



Клинико-психологические особенности пациентов с ранними срывами терапевтической ремиссии алкогольной зависимости

М. И. Сквир, И. М. Сквир, Б. Э. Абрамов

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель, Беларусь

Резюме

Цель исследования. Установить основные механизмы ранних срывов терапевтической ремиссии алкогольной зависимости (АЗ).

Материалы и методы. Проведено комплексное (клиническое, экспериментально-психологическое, статистическое) сравнительное исследование 81 пациента с АЗ на этапе становления терапевтической ремиссии (из них 39 человек в ремиссии высокого качества (РВК) и 42 пациента со срывами терапевтической ремиссии до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) в возрасте от 27 до 55 ($40,2 \pm 7,2$) лет.

Результаты. Установлено, что по всем биопсихосоциальным факторам риска рецидива АЗ пациенты с ранними срывами терапевтической ремиссии отличались от лиц в РВК только психологическими особенностями: сниженным уровнем осознания болезни ($0,78 \pm 0,67$ против $0,04 \pm 0,21$ балла, $p < 0,01$); некомплаенсом ($2,64 \pm 0,56$ против $0,46 \pm 0,85$, $p < 0,01$); переживаниями состояния скуки ($1,25 \pm 1,12$ против $0,13 \pm 0,63$ балла, $p < 0,01$) и позитивным отношением к ситуациям, связанным с алкоголем ($1,58 \pm 0,94$ против $0,72 \pm 0,75$ балла, $p < 0,01$).

Заключение. Пациенты с ранними срывами терапевтической ремиссии АЗ от лиц в РВК, при отсутствии клинических признаков болезни в обеих группах, отличались сохранностью зависимости к алкоголю на уровне личности, что проявлялось их низким осознанием болезни, переживаниями состояния скуки без алкоголя и возникновением первичной положительной эмоциональной реакции при действии условно-рефлекторных сигналов, связанных с алкоголем.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, ремиссия высокого качества, ранние срывы терапевтической ремиссии, зависимость на уровне личности

Вклад авторов. Сквир М.И.: концепция и дизайн исследования, обзор публикаций по теме статьи, сбор материала, анализ и статистическая обработка результатов и их изложение, обсуждение и выводы, утверждение окончательного варианта статьи; Сквир И.М.: концепция и дизайн исследования, анализ результатов исследования, обсуждение и выводы, общее редактирование, утверждение окончательного варианта статьи; Абрамов Б.Э.: анализ результатов исследования, обсуждение и выводы, библиография; утверждение окончательного варианта статьи.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Источники финансирования. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Для цитирования: Сквир МИ, Сквир ИМ Абрамов БЭ. Клинико-психологические особенности пациентов с ранними срывами терапевтической ремиссии алкогольной зависимости Проблемы здоровья и экологии. 2026;23(2):75–80. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2026-23-2-09>

Clinical and psychological features of patients with early breakdowns of therapeutic remission of alcohol addiction

Mikhail I. Skvira, Ivan M. Skvira, Boris E. Abramov

Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

Abstract

Objective. To establish basic mechanisms of early relapses in therapeutic remission in alcohol addiction (AD).

Materials and methods. A comprehensive (clinical, experimental and psychological, and statistical) comparative study was conducted in 81 patients with AD at the stage of therapeutic remission (including 39 patients in high-quality remission (HQR) and 42 patients with relapses in therapeutic remission up to 6 months of abstinence from alcohol) aged from 27 to 55 (40.2 ± 7.2) years old.

Results. It was established that according to all biopsychosocial risk factors for AD relapse, patients with early relapses in therapeutic remission differed from those in high-quality remission only in psychological characteristics: decreased level of disease awareness (0.78 ± 0.67 vs. 0.04 ± 0.21 points, $p < 0.01$); noncompliance (2.64 ± 0.56 vs. 0.46 ± 0.85 , $p < 0.01$); experiences of boredom (1.25 ± 1.12 vs. 0.13 ± 0.63 points, $p < 0.01$), and a positive attitude to alcohol-related situations (1.58 ± 0.94 vs. 0.72 ± 0.75 points, $p < 0.01$).

