

DOI: <https://doi.org/10.51922/2074-5044.2022.2.89>Т. И. Цяцёркіна^{1,2}, В. У. Корсак²**АЛКАГОЛЬНАЯ ЗАЛЕЖНАСЦЬ:
ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЙ АСПЕКТ****ЧАСТКА 2. ПАРУШЭННІ ПРАСТОРАВА-ЧАСАВАЙ МАДЭЛІ
АЛКАГОЛЬНАЙ ЗАЛЕЖНАСЦІ Ё ПРАЦЭСЕ ПАТАГЕНЕЗУ**

МАКЦ «Псіхіятрыя – Наркалогія»¹
НМУ «Рэспубліканскі цэнтр праблем чалавека»
Беларускага дзяржаўнага ўніверсітэта²

Аўтарамі паказана, што ў аснове патагенезу алкагольнай залежнасці знаходзіцца прагрэсуючае паглыбленне дысацыяцыі часавай спіралі, якая разглядаецца як рухавік усёй прасторава-часавай мадэлі чалавека, з усё большым замяшчэннем яе энергастваральнай працы ўвядзеннем у арганізм чалавека энергетычнага рэчыва, якім з'яўляецца алкаголь. Гэты паслядоўны працэс адбываецца паводле заканамернасцяў фарміравання функцыянальных і структурных парушэнняў часавай спіралі адпаведна стадыям фарміравання расстройтва. Маркерамі ступені і характару дысацыяцыі ў алкаголезалежных людзей выступаюць амнезія на падзеі, звязаныя з алкагольным эксцэсам, выражанае парушэнняў свядомасці, цяжкасць саматычных расстройтваў з адпаведнымі клінічнымі праявамі.

Ключавыя словы: алкагольная залежнасць, стадыі, часавая спіраль, дысацыяцыя, энергія, свядомасць.

Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак

**АЛКОГОЛЬНАЯ ЗАВИСИМОСТЬ:
ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОЙ АСПЕКТ****ЧАСТЬ 2. НАРУШЕНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ
АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ В ПРОЦЕССЕ ПАТОГЕНЕЗА**

Авторами показано, что в основе патогенеза алкогольной зависимости находится прогрессирующее углубление диссоциации временной спирали, рассматриваемой как двигателя всей пространственно-временной модели человека, с все большим замещением ее энерготворной работы введением в организм человека энергетического вещества, которым является алкоголь. Этот последовательный процесс происходит в соответствии с закономерностями формирования функциональных и структурных нарушений временной спирали соответственно стадиям формирования расстройства. Маркерами степени и характера диссоциации у алкоголезависимых людей являются амнезия на события, связанные с алкогольным эксцессом, выраженность нарушений сознания, тяжесть соматических расстройств с соответствующими клиническими проявлениями.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, стадии, временная спираль, диссоциация, энергия, сознание.

T. I. Tsiatserkina, V. U. Korsak

ALCOHOLIC ADDICTION: THE SPATIAL-TIME ASPECT

PART 2. VIOLATIONS OF THE SPATIAL-TEMPORAL MODEL OF ALCOHOL DEPENDENCE IN THE PROCESS OF PATHOGENESIS

The authors have shown that the basis of the pathogenesis of an alcohol dependence is the progressive deepening of the dissociation of the temporary spiral, considered as the engine of the entire spatial-temporal model of man, with an increasing substitution of its energetic work by introducing an energy substance to the human body, which is alcohol. This sequential process is developing in accordance with the laws of the formation of functional and structural disorders of the temporary spiral, respectively the stages of the disorder formation. The markers of degree and nature of dissociation in alcohol-dependent people are amnesia for events associated with an alcoholic excess, the severity of impaired consciousness, gravity of somatic disorders with appropriate clinical manifestations.

Key words: alcohol addiction, stage, temporary spiral, dissociation, energy, consciousness.

Зшматлікай медыцынскай літаратуры вядома, што алкагольная залежнасць (АЗ) праходзіць некалькі этапаў свайго фарміравання са зніжэннем кантролю за ўжываннем спіртных напіткаў, паступовым павелічэннем выражанасці характэрнай клінічнай сімптоматыкі, развіццём псіхічных парушэнняў, а таксама паглыбленнем саматычнай паталогіі. Аднак у гэтым агромністым навукова-фармацыйным полі дагэтуль не былі асветленыя прасторава-часавыя аспекты паходжання і прагрэсіравання дадзенага расстройтва. Для нашага даследавання важным з'яўляецца тое, што для нармальнага функцыянавання любога арганізма ў ім пастаянна павінны адбывацца працэсы дысацыяцыі і асацыяцыі [1].

