

Выводы

1. На этапе становления ремиссии (до шести месяцев воздержания от употребления алкоголя), прежде всего, следует предупреждать актуализацию патологического влечения к алкоголю, развитие депрессивных расстройств и гиперстенических проявлений (раздражительности вплоть до дисфории) астенического синдрома.

2. На этапе стабилизации ремиссии (7–12 месяцев воздержания от употребления алкоголя), прежде всего, необходимо лечение, направленное на укрепление нервной системы с целью повышения уровня неспецифической адаптации организма и психики пациентов.

3. На этапе установившейся компенсированной терапевтической ремиссии (более одного года воздержания от употребления алкоголя) необходима долгосрочная психотерапия, социотерапия по формированию здорового образа жизни пациентов, стратегий совладания с трудными ситуациями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клінічна наркологія: підручник безперервного професійного розвитку (за редакцією проф. В. Г. Марченко, ХМАПО) / Колектив авторів: І. К. Сосін [та ін.]. — Харків: Колегіум, 2020. — 1080 с.
2. Алкоголизм: Руководство для врачей / под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2011. — 856 с.
3. Saxena, S. Prevention of mental and behavior disorders: implications for policy and practice / S. Saxena, E. Llopis, C. Hosman // World Psychiatry. — 2006. — Vol. 5, № 1. — P. 5–10.
4. Сквиря, И. М. Комплексный подход к определению качества ремиссии у лиц с алкогольной зависимостью / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. — 2016. — № 3. — С. 35–39.
5. Сквиря, И. М. Клиническая структура ремиссии алкогольной зависимости / И. М. Сквиря // Проблемы здоровья и экологии. — 2019. — № 3 (61). — С. 17–24.

УДК 616.89-008.44/45-085.851

СМЕШАННОЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Сквиря И. М., Абрамов Б. Э., Базан Ю. Ю., Ермакович А. М.

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Тревога и депрессия являются двумя распространенными человеческими эмоциональными реакциями на стрессовые события, разочарования и утраты в жизни. Неудивительно поэтому, что они часто встречаются вместе, хотя в феноменологическом и филогенетическом отношениях представляют собой совершенно разные явления [1, 2, 3].

Согласно прогнозам экспертов Всемирной организации здравоохранения, к 2020 г. депрессия станет второй (после сердечно-сосудистой патологии) по значимости причиной инвалидности и смертности среди людей во всем мире [2].

Нашей пациентке диагностировали смешанное тревожно-депрессивное расстройство несколько лет назад (МКБ-10 — F 41.2). Мы поговорили с ней о том, как шла ее борьба с расстройством, а также о том, как важно вовремя получить квалифицированную помощь.

Цель

На конкретном клиническом случае проанализировать особенности возникновения тревожно-депрессивного расстройства и пути выхода из него.

Материал и методы исследования

С помощью внутреннего наблюдения (самонаблюдения) и клинического анализа исследовался случай проявления тревожно-депрессивного расстройства.

Результаты исследования и их обсуждение

Стиснув зубы. «Первые признаки тревожно-депрессивного расстройства появились у меня в шестнадцать лет. Я была чрезмерно тревожной, склонной волноваться по малозначимым поводам — «делать из мухи слона». Тревожность усиливалась особенно в ответственные моменты перед контрольными. В такие периоды испытывала тревогу, напряжение, страх. Особенно сильно сказывался дефицит общения: новых друзей завести не удавалось, отношения со сверстниками не складывались, а в классе меня гнобили за то, что я «заучка». В семье было не принято делиться переживаниями: каждый решал свои проблемы самостоятельно, и переживал трудности молча, стиснув зубы. Последние два года учебы в школе дались мне нелегко, но на первом курсе колледжа все более-менее уладилось. У меня появились друзья и парень. Депрессивные симптомы — сниженное настроение, размышления о бессмысленности существования, необоснованные упреки к себе и чувство вины — давали о себе знать, но пока не отравляли жизнь».

В моих снах места для жизни не было. «Первый тяжелый эпизод расстройства произошел через два года после окончания колледжа. У меня была самая обычная жизнь, и со стороны могло показаться, что все хорошо — но это было не так. До сих пор я пытаюсь понять, что послужило толчком для моего заболевания, и не могу. Скорее всего, дело в разных факторах: воспитании и семье, особенностях личности (я очень замкнутый человек), чертах характера (ответственности и перфекционизме). В детстве я была угрюмым и серьезным ребенком, часто слышала от других, что я «не по годам взрослая». Сначала тревожность проявлялась в сновидениях. Каждая ночь приносила кошмары: я убегала от страшных зверей, на глазах у меня убивали близких».