Conclusion. Patients with early relapses of therapeutic remission from AD compared to HQR ones, in the absence of clinical signs of the disease in both groups, were characterized by persistent alcohol addiction at the personal level, which was manifested by their low understanding of the disease, experiences of boredom without alcohol, and occurrence of a primary positive emotional reaction when exposed to conditioned reflex signals associated with alcohol.

Keywords: *alcohol addiction, high-quality remission, early relapses of therapeutic remission, dependence at the personality level*

Author contributions. Skvira M.I.: study concept and design, review of publications on the topic of the article, collection of data, analysis and statistical processing of the results and their presentation, discussion and conclusions, approval of the final version of the article; Skvira I.M.: study concept and design, analysis of the study results, discussion and conclusions, general editing, approval of the final version of the article; Abramov B.E.: analysis of the study results, discussion and conclusions, bibliography; approval of the final version of the article.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Funding. The study was conducted without sponsorship.

For citation: Skvira MI, Skvira IM, Abramov BE. Clinical and psychological features of patients with early breakdowns of therapeutic remission of alcohol addiction. *Health and Ecology Issues*. 2026;23(2):75–80. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2026-23-2-09>

Введение

Алкогольная зависимость в настоящее время относится к трудно курабельным заболеваниям, для которых характерны серьезные физические, психологические и социальные проблемы у самих пациентов, их окружения не только при активной зависимости, но даже и в ремиссии [1, 2].

Несмотря на это, в настоящее время отсутствуют способы прогноза ремиссии, предвидения клинических ситуаций ремиссионного периода, ухудшающих качество жизни пациентов в ремиссии и угрожающих срывом и рецидивом заболевания [3–5]. Проблема здесь возникает, прежде всего, из-за ранних срывов и рецидивов заболевания, происходящих, по данным большинства авторов, в первые месяцы после лечения [6–8]. Особенно огорчительными для всех участников терапевтического процесса являются так называемые «неожиданные» или «беспричинные» срывы ремиссии, происходящие на фоне, казалось бы, полного благополучия, без явных клинических предвестников.

Многие авторы в причинах таких срывов ремиссии усматривают субклинические (аффективные, диссомнические и другие психические и поведенческие расстройства) факторы, сопряженные с патологическим влечением к алкоголю (ПВА) и рецидивом АЗ (РАЗ) [6, 7].

Однако ранее нами было установлено, что у большинства пациентов в терапевтической ремиссии перед ее срывом, независимо от длительности воздержания, даже субклинических

признаков ПВА практически не наблюдалось: их не было выявлено у половины пациентов со срывом ремиссии до 6 месяцев и у 75 % пациентов после года ремиссии [1]. Поэтому не следует ожидать, что перед срывом ремиссии пациенты с АЗ заметят «тягу к алкоголю» и обратятся за помощью. Необходимо ориентироваться не только на клинические данные, но и на другие, прежде всего личностные, составляющие индивидуальности человека. Причины срыва терапевтической ремиссии кроются не только в биологических, но и, возможно, психологических проявлениях болезни АЗ [9].

Ранее эти состояния нами были рубрифицированы, определены как рецидивоопасные клинические ситуации (РОКС), также была установлена их клиническая и прогностическая значимость как факторов дестабилизации ремиссии и угрозы рецидива [1]. Остаются недостаточно изученными и понятными патогенетические механизмы ранних, так называемых «беспричинных» срывов терапевтической ремиссии.

Цель исследования

Установить основные механизмы ранних срывов терапевтической ремиссии АЗ.

Материал и методы

На базе учреждения «Гомельская областная клиническая психиатрическая больница», после лечения согласно принятым протоколам [10], на этапе становления ремиссии (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя

[6]) обследован 81 пациент в возрасте от 27 до 55 лет (средний возраст пациентов — $40,2 \pm 7,2$) с АЗ (шифр F 10.2 согласно критериям МКБ-10). Общим критерием включения было информированное согласие лиц с АЗ на участие в исследовании. Первая группа состояла из 39 человек, достигших полной РВК (шифр по МКБ-10 — F 10.202, воздержание от употребления алкоголя более 6 месяцев) [1, 7]. Вторую группу составили 42 пациента с РАЗ (шифр по МКБ-10 — F 10.24) на этапе становления ремиссии (возобновление основной симптоматики АЗ, в частности таких его синдромов, как «утрата контроля над количеством выпитого», «синдром отмены алкоголя» и др.). Это были пациенты с так называемыми «беспричинными» ранними (до 6 месяцев воздержания от употребления алкоголя) срывами ремиссии, у которых после периода абсолютной трезвости длительностью более 1 месяца и при отсутствии явных клинических признаков активности АЗ и РОКС происходил срыв ремиссии и рецидив заболевания, после которого они были углубленно обследованы [1]). Для всех участников критериями исключения были другие установленные психические и поведенческие расстройства, острые соматические заболевания. Группы были репрезентативны по основным социально-демографическим показателям (возрасту, полу, социальному положению) ($p > 0,05$).

В ходе выполнения работы применены клинико-психопатологический, клинико-динамический и экспериментально-психологический методы. С целью объективизации и возможности сравнения клинического состояния пациентов с АЗ в ремиссии был использован разработанный нами опросник «Шкала экспресс-диагностики рецидивоопасных клинических ситуаций» [1]. Он включал 39 вопросов о биопсихосоциальных РОКС, встречающихся у лиц с АЗ в период воздержания от употребления алкоголя, частоту встречаемости которых отмечали («всегда», «часто», «иногда» и «никогда») в специальных графах, что оценивалось, соответственно, как 3, 2, 1 и 0 баллов [1].

Для оценки осознания болезни «алкоголизм» нами были выделены три уровня:

- низкий (пациенты осознавали только отдельные явления своего заболевания);
- средний (пациенты осознавали значительно большее количество явлений, связанных с алкоголизацией, но еще не систематизировали их);

— высокий (пациенты имели самостоятельную концепцию болезни, понимали связь отдельных ее проявлений с первопричинами) [1].

Терапевтические установки (ТУ) на лечение, трезвость, социально значимые цели трактовались как основа всего терапевтического процесса. В ТУ на лечение выделялись два компонента: первый — признание алкогольных проблем и поиск помощи, второй — осознание болезни и принятие решения лечиться. ТУ на трезвость — это следующий за принятием решения лечиться этап. Без этой установки избавление от проблем АЗ невозможно. ТУ на социально значимые цели — третий этап лечения, предопределяющий выход пациента из проблем болезни за ее пределы, формирование образа жизни, свободного от болезни. Все ТУ могут быть трех уровней: «внешние», когда они имеют только формальный характер. К лечению пациента принуждают обстоятельства, внешняя необходимость, хотя он сам не желает бросать пить. При «промежуточных» установках они в большей мере осознавались и принимались пациентами, но их реализация связывалась с дополнительными условиями. «Внутренний» клинический вариант установок характеризовался их полным осознанием, принятием пациентом с подавлением конкурирующих мотивов, интегрированностью в смысловое ядро личности. Эти установки автоматически воспроизводились в спонтанной активности пациентов [1].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием лицензионного программного обеспечения Microsoft Excel, 2021. Вычислялись средние значения (M), стандартные отклонения (σ). Сравнение данных в двух независимых группах проводилось с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни, а при нормальном распределении показателей (определение проводилось с использованием критерия χ^2) — параметрического критерия Стьюдента. Для изучения степени связи между показателями применялся коэффициент корреляции Спирмена (r). Статистически значимой считалась 95 % вероятность различий ($\alpha = 0,05$).

Результаты и обсуждение

Сравнительные данные по суммарной выраженности биопсихосоциальных РОКС у пациентов двух групп представлены в таблице 1.

Таблица 1. Выраженность суммарных РОКС в группах

Table 1. The severity of total RDCS in groups

Суммарные рецидивоопасные клинические ситуации	Группа 1 (n = 39) (M±σ)	Группа 2 (n = 42) (M±σ)	p (1–2)
Биологические	4,90±3,62	5,50±3,85	> 0,05
Психологические	6,50±3,04	12,22±3,86	< 0,001
Социальные	14,56±6,28	15,25±6,67	> 0,05
Сумма баллов	25,96±9,56	32,97±10,42	< 0,05

Как следует из данных таблицы 1, суммарная выраженность биопсихосоциальных РОКС во второй группе пациентов составила 32,97±10,42 балла, а в первой группе — 25,96±9,56 балла ($p < 0,05$). Но при этом выраженность биологических и социальных РОКС у пациентов двух групп на этапе становления терапевтической ремиссии оказалась примерно одинаковой ($p > 0,05$). Отличия в выраженности РОКС между двумя группами были об-

наружены только по психологическим РОКС. Так, если у пациентов первой группы суммарная выраженность психологических РОКС составляла 6,50±3,04 балла, то у пациентов второй группы — 12,22±3,86 балла ($p < 0,001$).

