заболевания и адекватности предлагаемого лечения [2].

Отсутствие систематизированных данных, касающихся анализа внутренней картины болезни при артериальной гипертензии, необходимость научного обоснования и разработки методов аромаспихотерапевтической коррекции данного заболевания послужили основанием для проведения данного исследования.

Цель исследования: на основе изучения паттерна отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертензией подбор аромаспихотерапевтических схем для коррекции АД.

Материал и методы. Нами был выявлены основные типы реагирования и на болезнь и гендерные различия у 57 пациентов с артериальной гипертензией. Возраст обследованных нами пациентов варьировал в пределах 31-68 лет (средний возраст – $52 \pm 15,1$ лет). Распределение по полу было следующее: 27 мужчин, 30 женщин. Все пациенты с артериальной гипертензией имели диагноз «эссенциальной гипертензии» (класс IX, рубрика I 10). I стадию заболевания имели 36,9%, II – 56,1% и III – 7,0% пациентов. Диагностика психических и поведенческих расстройств осуществлялась в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями МКБ-10 (класс V, рубрика F 43; F 54) [3]. Сравнительный анализ между двумя независимыми группами проводили с использованием хи-квадрат (χ^2). Различия между группами по статистическим показателям считали значимыми при $p < 0,05$. Для исследования эмоциональной реакции пациента на заболевание нами использовался Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). На первом этапе обследование было направлено на выявление паттернов личностного реагирования на наличие заболевания артериальной гипертензии. На втором этапе с учетом динамики внутренней картины болезни была подобрана тактика аромаспихотерапии.

Результаты и обсуждение. При оценке исследования эмоциональной реакции на заболевание у пациентов с артериальной гипертензией нами было выявлено, что преимущественно отмечались следующие типы реагирования: основным типом был тревожный – у 15 (26,3%) человек, неврастенический – у 13 (22,8%) человек, дополнительно выбранным типом был неврастенический – у 14 (24,6%) и сенситивный – у 11 (19,3%). Анализ картины болезни у мужчин и женщин показал различие в типах реагирования на болезнь. При этом у мужчин основным типом реагирования был неврастенический – у 9 (16,1%) человек, а дополнительным – сенситивный у 8 (14%) человек, а у женщин основной – тревожный у 10 (18%) человек, а дополнительным – неврастенический у 10 (18%) человек. Статистически значимое различие между группами мужчин и женщин составило: в 2010 г. – по тревожному типу ($\chi^2=5,83$, $p < 0,016$), сенситивному ($\chi^2=3,91$, $p < 0,048$). Имеющийся анализ типов эмоционального реагирования позволил понять характеристики внутренней картины болезни у пациентов с артериальной гипертензией, определить и наметить схемы аромаспихотерапевтических схем.

Мы использовали три основных группы терапевтических эффектов: ментальные (психотерапевтическое воздействие); вегетативные (сосудорасширяющее, гипотензивное); метаболические (антиоксидантное или прооксидантное, иммуностимулирующее).

На основании полученных результатов по внутренней картине болезни намечены следующие пути аромасихотерапевтической коррекции, в которой были подобраны комбинации ароматических масел с наличием противострессового, гипотензивного, седативного, релаксационного, адаптогенного и гармонизирующего действия. Во время сеансов сочетанной аромасихотерапии после достижения состояния релаксации врач-психотерапевт рекомендует пациентам с артериальной гипертензией установку на состояние саморегуляции с постановкой положительных «якорей» использующимися ароматическими маслами, включенными в схему ароматкоррекции.

В схему аромасихотерапии мы включили: лаванду лекарственную (релаксант) (*Lavandula officinalis*); апельсин китайский (стабилизатор) (*Citrus sinensis*; герань розовую (стимулятор, адаптоген) (*Pelargonium roseum*; иланг-иланг (релаксант) (*Cananga odorata*); лимон (стимулятор, адаптоген) (*Citrus limon*); фенхель обыкновенный (релаксант) (*Foeniculum vulgare*). По способу применения были назначены ароматические процедуры с сосудорегулирующим и гипотензивным эффектом:

1. Холодные ингаляции – утром по краям простыни наносится масло апельсина по 3 капли затем пациент укутывается в простынь, оптимальная длительность составляет 7 минут; вечером по краям простыни наносится масло лаванды по 3 капли затем пациент укутывается в простынь, длительность 10 минут. Курс 14-21 процедура, ежедневно.

2. Применение ароматической воды внутрь – внутреннее употребление масел лимона и фенхеля по 1 капле на 250 ml воды разделено на 2 приема: утром и днем за 15 минут до приема еды. Курс 15 процедур, ежедневно, перерыв 10 дней и повторный курс.