Ведь ожидания наводят ужас. «Тревожный человек вроде меня волнуется по самым, казалось бы, незначительным поводам и придает большое значение тому, что еще не произошло. Это постоянная изо дня в день, монотонная тревога по поводу разных жизненных событий, наступление которых хотя и возможно, но маловероятно. Например, накануне сдачи отчетов, проверок «прокручивала» в голове производственные дела, анализировала правильность принятия решений, возможные промахи, представляя сценарии с печальным концом, что сопровождалось трудным засыпанием. Представьте, как (вполне закономерно) волнуетесь перед экзаменом. У меня такое чувство было связано с рядовыми событиями: очередь в магазине, поездкой на общественном транспорте, походом в поликлинику. В поведении это проявлялось пугливостью, неспособностью сосредоточиться, нетерпеливостью, неспособностью расслабиться. Окружающие расценивали это как «слабость характера» и давали советы типа «возьми себя в руки», «не беспокойся по мелочам». Чувство ужаса накатывало без причины».

Лабиринты печали и мысли по кругу вдоль стен тоски. «Вскоре начались конфликты с партнером. Я много плакала, а он давил на самые больные места: внешность и отношения с родителями. Он много конфликтовал с другими: ругался с соседями по квартире и постоянно попадал в неприятные ситуации, начал пить и это тоже негативно сказывалось на моем эмоциональном состоянии. Но я старалась справиться с переживаниями самостоятельно — в итоге через два года «эмоциональных качелей» мы расстались».

Невмоготу стало в 2017 г. после перенесенной операции (по удалению матки) стала отмечать, что появилась тревога за все, бессонница, стало тяжело на душе, появился страх. В этот период пришлось выплатить много денег, так как являлась поручителем подруги, а она умерла. Таких денег, естественно, не было. После этого постепенно стали нарастать чувство усталости, предчувствие плохого, раздражительность, беспокойство. Приходя с работы, часто срывалась на дочери. Все вызывало раздражение и злость. Чтобы перестать концентрироваться на посторонних раздражителях, я считала

до трехсот или пятисот, надеясь отвлечься. Расслабиться не удавалось: я постоянно чувствовала необъяснимое внутреннее напряжение и, даже пряча руки в карманы, плотно сжимала их в кулаки».

Есть только миг, за него и держись. «О том, что можно лечиться с помощью психотерапии, я не знала, да и, честно говоря, с трудом понимала, что у меня за состояние. Я решила, что это происходит со мной первый и последний раз в жизни. Как человек, запуганный «карательной психиатрией», я считала, что официальное обращение к врачу обернется для меня волчьим билетом, постановкой на учет и сломанной карьерой, а лекарства доведут меня до состояния овоща».

Все отнималось ленью. «Но в выходные дни вместо привычного активного времяпровождения — залеживалась в постели. Ела «через силу». Появились идеи малоценности: винила себя, что никак не могу взять себя в руки. Мучительное сжатие в груди, нарушение сна, беспричинное волнение, безнадежность и пессимизм заставили меня обратиться к психотерапевту. В июле 2017 г. прошла курс лечения в отделении пограничных состояний учреждения «ГОКПБ». На фоне лекарств (Велаксин-ретард, Кетилепт, Клоназепам) и психотерапии, отметила полную редукцию расстройств.

Однако сказать, что болезнь меня отпустила, когда я вышла из больницы, я не могу. Лечение приглушило симптомы: плохой сон, потерю аппетита, ощущение иррационального страха и чувство тревоги. Но счастливым человеком, который живет в согласии с собой и окружающим миром, я не стала. Представьте, что у вас воспалился аппендикс, а врач дает вам обезболивающее, но операцию не назначает — симптомы уходят, а причина остается».

Где ты, где ты, белая карета? «Состояние стало ухудшаться с сентября 2019 г., через месяц стали появляться тошнота, постоянное чувство напряжения, «нервности», что сопровождалось эпизодами ускоренного сердцебиения и перебоев в работе сердца. На фоне нарастающей тревоги и подавленности не могла сосредоточиться на работе. Стала рассеянной, появились трудности концентрации внимания. В силу развившегося психического состояния, в ноябре этого же года обратилась к психотерапевту в амбулаторном порядке. Медикаментозное лечение помогло избавиться от «застревающих» мыслей. Я стала меньше переживать по мелочам, уделять больше времени отдыху, стараться не концентрироваться на плохом и пересмотрела свои ориентиры. Ведь следует признать, что это расстройство душевное, а не телесное и что физические симптомы являются лишь его побочным проявлением. Поэтому необходимо не избавиться от тревоги раз и навсегда с помощью «волшебной пилюли», сделать это, к сожалению, невозможно, а взять тревогу под контроль и научиться самому управлять ею. Осознание того, что уже не тревога распоряжается тобой, а ты тревогой, дает большое облегчение».

