

13. The diagnostic accuracy of serological tests for Lyme borreliosis in Europe: a systematic review and meta-analysis / M.M. Leeflang, C.W. Ang, J. Berkhout // *BMC Infect Dis.* – 2016. – №16. – P.40.
14. Marques, A.R. Comparison of Lyme Disease in the United States and Europe / A.R. Marques, F. Strle, G.P. Wormser // *Emerg Infect Dis.* – 2021. Vol. 27(8). – P.2017-2024.
15. Recent Progress in Lyme Disease and Remaining Challenges / J.R. Bobe, B.L. Jutras, E.J. Horn [et al.] // *Front Med (Lausanne).* – 2021. – №8. – P.666554.
16. Vandekerckhove, O. Lyme disease in Western Europe: an emerging problem? A systematic review / O. Vandekerckhove, E. De Buck, E. Van Wijngaerden // *Acta Clin Belg.* – 2021. – Vol.76(3). – P. 244-252.
17. Strnad, M. Pathogenicity and virulence of *Borrelia burgdorferi* / M. Strnad, N. Rudenko, R.O.M. Rego // *Virulence.* – 2023. – Vol.14(1). – P.2265015.
18. Neuroborreliosis with encephalitis: a broad spectrum of clinical manifestations / D. Hudasch, F.F. Konen, N. Möhn // *BMC Infect Dis.* – 2025. – Vol.25(1). – P.182.
19. Lyme Borreliosis and Associations With Mental Disorders and Suicidal Behavior: A Nationwide Danish Cohort Study / Fallon B.A., T. Madsen, A. Erlangsen, M.E. Benros // *Am J Psychiatry.* – 2021. – Vol.178(10). – P. 921-931.
20. Bransfield, R.C. Suicide and Lyme and associated diseases / R.C. Bransfield // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2017. – 13. – P. 1575-1587.
21. Lyme Borreliosis and Associations With Mental Disorders and Suicidal Behavior: A Nationwide Danish Cohort Study / B.A. Fallon, T. Madsen, A. Erlangsen, M.E. Benros // *Am J Psychiatry.* – 2021. – Vol.178(10). – P. 921-931.
22. Late-stage borreliosis and substance abuse / R.C. Bransfield, S.K. Goud Gadila, L.J. Kursawe // *Heliyon.* – 2024. – Vol.10(10). – P.e31159.
23. Obsessive-compulsive symptoms in adults with Lyme disease / C. Johnco, B.B. Kugler, T.K. Murphy, E.A. Storch // *Gen Hosp Psychiatry.* – 2018. – Vol. 51. – P.85-89.
24. Neuropsychiatric Manifestations and Cognitive Decline in Patients With Long-Standing Lyme Disease: A Scoping Review / M. Brackett, J. Potts, A. Mehofer // *Cureus.* – 2024. – Vol.16(4). – P.e58308.
25. Functional neuroimaging in patients presenting with somatoform disorders: A model for investigating persisting symptoms after tick bites and post-treatment Lyme disease syndrome? / E. Guedj, C. Eldin, D. Raoult // *Médecine et Maladies Infectieuses.* – 2019. – Vol. 49(2). – P.150-156.
26. Brodziński, S. Psychosis in *Borrelia burgdorferi* infection - part I: epidemiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of neuroborreliosis / S. Brodziński, T. Nasierowski // *Psychiatr Pol.* – 2019. – Vol.53(3). – P.629-640.
27. Petnicki-Ocwieja T, Kern A. Mechanisms of *Borrelia burgdorferi* internalization and intracellular innate immune signaling / T. Petnicki-Ocwieja, A. Kern // *Front Cell Infect Microbiol.* – 2014. – №4. – P.175.
28. The pathogenesis of lyme neuroborreliosis: from infection to inflammation / T. A. Rupprecht, U. Roedel, V. Fingerle, H.-W. Pfister // *Molecular medicine.* – 2008. – Vol. 14. – P.205-212.
29. Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America, American Academy of Neurology, and American College of Rheumatology: 2020 Guidelines for the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Lyme Disease / P.M. Lantos, J. Rumbaugh, L.K. Bockenstedt [et al.] // *Neurology.* – 2021. – Vol.96(6). – P.262-273.
30. Consensus group. Guidelines for diagnosis and treatment in neurology - Lyme neuroborreliosis / S. Rauer, S. Kastenbauer, H. Hofmann // *Ger Med Sci.* – 2020. – Vol. 18. – P.Doc03.
- 31.. Эпидемиологические особенности распространения ВИЧ-инфекции у детей в российской федерации / В.Н. Емельянов, Ю.А. Бурко, В.А. Горичный, В.Вю Маркелов // *Клиническая патофизиология.* – 2024. – №2. – С. 20-25.