У першай частцы нашага даследавання паказана, што пры ўздзеянні алкаголю на арганізм чалавека адбываюцца парушэнні яго ПЧМ, дзе асноўнай часткай і рухавіком выступае часавая спіраль. Галоўным вынікам яе працы з'яўляецца стварэнне ўнутранай энергіі, узровень якой паступова зніжаецца па меры замяшчэння яе дзейнасці ўвядзеннем у арганізм гатовага энергетычнага рэчыва, у якасці якога выступае алкаголь. Прыняцце алкаголю падмяняе працу часавай спіралі, якая перастае выконваць сваю энергастваральную функцыю, што прыводзіць да парушэння, а затым – да спынення яе дзейнасці.

Намі таксама выказана меркаванне, што ў інтактнай часавай спіралі пастаянна здзяйсняюцца працэсы пачарговых зменаў асацыяцыі і дысацыяцыі. Узнікненне дыспрапорцыі паміж імі складае аснову развіцця АЗ, што і вызначае ступень зваротнасці да псіхічнага здароўя чалавека. Менавіта з пункту гледжання дысацыяцыйна-асацыяцыйных працэсаў і будзе разгледжана фарміраванне АЗ у працэсе патагенэзу.

Вызначана асноўная паслядоўнасць патагенетычных падзеяў пры фарміраванні АЗ: дысацыяцыя часавай спіралі – зніжэнне энергетычнага ўзроўню арганізма – парушэнні свядомасці або страта прытомнасці.

Прытрымліваючыся гэтай лагічнай паслядоўнасці, прыйдзем да разгляду парушэнняў, якія адбываюцца ў часавай спіралі ПЧМ чалавека на працягу фарміравання алкагольнай залежнасці (АЗ) з апісаннем клінічных праяваў, адпаведных гэтым зменам.

Мэта даследавання – паказаць, што асновай стадыянасці патагенэзу АЗ з'яўляюцца парушэнні маючых месца ў здаровых людзей працэсаў дысацыяцыі і асацыяцыі часавай спіралі як дынамічнай асновы іх ПЧМ, з прагрэсуючым іх дысбалансам у бок павелічэння дысацыяцыйных працэсаў і ўзнікненнем адпаведнай клінічнай сімптоматыкі расстройства.

Задачи даследавання:

1 – выявіць прасторава-часавую аснову фарміравання патагенетычных зменаў пры фарміраванні АЗ у чалавека,

2 – устанавіць сувязь паміж функцыянальнымі і структурнымі парушэннямі часавай спіралі алкаголезалежных людзей з аднаго боку, і маючай месца ў іх клінічнай сімптаматыкай – з другога,

3 – прасачыць дынаміку патагнаманічных клінічных праяваў адпаведна стадыям фарміравання АЗ паводле ступеняў і характару дысацыяцыі часавай спіралі ПЧМ чалавека.

Матэрыялы і метады апісаны ў першай частцы працы, прысвечанай падыходам да прасторава-часавога мадэлявання АЗ.

Для вывучэння клінічнай сімптаматыкі, адпаведнай патагенетычным працэсам пры фарміраванні АЗ, намі выкарыстана дзяленне алкагалізму на стадыі, прапанаванае І. В. Стральчуком [2].

У большасці людзей, якія час ад часу прымаюць дапушчальныя дозы алкаголю, змены ў псіхічным і саматычным статусах кароткачасовыя і абмежаваныя непасрэдным дзеяннем алкаголю. Яны істотна не ўплываюць на функцыянаванне часавай спіралі. Таксама і больш выражанае, але спарадычнае алкагольнае ап'яненне ў іх, як правіла, працякае без далейшых сур'ёзных наступстваў для здароўя.