Я боролась со смешанным тревожно-депрессивным расстройством три года — за это время я сменила трех врачей, десятки препаратов, худела, у меня выпадали волосы, я чуть не лишилась работы. К счастью, меня поддерживали друзья — их было мало, но они навещали меня в больнице, и я ценю это. В чем-то помогло мое черное чувство юмора: как-то я четко решила, что не буду сводить счеты с жизнью, ведь на мои похороны попросту никто не придет. Но на самом деле больше всего не хотелось оставлять одну дочку, которую, несмотря на все наши разногласия, я очень люблю. Стараюсь не принимать многие вещи близко к сердцу, учусь любить себя и уважать свои чувства».

Таким образом, приведенный клинический случай показывает, что тревожно-депрессивное расстройство является очень серьезным испытанием не только для пациентов и их родных, но и для врачей-специалистов в области психиатрии.

Выводы

В случаях психогенного тревожно-депрессивного расстройства важнейшим лечебным мероприятием является раннее информирование пациента о природе расстройства

и психообразование, которое само по себе может уменьшить выраженность всех симптомов [4]. Эффективное лечение данного расстройства возможно тогда, когда пациенты начинают адекватно оценивать и понимать свое состояние, что требует как можно более раннего применения психологической коррекции, адекватной социальной поддержки и психотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Евсегнеев, Р. А.* Психиатрия: что изменилось за последние три десятилетия / Р. А. Евсегнеев // *Здравоохранение*. — 2018. — № 12 (861). — С. 21–28.
2. *Slavin, S. J.* Finding the Why, Changing the How: Improving the Mental Health of Medical Students, Residents, and Physicians / S. J. Slavin, J. T. Chibnall // *Acad Med*. — 2016. — Vol. 91(9). — P. 1194–1196.
3. *Бобров, А. Е.* Тревожные расстройства: их систематика, диагностика и фармакотерапия / А. Е. Бобров // *Русский медицинский журнал*. — 2006. — Т. 14, № 4. — С. 328–332.
4. Приложение к Приказу Министра Здравоохранения Республики Беларусь 31 декабря 2010 года № 1387 «Клинический протокол оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами» от 2011 года. — Минск, 2011. — 372 с.

УДК 387.6.015.3:005.32:61(476.2-25)

УРОВНИ ПРОКРАСТИНАЦИИ И УЧЕБНОЙ МОТИВАЦИИ СТУДЕНТОВ ГОМЕЛЬСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Сквира И. М., Дорощенко А. А., Колесник Д. Г.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Есть много факторов, оказывающее влияние на учебную деятельность студентов. Одними из них являются прокрастинация и учебная мотивация.

Впервые термин «прокрастинация» ввел в 1977 г. П. Рингенбах в книге «Прокрастинация в жизни человека». **Прокрастинация** — в психологии — склонность к постоянному откладыванию даже важных и срочных дел, приводящая к жизненным проблемам и болезненным психологическим эффектам [1].

Современные исследования психологических механизмов прокрастинации подтверждают возможность рассмотрения ее как феномена регуляторной сферы человека. Описывая причины прокрастинации, исследователи связывают их со «сбоями» в осуществлении различных этапов волевого усилия: отсутствием субъективной значимости целей учебной деятельности, расщеплением побуждающей и смыслообразующей функциями мотивов деятельности, негативной оценкой своих возможностей достижения цели, трудностями в принятии решений или инициации собственной активности [2].

Наряду с прокрастинацией учебная мотивация также оказывает значительное влияние на успешность учебной деятельности. Проблему изучения мотивации учебной деятельности студентов можно назвать одной из ведущих в педагогической психологии. Мотивация, по мнению Н. Ц. Бадмаевой, как главная движущая сила деятельности человека, определяет его поведение во всех сферах жизни, в том числе и в учебной деятельности. Значительная выраженность проявлений академической прокрастинации, напротив, не способствует успешности, что позволяет предположить наличие взаимосвязи двух явлений [3, 4].

Цель

Определить уровень прокрастинации и учебной мотивации и взаимосвязь между ними у студентов Гомельского государственного медицинского университета.

Материал и методы исследования

В ходе исследования было проведено анонимное анкетирование 76 студентов с 1 по 6 курс учреждения образования «Гомельский государственный медицинский уни-