Сравнительная выраженность психологических РОКС у пациентов двух групп представлена в таблице 2.

Таблица 2. Выраженность психологических РОКС в группах

Table 2. Severity of psychological RDCS in groups

Рецидивоопасные клинические ситуации (как факторы риска РА3)	PBK (n = 39) (M±σ)	РА3 (n = 42) (M±σ)	p (1–2)
1. Отсутствие увлечений	1,45±1,04	1,40±1,37	0,809
2. Беспокойство за свое здоровье	1,32±1,01	1,22±1,28	0,730
3. Необходимость скрывать факт лечения	0,68±1,04	1,02±1,34	0,404
4. Стрессы	0,64±0,82	0,57±0,92	0,671
5. Посещение «пьющих» компаний	0,72±0,75	1,58±0,94	0,003
6. Нонкомплаенс	0,46±0,85	2,64±0,56	< 0,001
7. Негативное отношение к «пьющим»	0,66±1,02	0,55±0,82	0,40
8. Неполноценный отдых	0,18±0,56	0,17±0,54	0,714
9. Сексуальные проблемы	0,18±0,64	0,22±0,69	0,399
10. Недооценка безалкогольного пива	0,04±0,21	0,82±0,74	< 0,01
11. Скука	0,13±0,63	1,25±1,12	0,001
12. Анозогнозия	0,04±0,21	0,78±0,67	0,009
Суммарная выраженность РОКС	6,50±3,04	12,22±3,03	< 0,001

Как следует из данных таблицы 2, по большинству изучаемых психологических факторов отличий между группами не выявлено ($p > 0,05$). Так, у пациентов в PBK и у лиц с РА3 задолго до срыва оказались одинаковой выраженности такие психологические факторы, как «сексуальные проблемы», «стрессы», «беспокойство за свое здоровье», «неполноценный отдых», «отсутствие увлечений» ($p > 0,05$). Более выраженными во второй группе пациентов задолго до срыва

в сравнении с пациентами в PBK были такие психологические факторы, как «скука», «посещение пьющих компаний», «анозогнозия», «недооценка безалкогольного пива как фактора риска» и «нонкомплаенс» ($p < 0,05$). Так, выраженность скуки у пациентов первой группы составила 0,13±0,63 балла против 1,25±1,12 балла у пациентов второй группы ($p = 0,001$). Выраженность такого фактора, как «посещение пьющих компаний», в первой группе составляла 0,72±0,75 бал-

ла, а во второй — $1,47 \pm 0,82$ балла ($p = 0,003$). Фактор «анозогнозия» в первой группе пациентов составлял $0,04 \pm 0,21$ балла, а во второй — $0,78 \pm 0,67$ балла ($p = 0,009$). Фактор «недооценка безалкогольного пива как фактора риска» в первой группе составлял $0,043 \pm 0,21$ балла, а во второй — $0,82 \pm 0,74$ балла ($p = 0,003$) и «нонкомплаенс» составлял в первой группе пациентов $0,46 \pm 0,85$ балла, а во второй — $2,64 \pm 0,56$ балла ($p < 0,001$). Менее выраженным у пациентов с ранним РАЗ задолго до срыва (вторая группа) в сравнении с пациентами в РВК (первой группы) был показатель «негативное отношение к пьющим» ($p = 0,40$).

Нами была изучена корреляция выраженности психологических факторов с суммарной выраженностью РОКС и обнаружено, что непосредственно перед срывом наибольшую корреляцию с их интегральной выраженностью имели такие психологические факторы, как «скука» ($r = 0,54$), «недооценка безалкогольного пива как фактора риска» ($r = 0,46$), «стрессы» ($r = 0,44$).