Праявамі стану алкагольнага ап'янення ў чалавека з'яўляюцца эйфарыя, “змазанае” маўленне, некаардынаванасць рухаў. Ён становіцца раскаваным, фамільярным у кантактаванні з іншымі людзьмі. Таксама мае месца страта крытычнага стаўлення да сябе з пераацэнкай уласных магчымасцяў. У некаторых спажывцоў спіртнога падчас ап'янення адзначаюцца перапады настрою. Праз пэўны час пасля ўжывання вялікіх доз алкаголю чалавек, як правіла, упадае ў сон. Саматычныя расстройствы могуць мець розную выражанасць, але яны звычайна кароткачасовыя і часцей не ўплываюць на штодзённае функцыянаванне арганізма чалавека па-за прыёмам спіртных напояў.

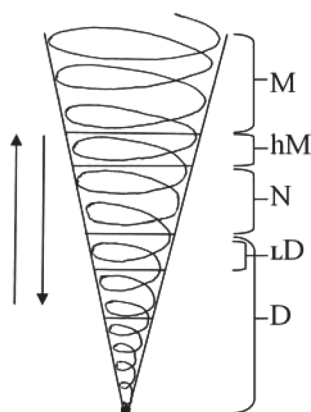
Вострая алкагольная інтаксікацыя ў залежнасці ад прынятай дозы алкаголю суправаджаецца дысацыяцыяй часавай спіралі рознай ступені – ад невялікай функцыянальнай да выражанай структурнай. Пры апошняй маюць месца парушэнні свядомасці, сутаргі, каматозны стан з верагоднасцю летальнага зыходу.

Папярэднікам АЗ выступае **злоўжыванне алкаголем**, якое заключаецца ў шматкратных і рэгулярных прыёмах спіртных напояў з нячастымі эпізодамі штодзённага п'янства. Яны прычыняюць пэўную шкоду саматычнаму здароўю чалавека і ствараюць праблемы ва ўзаемадзеянні з сям'ёй, калегамі па службе і іншымі людзьмі.

У асобаў, якія злоўжываюць алкаголем, мае месца першаснае паталагічнае імкненне да яго прыёму, якое нярэдка ўзнікае перад кароткачасовымі алкагольнымі эксцэсамі. Адзначаецца зніжэнне колькаснага кантролю падчас прыёму спіртнога, пачынае павялічвацца талерантнасць да яго.

Можна меркаваць, што на гэтым адрэзку часу ў чалавека адбываюцца непрацяглыя і нярэзка выражаныя блакіроўкі руху часу па спіралі, што цягне за сабой яе функцыянальную дысацыяцыю. Пры своечасовым прыняцці захадаў, накіраваных на вяртанне да здаровага ладу жыцця, гэтыя парушэнні становяцца зваротнымі, паколькі дысацыяцыя спіралі пакуль яшчэ ўраўнаважваецца яе асацыяцыяй.

У першай стадыі фарміравання АЗ у чалавека развіваецца псіхалагічная залежнасць ад алкаголю, якая выражаецца душэўным дыскамфортам без яго прыёму і моцным жаданнем яго здзейсніць. Апошняе ўяўляе сабой унутранае імкненне да прыняцця алкаголю, калі яшчэ захоўваецца пэўная ступень валявога кантролю. Жаданне ўжываць спіртное пакуль даступна пераадоленню, але такія высілкі даюцца чалавеку з цяжкасцю. Аднак выражанага фізічнага дыскамфарту, звязанага з устрыманнем ад прыёму алкаголю, і не залежнай ад волі чалавека цягі да яго ў першай стадыі яшчэ няма.



M – манія, hM – гіпаманія, N – норма, LD – лёгкая дэпрэсія, D – дэпрэсія

Мал. 1. Прасторава-часавая мадэль афектыўных расстройстваў

Далей чалавек усе радзей аказваецца здольным супрацьстаяць жаданню прыняць алкаголь. Яно пачынае ўзнікаць усё часцей, па меры вычэрпвання энергетычных рэсурсаў арганізма, нададзеных алкаголем. Магчымасць весці актыўны лад жыцця па-за выпіўкамі ўсё больш абмяжоўваецца.

У гэтай стадыі патрэбу ў прыёме спіртнога можна тлумачыць зніжэннем энергетычнага ўзроўню арганізма як наступства парушанай з розных прычынаў працы часавай спіралі і недастатковай для існавання і актыўнасці чалавека выпрацоўкі ёю унутранай энергіі. Такая спіраль падвяргаецца больш трывалай, чым пры звыклым злоўжыванні алкаголю, функцыянальнай дысацыяцыі, што прыводзіць да змяншэння энергетычнай забяспечанасці арганізма, якую чалавек імкнецца ўзнавіць з дапамогай спіртнога.