### **Сведения об авторах**

М.О. Абдулкин – оператор научной роты

### **Information about the authors**

М.О. Abdulkin\* – Scientific Unit Operator

\*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

virko-viktor@mail.ru

УДК: 616.89

## **УРОВЕНЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ И ЕГО СВЯЗЬ С СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ**

Абросимов Алексей Владимирович<sup>1</sup>, Денисова Анастасия Алексеевна<sup>1</sup>, Богданов Сергей Иванович<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра психиатрии, психотерапии и наркологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России

<sup>2</sup>ГАУЗ СО «Областная наркологическая больница»

Екатеринбург, Россия

### **Аннотация**

**Введение.** Успешность лечения и реабилитации больных алкоголизмом во многом определяется их способностью противостоять стрессовым ситуациям. Жизнестойкость в данном случае играет ключевую роль в способности человека справляться с жизненными трудностями. **Цель исследования** - изучение уровня жизнестойкости у больных алкоголизмом и их связи с социально-демографическими факторами. **Материал и**

**методы.** Исследование проведено путем анонимного опроса 50 пациентов с диагнозом алкоголизм, проходящих лечение в Наркологическом отделении № 7 филиала «Северной психиатрической больницы» ГАУЗ СО «СОКПБ» с января по февраль 2025 года при получении добровольного согласия при помощи теста жизнестойкости (методика С.Мадди в адаптации Д.А.Леонтьева) и анкеты для потребителей алкоголя. **Результаты.** Средний возраст пациентов составил 47 лет [min – 29, max – 67, SD=8,8]. Большинство пациентов – мужчины (88%), имеют среднее специальное образование (62%) и постоянную работу (66%), состоят в браке (60%); материальное положение – среднее (40%) и ниже среднего (30%). Жизнестойкость (общий балл) участников находится в диапазоне от 44 до 114. Среднее значение общего балла жизнестойкости составляет 81,58 балла, SD=18,223. Средний уровень вовлеченности 36,82 баллов (min – 20, max – 51, SD=7,743). Средний уровень контроля 29,16 баллов (min – 14, max – 40, SD=7,243). Средний уровень принятия риска 15,60 баллов (min – 4, max – 26, SD=6,017). **Выводы.** У мужчин показатели как жизнестойкости в целом, так и отдельных ее компонентов выше. Между уровнем жизнестойкости (в том числе вовлеченностью и принятием риска) и величиной материального достатка у больных с синдромом зависимости от алкоголя имеется обратная зависимость.

**Ключевые слова:** жизнестойкость, алкоголизм, синдром зависимости от алкоголя, социально-демографические факторы.

## THE LEVEL OF RESILIENCE IN PATIENTS WITH ALCOHOLISM AND ITS RELATION TO SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS

Aleksey Vladimirovich Abrosimov<sup>1</sup>, Anastasia Alekseevna Denisova<sup>1</sup>, Bogdanov Sergey Ivanovich<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Psychotherapy and Narcology

Ural State Medical University

<sup>2</sup>Regional Narcological Hospital

Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** The success of treatment and rehabilitation of patients with alcoholism is largely determined by their ability to withstand stressful situations. Resilience in this case plays a key role in a person's ability to cope with life's difficulties.