При патопсихологическом и лабораторном исследовании также было установлено, что состояние пациентов с АЗ в терапевтической ремиссии с ранними, внешне беспричинными (при отсутствии признаков ПВА и других РОКС) АЗ в РВК не отличалось от состояния пациентов с АЗ в РВК показателями психологического функционирования ($p > 0,05$) и уровнем НАРО ($p > 0,05$).

Изучение уровня осознания болезни и ТУ показало, что лица с РВК в подавляющем большинстве случаев отличались «высоким» уровнем осознания болезни и внутренними ТУ на лечение и трезвость, в то время как пациенты с ранним РАЗ — «средним» уровнем осознания болезни и «внешними» или «промежуточными» ТУ на лечение и трезвость ($p < 0,05$).

Таким образом, в результате проведенного нами исследования получены данные, свидетельствующие, что при лечении пациентов с АЗ стремление добиться ослабления проявлений болезни до уровня РВК с отсутствием клинических признаков болезни, таких как ПВА и другие РОКС, оказывается не всегда достаточно для формирования длительной ремиссии. У подавляющего большинства пациентов с ранними РАЗ терапевтическая ремиссия, описываемая клиническими (соматоневрологическими, психиатрическими) симптомами, по выраженности не отличалась от ее уровня у лиц с РВК ($p > 0,05$). Как и пациенты в РВК они были довольны своей трезвостью, вели социально активный образ жизни, были вполне адаптивны. Однако в отли-

чие от лиц с РВК у пациентов с РАЗ, были выявлены специфические психологические особенности личности. У них алкоголь сохранялся на уровне личности как потребность, спрятанная за ширмой формального осознания болезни, внешних или, в лучшем случае, промежуточных установок на лечение и трезвость, что при полноценном социальном функционировании создавало для самого пациента, его близких и терапевтической среды видимое благополучие. Однако в глубине души этих пациентов, в их ядре личности алкогольная потребность, будучи смыслообразующей, «оставалась личностно значимой потребностью», придавала окраску и фактически смысл жизни. Вот почему это неосознанное состояние души пациентов проявлялось первичной положительной эмоцией (согласно концепции акцептора результата действия П. К. Анохина) при встрече с различными условно-рефлекторными сигналами, связанными с алкоголем. Сохраняясь в период воздержания от употребления алкоголя на уровне личности, алкогольная потребность проявлялась такими феноменами, как скука, терпимое отношение к людям, употребляющим спиртное, позитивным отношением к безалкогольному пиву, стремлением посещать пьющие компании. Актуализация ПВА происходила на почве скрытой в глубине личности алкогольной потребности при разрешающем действии внутренних предрасполагающих (например, скука) и внешних провоцирующих (стрессор) факторов и в какой-то момент времени приводила к трансформации этого, фактически рецидивоопасного клинического состояния, в срыв ремиссии и закономерный последующий рецидив алкоголизма.

Заключение

Для пациентов с ранними срывами терапевтической ремиссии АЗ сохраняется как смыслообразующая потребность на уровне ядра личности, которая под действием предрасполагающих и провоцирующих внутренних и внешних факторов приводит к закономерному срыву ремиссии.

Для становления качественной и длительной терапевтической ремиссии у лиц с АЗ требуются не только специфические клинические терапевтические изменения с максимально возможным ослаблением проявлений болезни «алкогольная зависимость» при высоком уровне неспецифической адаптационной реакции организма, но и полная терапевтическая дезактуализация алкогольной потребности.