Першаснае нездаровае імкненне да прыняцця алкаголю ў гэтай стадыі нярэдка яшчэ мае геданістычную матывацыю, якая выражаецца ў ахвоце да дасягнення стану эйфарыі пры прыёмах больш значных доз алкаголю. Атарактычная матывацыя ўжывання спіртнога накіравана на пазбаўленне ад трывогі і ўнутранай напружанасці, выкліканых неспрыяльнымі жыццёвымі абставінамі, але нярэдка – створанымі самім чалавекам і звязанымі з рэакцыяй атачэння на яго выпіўкі.

Спачатку пасля прыёму алкаголь стымулюе дзейнасць часавай спіралі чалавека. Пры гэтым, як мяркуецца, адбываецца кароткатэрміновая, “незапланаваная” праграмай ПЧМ, асацыяцыя часавай спіралі, рух па якой па хуткасці перавышае межы звычайнага для здаровага чалавека, дасягаючы вобласцяў гіпаманіі і нават маніі (прадстаўленымі на мадэлі афектыўных расстройстваў, мал. 1).

Чалавек, які прыняў алкаголь, становіцца звышкантактным, растарможаным, куражлівым, ён пераацэньвае і ўзвылічвае сябе. На гэтым этапе развіцця хваробы стан ап’янення можа суправаджацца выражанай дысфарыяй, агрэсіўнасцю да іншых людзей і разбуральнымі дзеяннямі.

Пасля вычарпання нададзенага алкаголем “укіду” энергіі яе ўзровень рэзка памяншаецца і чалавек упадае ў дэпрэсіўны стан, а пры дасягненні найніжэйшай плоскасці мадэлі – у глыбокі сон. Наступае дысацыяцыя часавай спіралі, якая выклікае пакуль яшчэ функцыянальныя змены ў арганізме чалавека.

Апісанае нагадвае змены, што ўзнікаюць у пацыентаў з атыповай дэпрэсіяй, дзе падобныя афектыўныя зрухі найчасцей узнікаюць пры надзвычайна хуткіх пераходах ад станаў лёгкай дэпрэсіі да гіпаманіі, у выніку чаго развіваецца дысфарыя з экстрапунітыўнымі рэакцыямі (мал. 1). А пры далейшым руху індывідуальнага часу ўніз развіваецца легкая, а затым – больш выражаная дэпрэсія [3].

У пачатку першай часткі нашай працы было сказана, што ў норме існуюць пэўныя абмежаванні ступеняў разгортвання і згортвання часавай спіралі, якія вызначаюць памеры дапушчальных ваганняў фізічнай і псіхічнай актыўнасці чалавека. На прадстаўленым малюнку з выявай мадэлі афектыўных расстройстваў пазначаны межы ўмоўнай нормы, дзе такія ваганні не выклікаюць значных праблемаў, датычных здароўя чалавека і яго адаптацыі ў навакольным асяродку.

Трэба думаць, што падобныя абмежаванні маюць больш універсальны характар. Гэта можа азначаць, што зняцце абмежаванняў

на калыванні ўзроўняў часавай спіралі распаўсюджваецца не толькі на ўласна афектыўную сімптаматыку, але і на іншыя псіхічныя сферы і клінічныя праявы. Так, калі празмернае ўжыванне алкаголю ўсё больш парушае працу часавай спіралі і робіць яе не здольнай да функцыянавання, а межы паміж прасторава-часавымі слямі ПЧМ “размываюцца”, то знікае абмежаванне і на колькаснае паступленне алкаголю ў арганізм чалавека.

Рост талерантнасці да алкаголю ў пэўнай меры можна разглядаць як адмысловую квазі-кампенсаторную рэакцыю арганізма на зніжэнне яго энергетычнага ўзроўню. Маркуецца, што спачатку алкаголь стымулюе энергастваральнае дзеянне часавай спіралі, у выніку чаго адбываецца яе своеасаблівая “падпітка”, пра што сведчыць наступленне эйфарыі, абумоўленай пад’ёмам вітковай спіралі на больш высокі за нармальны ўзровень. Затым функцыянальнасць спіралі пачынае прагрэсываць зніжацца. Папярэднія дозы спіртнога ўжо не даюць былога эфекту, часавая спіраль, якая падвяргаецца дысацыяцыі, перастае рэагаваць на іх. Для падтрымання актыўнасці апошняй патрабуюцца ўсё большыя дозы алкаголю, а талерантнасць да іх вымушана ўзрастае.