3. Ароматерапевтические ванны – прохладные общие ванны с температурой воды 30-32 градуса: масло иланг-иланг 5 капель + лаванды 3 капли + апельсина 2 капли на эмульгатор – 7 столовых ложек соли. Длительность 15 минут через день, курс 20 процедур.

4. Рефлексомассаж стоп – масло герани 5 капель + иланг-иланга 3 капли смешивается с транспортным маслом (персиковым) в пропорции 1:1, втирается массажными движениями в стопы. Длительность массажа 5 минут. Курс 15 процедур ежедневно.

Уже во время проведения курса аромасихотерапии у 67% обследованных отмечалась положительная динамика снижения профиля АД по сравнению с первоначальными исследованиями.

Выводы:

1. В структуре внутренней картины болезни пациентов с артериальной гипертензией преобладают тревожный и неврастенические типы отношения к болезни.

2. В связи с преобладанием тревожного и неврастенического типа отношения к болезни у пациентов с артериальной гипертензией в схему аромасихотерапевтической коррекции включены комбинации ароматических масел с наличием противострессового, противотревожного, гипотензивного, седативного, релаксационного, адаптогенного и гармонизирующего действия.

3. С учетом высокой распространенности психосоматических и соматопсихических расстройств у пациентов с артериальной гипертензией применение аромасихотерапевтической коррекции актуально на всех этапах оказания реабилитационной помощи для оптимизации гипотензивной терапии.

Литература

1. Браун, Д.В. Ароматерапия / Д.В. Браун. М: ФАИР-ПРЕСС, 2006, – 128 с.
2. Бройтигам, В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, – М. Рад. – М., 1999. – 224 с.

3. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинич. описания и указания по диагностике: 10-й пересмотр / Пер. на рус. яз. под ред Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина; ВОЗ. – Киев: Факт, 1999. – 272 с.

4. Мрочек, А. Г. Итоги работы кардиологической службы Республики Беларусь в 2009 г. и задачи на 2010 г. / А. Г. Мрочек, С. А. Дубень, Ф. Ф. Ермолкевич // Кардиология в Беларуси. – 2010. – № 2. – С. 10-15.

5. Николаевский, В.В. Ароматерапия. Справочник / В.В. Николаевский. – Тольятти: Медицина, 2000. – 295с.

СОЦИАЛЬНЫЕ ОЦЕНКИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Деларю В.В., Горбунов А.А., Юдин С.А.

ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»,
г. Волгоград, Россия

Актуальность. В Отчете Европейской конференции ВОЗ на уровне министров «Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения» (2005) отмечается, что психическое здоровье в настоящее время относится к числу наиболее серьезных проблем, стоящих перед всеми европейскими странами [5]. Современное состояние психического здоровья населения России отражает общемировые тенденции и, вместе с тем, отличается некоторыми особенностями, в основном, неблагоприятными. Противоречивые 1990-е годы и трудный, недостаточно последовательный выход из них с низким уровнем жизни значительной части населения в первом десятилетии XXI века способствовали широкой распространенности пограничных психических нарушений у россиян – их имеют более 30% населения; от 30 до 50% лиц, обращающихся за помощью в общесоматические поликлиники и стационары, страдают не соматическими, а пограничными психическими расстройствами; скрытая же заболеваемость еще выше. При этом наиболее эффективным видом помощи при данных нарушениях является психотерапия [1-4].

Однако перспективы дальнейшего развития психотерапии и более широкого внедрения её в практику здравоохранения зависят не только от потребности в данном виде медицинской помощи, экономических возможностей общества, организационно-методических принципов медицинского обслуживания населения, но и от позиции специалистов первичного звена здравоохранения (прежде всего участковых терапевтов и неврологов), врачей-психотерапевтов, а также самих потребителей психотерапевтических услуг.

Цель работы: экспликация социальных оценок оказания психотерапевтической помощи населению крупного промышленного города.

Материалы и методы. С учётом принятых к анкетированию в социологии требований был разработан набор анкет, с помощью которых в г.Волгограде было проведено анонимное анкетирование 1061 человека старше 18 лет, из которых 106 человек ранее получали психотерапевтическую помощь, они составили группу потребителей психотерапевтической помощи; остальные 954 человека психотерапевтическую помощь ранее никогда не получали (выборка была репрезентативной по поло-возрастным показателям генеральной совокупности); 242 терапевтов и неврологов муниципальных поликлиник и стационаров (сплошные гнездовые выборки); 37 врачей-психотерапевтов (метод основного массива); 173 студентов 5-го курса лечебного факультета Волгоградского государственного медицинского университета.

Результаты. Только 23% жителей Волгограда хорошо представляли, в чем заключается деятельность врача-психотерапевта, 27% знали, где работает данный спе-