**The aim of the study** - to study the level of resilience in patients with alcoholism and their relationship with socio-demographic factors. **Material and methods.** The study was conducted by anonymously interviewing 50 patients diagnosed with alcoholism who were being treated in the Narcological Department No. 7 of the branch of the Northern Psychiatric Hospital from January to February 2025, upon obtaining voluntary consent using a resilience test (S.Maddie's method adapted by D.A.Leontiev) and a questionnaire for alcohol consumers. **Results.** The average age of the patients was 47 years [min – 29, max – 67, SD=8.8]. The majority of patients are men (88%), have secondary specialized education (62%) and permanent employment (66%), and are married (60%); The financial situation is average (40%) and below average (30%). The participants' resilience (total score) ranges from 44 to 114. The average value of the overall resilience score is 81.58 points, SD=18.223. The average level of engagement is 36.82 points (min – 20, max – 51, SD=7.743). The average control level is 29.16 points (min – 14, max – 40, SD=7.243). The average risk acceptance level is 15.60 points (min – 4, max – 26, SD=6.017). **Conclusions.** In men, the indicators of both resilience as a whole and its individual components are higher. There is an inverse relationship between the level of resilience (including engagement and risk-taking) and the amount of material wealth in patients with alcohol dependence syndrome.

**Keywords:** resilience, alcoholism, alcohol dependence syndrome, socio-demographic factors.

### ВВЕДЕНИЕ

Проблема алкоголизма продолжает оставаться одной из наиболее актуальных и социально значимых во всем мире. Помимо разрушительного влияния на физическое и психическое здоровье индивида, алкогольная зависимость оказывает негативное воздействие на семью, трудовую деятельность, общественную безопасность и экономическое благополучие общества в целом. [1] Успешность лечения и реабилитации больных алкоголизмом во многом определяется их способностью противостоять стрессовым ситуациям, поддерживать активную жизненную позицию и находить ресурсы для преодоления трудностей, связанных с отказом от употребления алкоголя.

В последние годы в психологии и медицине все больше внимания уделяется изучению жизнестойкости как интегративного личностного качества, обеспечивающего устойчивость к стрессу и способность к адаптации в сложных жизненных обстоятельствах. Существуют различные подходы к пониманию жизнестойкости, определяя ее как способность,

внутреннюю меру, выносливость, адаптацию, резильентность, жизнеспособность, черту личности. [2]

Важно, что жизнестойкость включает в себя 3 основных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладения со стрессами и восприятия их как менее значимых (отличие от сходных конструкторов будет обосновано ниже).

Вовлеченность предоставляет возможность найти нечто стоящее и интересное для личности. Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности.

Контроль представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому — ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

Принятие риска — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию. [3]

Жизнестойкость играет ключевую роль в способности человека справляться с трудностями и стрессовыми ситуациями, что, в свою очередь, способствует формированию психологической устойчивости, оберегает личность от дезинтеграции и психологических расстройств. [4] Чем выше жизнестойкость, тем ниже уязвимость и риск заболеваний. Хорошая жизнестойкость обеспечивает хорошее здоровье, облегчает и ускоряет заживление, а также обеспечивает продуктивную жизнь и чувство благополучия, несмотря на хронические заболевания. [5] При этом жизнестойкость является защитным фактором против проблемного употребления алкоголя, риска расстройства, связанного с употреблением алкоголя, тяжести расстройства и рецидива. [6]

Известно, что жизнестойкость отрицательно коррелирует с депрессивностью, отдельными симптомами посттравматического стрессового расстройства и использованием неадаптивных копинг-стратегий, не разрешающих проблемы (употребление алкоголя, уход в собственные фантазии), [3] с возрастом; и позитивно – с уровнем образования. [7]

Но несмотря на растущий интерес к изучению жизнестойкости в контексте различных психических расстройств, работ, посвященных исследованию уровня жизнестойкости у больных алкоголизмом и его связи с социально-демографическими характеристиками, все еще недостаточно.

**Цель исследования** – изучение уровня жизнестойкости у больных алкоголизмом и их связи с социально-демографическими факторами

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

Исследование проведено путем анонимного опроса 50 пациентов с диагнозом алкоголизм, проходящих лечение в Наркологическом отделении № 7 филиала "Северной психиатрической больницы" ГАУЗ СО "СОКПБ" с января по февраль 2025 года при получении добровольного согласия.

**Критерии включения:** больные с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2, F10.3); мужской и женский пол; возраст 18 лет и старше; больные с воздержанием от употребления алкоголя не менее 5 дней, перед выпиской из отделения; больные поступившие в стационар без психотической симптоматики.