Звычайна ў першай стадыі пераноснасць алкаголю ў чалавека павялічваецца ў 2–3 разы ў параўнанні з пачатковым узроўнем. Павышэнне пераноснасці спіртнога выступае як вымушаная рэакцыя арганізма на нарастанне энергетычнага дэфіцыту, з дапамогай якой адбываецца наданне яму недастатковай энергіі звонку. Аднак пры высокіх ступенях інтаксікацыі наступае дысацыяцыя часавай спіралі і развіваецца стан анергіі. Чалавек губляе прытомнасць і ў яго развіваюцца сопар, кома з высокай верагоднасцю спынення жыццядзейнасці чалавека.

Таму пры вітальнай небяспецы арганізм абірае “меншае зло”, як быццам даючы “згоду” на паступленне ў яго вялікіх доз спіртнога. Прымальнасці апошніх спрыяе і знікненне ў чалавека ванітавага рэфлексу на празмерны прыём алкаголю.

Адзначаецца ўзаемазалежнасць паступовай страты колькаснага і сітуацыйнага кантролю за прыёмам алкаголю ад ступеняў паглыблення дысацыяцыі часавай спіралі і зніжэння энергетычнага ўзроўню арганізма. Чалавекам кіруе падсвядомае адчуванне нарастання “энергетычнага голаду”. Ён губляе меру ў колькасцях прыёму спіртнога (падобна таму, як галодны чалавек спажывае большую колькасць ежы, чым яму насамрэч патрэбна). У выніку наступае моцная алкагольная інтаксікацыя яго арганізма, узнікае парадаксальная сітуацыя: жыццё чалавека працягваецца за конт спажывання непераносных у норме колькасцяў алкаголю.

Страта сітуацыйнага кантролю заключаецца ў некрытычнай дапушчальнасці прыёму высокіх доз алкаголю не залежна ад знешніх абставінаў. Спачатку чалавек можа ўсведамляць няёмкасць піцця “на людзях”, з якімі яго звязваюць прафесійныя або іншыя дачыненні, з якімі ён павінен лічыцца. Таму частка пераходзіць на ўжыванне алкаголю ў больш “камфортным” для сябе асяроддзі сабутэльнікаў, г. зн. – з людзьмі з падобнай мадэллю свядомасці, якія пераследуюць аднолькавую мэту – дасягнуць стану ап’янення, і падмацоўваюць у гэтым адно аднаго. Іншыя пачынаюць выпіваць таемна, сам-насам. У далейшым дзеля дасягнення стану ап’янення яны перастаюць ужо зважаць на любыя вонкавыя абставіны.

Адсутнасць у чалавека імкнення прымаць алкаголь на наступны ранак пасля выражанай інтаксікацыі, на наш погляд, наўрад ці сведчыць, як гэта прынята лічыць, пра магчымасць самастойнага стрымлівання жадання апахмяліцца. Такого жадання ў чалавека папросту не можа быць, бо ў стане пахмелля ён адчувае адно толькі агіду да алкаголю, звязаную з уздзеяннем прадуктаў распаду этанола. Адсутнасць жадання прымаць алкаголь звязана і з празмерным паступленнем у арганізм вонкавай энергіі напярэдадні, пэўная колькасць якой захоўваецца і да наступнага дня. Неабходнасць у дадатковым прыняцці спіртнога ў чалавека адсутнічае.

Падкрэслім, што гэта энергія, пра якую тут вядзецца гаворка, не ёсць натуральна выпрацаванай часавай спіраллю, а атрыманай пры ўжыванні чалавекам штучнага энергетычнага рэчыва, якое аказвае шкоднае ўздзеянне на арганізм. Чалавек не пахмяляецца, паколькі на гэты момант у яго дэфіцыту энергіі няма. Але часавая спіраль чалавека не працуе і новая энергія натуральным чынам яшчэ не ствараецца. Жаданне прыняць алкаголь узнікае пры далейшым змяншэнні энергетычных рэсурсаў, звычайна бліжэй да вечару наступнага пасля папярэдняга эксцэсу дня. Акцэнтуюем тое, што стан пахмелля ў чалавека не тоесны стану адмены алкаголя, у першую чаргу, па сваім энергетычным складніку.