Список литературы / References

1. Сквира И.М. Ремиссии и рецидивы алкогольной зависимости (биопсихосоциальные аспекты): монография. Минск: Колорград; 2024. 447 с.
Skvira IM. Remissions and relapses of alcohol dependence (biopsychosocial aspects): monograph. Minsk: Kolorgrad; 2024:447. (In Russ.).
2. Кирпиченко А.А., Копытов А.В., Мужиченко В.А. Злоупотребление алкоголем девочками-подростками: монография. Витебск; 2017. 251 с.
Kirpichenko AA, Kopytov AV, Muzhichenko VA. Alcohol abuse by adolescent girls: monograph. Vitebsk; 2017. 251 p. (In Russ.).
3. Максимчук ВП, Копытов АВ. Оценка уровня алкоголизации населения в различных регионах Республики Беларусь. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2019;10(3):379-388.
Maksimchuk VP, Kopytov AV. Assessment of the level of alcoholization of the population in various regions of the Republic of Belarus. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2019;10(3):379-388. (In Russ.).
4. Обьедков ВГ, Скугаревский ОА. Об эффективности работы в психиатрии и наркологии, итогах работы психиатрической и наркологической служб РБ за 2010 год и задачах на 2011 год. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2011;2(4):142-147.
Objedkov VG, Skugarevsky OA. On the effectiveness of work in psychiatry and narcology, the results of the work of psychiatric and narcological services of the Republic of Belarus for 2010 and tasks for 2011. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*. 2011;2(4):142-147. (In Russ.).
5. Клименко ТВ, Аптикеева РФ, Zubov NA. Состояние воздержания от употребления алкоголя и ремиссии алкогольной зависимости: правовой и клинический аспекты. *Вопросы наркологии*. 2024;6(36):19-28.
Klimenko TV, Aptikееva RF, Zubov NA. The state of abstinence from alcohol consumption and remission of alcohol dependence: legal and clinical aspects. *Issues in Narcology*. 2024;36(6):19-28. (In Russ.).
6. Ерышев ОФ, Рыбакова ТГ, Шабанов ПД. Алкогольная зависимость: формирование, течение, противорецидивная терапия. СПб.: "ЭЛБИ-СПб"; 2002. 192 с.
Yeryshev OF, Rybakova TG, Shabanov PD. Alcohol dependence: formation, course, anti-relapse therapy. St. Petersburg: "ELBI-SPb"; 2002. 192 p. (In Russ.).
7. Иванец НН, Винникова МА. Наркология. Москва: «ГЭОТАР-Медиа»; 2020. 699 с.
Ivanets NN, Vinnikova MA. Narcology. Moscow: GEOTAR-Media; 2020. 699 p. (In Russ.).
8. Кирпиченко АА. Ремиссии у женщин с алкогольной зависимостью. *Медицина*. 2003;43(4):37-39.
Kirpichenko AA. Remissions in women with alcohol addiction. *Medicine*. 2003;43(4):37-39. (In Russ.).
9. Сквира ИМ. Новый способ квантифицированной оценки качества ремиссии алкогольной зависимости. *Проблемы здоровья и экологии*. 2018;4(58):98-103. DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2018-15-4-19>
Skvira IM. A new method of quantified assessment of the quality of remission of alcohol dependence. *Problems of health and ecology*. 2018;4(58):98-103. (In Russ.). DOI: <https://doi.org/10.51523/2708-6011.2018-15-4-19>
10. Оказание медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами: сборник клинических протоколов. Минск: Профессиональные издания; 2023. 246 с.
Providing medical care to patients with mental and behavioral disorders: a collection of clinical protocols. Minsk: Professional publications; 2023. 246 p.

Информация об авторах / Information about the authors

Сквира Михаил Иванович, магистр психологии, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5537-9018>

e-mail: imskvira@mail.ru

Сквира Иван Михайлович, д.м.н., доцент, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-3773>

e-mail: imskvira@mail.ru

Абрамов Борис Эвильевич, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и медицинской психологии с курсом ФПКП, УО «Гомельский государственный медицинский университет», Гомель, Беларусь

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9326-0551>

e-mail: psychiatry@gsmu.by

Mikhail I. Skvira, Master of Psychology, Assistant at the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Medical Psychology with a course in Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-5537-9018>

e-mail: imskvira@mail.ru

Ivan M. Skvira, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Professor at the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Medical Psychology with a course of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6343-3773>

e-mail: imskvira@mail.ru

Boris E. Abramov, Assistant at the Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Medical Psychology with a course of Advanced Training and Retraining, Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9326-0551>

e-mail: psychiatry@gsmu.by

Автор, ответственный за переписку / Corresponding author

Сквира Иван Михайлович

e-mail: imskvira@mail.ru

Ivan M. Skvira

e-mail: imskvira@mail.ru

Поступила в редакцию / Received 24.03.2026

Поступила после рецензирования / Accepted 08.04.2026

Принята к публикации / Revised 20.05.2026