**Критерии исключения:** возраст младше 18 лет; наличие тревожных и депрессивных эпизодов в анамнезе; тяжелая соматическая патология; больные поступившие в стационар с психотической симптоматикой.

Показатели жизнестойкости определялись при помощи теста жизнестойкости (методика С.Мадди в адаптации Д.А.Леонтьева). [3] Социально-демографические данные собирались в соответствии с анкетой для потребителей алкоголя.

Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических программ «Microsoft Excel 2003». Данные представлены в виде  $M$  [min; max; SD], где  $M$  - среднее значение, [min; max; SD] – минимальное и максимальное значения показателя, стандартное отклонение. Для определения корреляционной зависимости использовали коэффициент корреляции Пирсона ( $r$ ). Значения считали статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Средний возраст пациентов составил 47 лет [min – 29, max – 67, SD=8,8]. Большинство пациентов - мужчины (88%,  $n = 44$ ), остальные женщины (12%,  $n = 6$ ). Злоупотребление алкоголем у пациентов в среднем составило 13 лет (min – 1, max – 44, SD=9,2), при этом длительность злоупотребления алкоголем у большинства менее 20 лет (86%,  $n = 43$ ). Длительность запоя у пациентов не превышала 30 дней, при этом распределение пациентов по данному показателю равномерно, и составила 15,7 дней (min – 3, max – 30, SD=9,4). Время формирования абстинентного синдрома 8,5 лет (min - 1, max - 24, SD=6,3), длительность наличия в анамнезе - 4 года (min – 1, max – 20, SD=3,8); у большинства пациентов составил менее 7 лет (92%). На момент опроса все пациенты (100%) воздерживались от алкоголя не менее 5 дней.

Большинство пациентов, больных алкоголизмом, имеют среднее специальное образование (62%,  $n = 31$ ); неполное среднее образование (7-9 лет) - 18% ( $n = 9$ ), полное среднее образование (10-12 лет) - 2% ( $n = 1$ ), незаконченное высшее - 4% ( $n = 2$ ), высшее - 14% ( $n = 7$ ). Распределение по социальному статусу следующее: рабочие (60%,  $n = 30$ ), пенсионеры (22%,  $n = 11$ ), предприниматель (8%,  $n = 4$ ), специалист/инженерно-тех. работник (4%,  $n = 2$ ), безработный (6%,  $n = 3$ ).

Распределение по семейному положению: состоят в браке (женаты) – 60%, повторный брак у 2%, гражданский брак – 12%, вдова/вдовец – 4%, разведены – 12%, никогда не состояли в браке 10%.

Источником средств у пациентов являются: постоянная работа у 66%, временная работа у 2%, случайные заработки – 8%, супруг/супруга – 2%. Таким образом, основной источник дохода - постоянная работа (66%); при этом немалая доля больных (22%) для получения средств на алкогольную продукцию обращаются к родителям или родственникам.

Материальное положение выше среднего – у 16%, среднее – у 40%, ниже среднего – 30%, низкое - 14%.

Жизнестойкость (общий балл) участников находится в диапазоне от 44 до 114. Среднее значение общего балла жизнестойкости составляет 81,58 балла, SD=18,223. Средний уровень вовлеченности 36,82 баллов (min – 20, max – 51, SD=7,743). Средний уровень контроля 29,16 баллов (min – 14, max – 40, SD=7,243). Средний уровень принятия риска 15,60 баллов (min – 4, max – 26, SD=6,017).

Анализ полученных данных показал, что уровень материального достатка находится в обратной корреляционной зависимости с общим уровнем жизнестойкости ( $r = -0,385$ ,  $p < 0,01$ ), вовлеченностью пациентов ( $r = -0,299$ ,  $p < 0,05$ ) и их принятием риска ( $r = -0,518$ ,  $p < 0,01$ ); связь умеренно выражена для общего уровня жизнестойкости и принятия риска и слабо выражена для вовлеченности.

К тому же, было выявлено, что женщины обладают более низкими показателями как уровня жизнестойкости в целом ( $r = -0,421$ ,  $p < 0,01$ ), так и отдельных элементов - вовлеченности ( $r = -0,353$ ,  $p < 0,05$ ), контроля ( $r = -0,291$ ,  $p < 0,05$ ), принятия риска ( $r = -0,471$ ,  $p < 0,01$ ); при этом корреляционная связь умеренно выражена для жизнестойкости в целом, вовлеченности и принятия риска и слабо - для контроля.