Па нашым меркаванні, ужо ў першай стадыі развіцця АЗ могуць з'яўляцца клінічныя сведчанні *парушэнняў свядомасці* чалавека.

Вядомы феномен, калі ў стане пахмелля вочы чалавека нярэдка выглядаюць як “шклянныя”, набываючы нежывы, “лялечны” выгляд. Позірк пры гэтым фіксаваны на адной кропцы або нерухома накіраваны ў далечыню. У такім стане чалавек можа знаходзіцца некалькі гадзінаў. “Застылы” позірк пры псіхічных расстройствах звычайна сведчыць пра спыненне функцыянавання часавай спіралі чалавека і парушэнні яго свядомасці [8; 9].

Сімptom “шклянных вачэй” у хворых на АЗ звязваюць з абязводжваннем арганізму, што праяўляецца сухасцю ў роце, патлівасцю, тахікардыяй. Такія сімптомы можна тлумачыць таксама з пункту гледжання парушэння дзейнасці часавай спіралі, якая перастае працаваць і як механізм, які ўдзельнічае ў цыркуляцыі вады ў арганізме чалавека, апісаны намі пры разглядзе прасторава-часавай арганізацыі дэпрэсіі [9].

Феномен, які можа ўзнікаць у першай стадыі фарміравання АЗ і які патрабуе асобага разгляду, – гэта *палімпсесты*. Іх прынята называць “праваламі” у памяці, мяркуючы, што пад уздзеяннем алкаголю з яе выпадаюць рознай працягласці падзеі, што адбываліся з чалавекам падчас алкагольнага эксцэсу.

Таксама пад уздзеяннем высокіх доз алкаголю і празмернага паступлення звонку гатовай энергіі чалавек нярэдка праяўляе неспарадкаваную актыўнасць і агрэсію да навакольных людзей. Па сканчэнні дзеяння алкаголю ён звычайна не ўсведамляе таго, што з ім адбывалася падчас знаходжання ў стане ап'янення, як быццам гэта быў не ён, а нехта іншы, а часта адмаўляе і сам факт ужывання псіхаактыўнага рэчыва. Для параўнання: пры псіхічных расстройствах, не звязаных з ужываннем алкаголю, звычайна прыпамінанне папярэдніх падзеяў пацыентамі застаецца даступным. Тое, што чалавек не памятае сябе ў іншым, штучна створаным стане, у дадзеных выпадках сведчыць не проста аб “правале” у памяці, а, на нашу думку, аб парушэнні свядомасці.

Калі разглядаць памяць як элемент свядомасці [10], то дадзены феномен можна параўнаць з феноменам множнай асобы пры дысацыяцыйных расстройствах, дзе ў свядомасці чалавека не фіксуецца інфармацыя на поўныя, розныя па працягласці, пераўвасабленні [11].

На нашу думку, палімпсесты варта кваліфікаваць не проста як “правалы” у памяці, а ў плане свядомасных парушэнняў, што адбываюцца ў выніку ўздзеяння алкаголю. Гэта мае значэнне да якаснай ацэнкі дысацыяцый часавай спіралі, паколькі расстройства свядомасці такога кшталту найчасцей узнікаюць пры наяўнасці *структурнага складніка дысацыяцый часавай спіралі*. Пра яе выражанасць у чалавека сведчыць ступень амнэзіі на папярэднія падзеі.

Можна думаць, што ў першай стадыі АЗ дысацыяцыя спіралі яшчэ неглыбокая і нястойкая. Што да разгляднага феномена палімпсестаў, то ў яго аснове, на нашу думку, палягае часовая функцыянальна-структурная дысацыяцыя часавай спіралі, якая пад уздзеяннем алкаголю выклікае змену праграмы функцыянавання чалавека з пераклучэннем яго свядомасці.

У псіхічным статусе паміж выпадкамі бескантрольнага прыёму алкаголю маюць

месца больш ці менш працяглыя сімптомы афектыўных расстройтваў, якія выражаюцца дэпрэсіяй, эйфарыяй і дысфарыяй. Яны нярэдка развіваюцца па мадэлі атыповай дэпрэсіі і звязаны з хуткімі ваганнямі ўзроўняў часовай спіралі, якія ствараюць уражанне змяшаных расстройтваў са спалучэннем супрацьлеглых па сваім характары сімптомаў. Такімі, напрыклад, у карціне расстройства з'яўляюцца дысфарыі, якія фарміруюцца пры надзвычайна частым чаргаванні гэтых сімптомаў з вонкавым эфектам змяшэння клінічных праяваў малай дэпрэсіі і гіпаманіі, якія часта суправаджаюцца афектыўнымі разрадамі з праявамі агрэсіі да навакольных людзей і разбуральнымі дзеяннямі [3]. Таксама бессістэмныя змены ўзроўняў часовай спіралі на працягу сутак спрыяюць развіццю ў чалавека расстройстваў цыклу сна і няспання.

У вялікай часткі людзей падчас першай стадыі выяўляюцца асабовыя парушэнні, дзе характэрнымі выступаюць ілжывасць, некрытычнасць, неадэкватна завышаная самаацэнка. Прыхільнікі алкаголю ў пошуках грошай на яго набыццё выяўляюць надзвычайную знаходлівасць. Так, яны быццам незнарок высвятляюць наяўнасць спіртных напояў у запасах іншых людзей, пры гэтым сапраўдную мэту такой цікавасці маскіруюць недарэчнымі жартамі. Яны і ў звычайным жыцці схільныя прадукаваць адмысловы “алкагольны” гумар. У такіх людзей страчваецца цікавасць да ўдзелу ў калектыўных мерапрыемствах, дзе не прадугледжана ўжыванне алкаголю. Навакольным становіцца заўважным зніжэнне ў іх маральна-этычных якасцяў, якіх прытрымліваецца грамадства ў цэлым. Справядлівую крытыку ў свой адрас алкаголезалежныя людзі не ўспрымаюць, інфармацыю пра шкоду празмернага спажывання спіртнога ігнаруюць і неабходных высноваў не робяць.

Сярод саматычных расстройстваў пераважаюць функцыянальныя – астэна-вегетыўныя, якія праяўляюцца гіпереміяй твару, ін'екцыяй сасудаў склераў, рэзкімі зніжэннямі артэрыяльнага ціску, моташнасцю і агуль-

най слабасцю, трэмарам рук і ног, ці ўсяго цела. У кароткія перыяды паміж прыёмамі спіртнога гэтыя сімптомы невыразныя. Тым не менш ужо ў канцы другой стадыі пачынае развівацца алкагольная энцэфалапатыя, што выступае як сведчанне пачатку структурных парушэнняў часовай спіралі чалавека.

Па сукупнасці праяваў псіхічных і самаатычных расстройстваў дысацыяцыю часовай спіралі ў першай стадыі развіцця АЗ можна расцэньваць як маючую *функцыянальна-структурны характар*.

У другой стадыі ў чалавека фарміруецца не толькі псіхалагічная залежнасць ад алкаголю, але і фізічная, уключна з энергетычнай.

Заканамерна развіваецца нястрымная цяга да ўжывання алкаголю, якая перавышае ўсе іншыя імкненні да задавальнення жыццёвых патрэбаў. Пры з'яўленні такой моцнай цягі кантакты з іншымі людзьмі значна скарачаюцца, кампанія сабутэльнікаў перастае быць прыцягальнай. Наступае перыяд п'янства ў адзіноце.

Чалавек цалкам перастае кантраляваць прыёмы алкаголю – іх пачатак, сканчанне, дазіроўкі. Алкаголь спажываецца ва ўражальных колькасцях.

Талерантнасць узрастае яшчэ больш, чым у першай стадыі і, дасягнуўшы свайго піку, выходзіць на плата. Яна ўжо не выступае ў якасці ўмоўна кампенсаторнага механізму, апісанага ў першай стадыі АЗ, паколькі рызыкі для арганізму ад прыняцця і непрыняцця алкаголю становяцца надзвычай высокімі. Станы анергіі і моцная інтаксікацыя выступаюць як аднолькава небяспечныя для арганізма і абцяжарваюць адно аднаго.