Напротив, не было выявлено, что жизнестойкость и отдельные ее компоненты - вовлеченность, контроль, принятие риска - коррелируют с уровнем образования (соответственно,  $r = 0,169$ ,  $r = 0,069$ ,  $r = -0,023$ ,  $r = 0,156$ ,  $p > 0,05$ ), социальным статусом (соответственно,  $r = -0,195$ ,  $r = -0,213$ ,  $r = -0,199$ ,  $r = -0,078$ ,  $p > 0,05$ ), источником средств на жизнь (соответственно,  $r = -0,015$ ,  $r = -0,077$ ,  $r = -0,019$ ,  $r = 0,079$ ,  $p > 0,05$ ), семейным положением (соответственно,  $r = -0,174$ ,  $r = -0,079$ ,  $r = -0,278$ ,  $r = -0,090$ ,  $p > 0,05$ ).

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Настоящее исследование определило наличие корреляции между уровнем жизнестойкости и величиной материального достатка, полом, чего не выявлялось ранее. При этом не было отмечено наличия достоверно значимой ( $p < 0,05$ ) корреляции с другими социально-демографическими данными, например, с уровнем образования, что несколько расходится с данными литературы [7]. Это может быть объяснено различными причинами: малая выборка пациентов, недостоверное сообщение пациентами информации о своей жизни в силу разных обстоятельств, неоднородность отягощенности анамнеза по употреблению алкоголя. В то же время основной долей больных с синдромом зависимости от алкоголя продолжают оставаться мужчины (88%). Данная тема требует дальнейшего изучения.

### **ВЫВОДЫ**

1. Большую часть больных с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2, F10.3) составляют мужчины (88%); при этом у мужчин показатели как жизнестойкости в целом, так и отдельных ее компонентов выше.

2. Между уровнем жизнестойкости (в том числе вовлеченностью и принятием риска) и величиной материального достатка у больных с синдромом зависимости от алкоголя имеется обратная зависимость.

3. Между уровнем жизнестойкости в общем и ее компонентов в отдельности, с одной стороны, и социальным статусом, источником средств на жизнь, семейным положением, с другой стороны, зависимость отсутствует.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. Абсатаров, Р. Р. Алкоголизм и наркомания в России: тенденции и следствия / Р.Р. Абсатаров // Геополитика и экогеодинамика регионов. - 2024. - Т. 20, № 2. - С. 59–68.
2. Гаранина, М.М. Феномен жизнестойкости: подходы к рассмотрению, перспективы изучения / М.М. Гаранина // Международный научно-исследовательский журнал. - 2023. - № 12 (138).
3. Леонтьев, Д.А. Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказов. — Москва: Смысл, 2006. — 63 с.
4. Бырканов, А.В. Исследование жизнестойкости как компонента психологической безопасности. / А.В. Бырканов. —4. Саратов: Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования, 2024. - 13 (2А). - 131-138 с.
5. Resilience in Health and Illness / R. Babić, M. Babić, P. Rastović [et al.] // Psychiatria Danubina. - 2020. - Vol. 32. - P. 226-232.
6. Schwandt, M. L. The role of resilience in the relationship between stress and alcohol / M. L. Schwandt, E. Cullins, V. A. Ramchandani. - Neurobiol Stress, 2024.
7. Алфимова, М. В. Русскоязычная версия краткой шкалы жизнестойкости / М.В. Алфимова, В. Е. Голимбет. - Москва: Социальная и клиническая психиатрия, 2012. - Т. 22, № 4. - С.10 - 15.

### **Сведения об авторах:**

А.В. Абросимов\* - студент

А.А. Денисова - студент

С.И. Богданов - доктор медицинских наук, доцент

### **Information about the authors:**

A.V. Abrosimov\* - Student

A.A. Denisova - Student

S.I. Bogdanov - Doctor of Sciences (Medicine), Associate Professor

\***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

alexsey10092002@gmail.com

УДК: 616.89-008.45

## **ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ДЕЛИРИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ**

Адейемо Олувафемиде Олукайоде, Мудунга Мбина Дженсен, Дик Карина Павловна