Спіртное прымаецца штодзённа на працягу розных па працягласці перыядаў. Узнікае патрэба ў апахмяленні, дзеля якога дадаюцца прыёмы алкаголю ў ранішнія і дзённыя часы. Звычайна зранку, калі атручванне арганізма алкаголем яшчэ застаецца высокім, яны прымаюць невялікую яго колькасць, затым удзень – сярэдняю, увечары – найвялікшую.

Узнікаюць цэлыя эпідэміі бесперапыннага шматдзённага прыёму алкаголю ў выглядзе

запоў, якія цягнуць за сабой працяглую бяздзеянасць часовай спіралі.

Спробы залежных ад алкаголю людзей самастойна спыніць яго ўжыванне часта выклікаюць у арганізме энергетычны крызіс, з-за чаго далейшае паступленне алкаголю ў арганізм чалавека становіцца жыццёва неабходным. Вось тут таксама, як і ў першай стадыі развіцця АЗ, паўстае калізія: больш ці менш прымальнае жыццядзейнасць чалавека як з алкаголем, так і без яго становіцца праблематычнай і ў тым, і другім выпадках у сувязі з рызыкай развіцця цяжкіх саматычных і псіхічных парушэнняў.

На звышгранічна высокіх дозах прыёму алкаголю становяцца частымі і набываюць высокую ступень выражанасці псіхатычныя расстройствы – шызафрэнападобныя, брэдавныя, галюцынаторныя, з дэпрэсіўнай і маніякальнай сімптоматыкай.

Адметнасцю другой стадыі з'яўляюцца стан адмены алкаголю, калі паступленне яго ў арганізм чалавека перапыняецца і ў яго развіваецца стан гіпа/анергіі. Абстынентны алкагольны сіндром праяўляецца патлівасцю, галаўным болем, няўтольнай смагай, болямі ў вобласці сэрца, моташнасцю, трэмарам рук, ног або ўсяго цела. Жаданне прымаць ежу адсутнічае, спробы ўзнавіць харчаванне выклікаюць парушэнні стрававання. Развіваюцца раздражнёнасць, трывога, часта – адчуванне тугі, вінаватасці. Стан пацыентаў характарызуецца нестабільнасцю, ступень якой залежыць ад ваганняў і да таго нізкага энергетычнага ўзроўню. Дзеля падтрымання апошняга хворыя прыбягаюць да апахмялення. Тут на першы план выходзіць “паталагічная” матывацыя ўжывання алкаголю, накіраваная на зняцце выкліканых апошнім крайне некамафортных адчуванняў.

Пры абстынентным сіндроме мае месца фундаментальнае парушэнне функцыянавання арганізма чалавека ў выглядзе інверсіі цыклу сон – няспанне, якая выражаецца бяссонніцай уначы і засынаннем у дзённы час, тады як у здаровых людзей часавая спіраль найбольш разгорнутая і актыўная ўдзень,

а ўначы знаходзіцца ў спаўшымся выглядзе, што адпавядае сусветным заканамернасцям [7]. Мы ўжо даводзілі, што пры доўгіх і частых эпізодах няўзгодненасці з вонкавым светам узнікаюць карэнныя змены ПЧМ свядомасці [4].

На гэтай стадыі ў псіхічным статусе алкаголезалежнага ў цэлым пераважаюць неспайка і бяссонніца. Нават пры цяжкім ап'яненні ў чалавека адсутнічае санлівасць. Павярхоўны сон чалавека з сіндромам адмены алкаголю суправаджаецца страхамі і кашмарамі, ілюзіямі, транзіторнымі зрокавымі, тактыльнымі, слыхавымі галюцынацыямі, якія праяўляюць адпаведныя перажыванням паводзіны.

Парушэнні свядомасці на дадзенай стадыі становяцца больш выражанымі і ўвасабляюцца не толькі ў амнестычных формах ап'янення, але і ў яе памрачэннях – дэлірыяльных станах. У апошніх пераважаюць агульная ўзбуджанасць, псіхічныя засмучэнні, бяссонніца або кашмарныя сны. Пры алкагольным дэлірыі характэрнай з'яўляецца інверсія рытму сон – няспанне, што праяўляецца як наступства глабальнага парушэння ПЧМ чалавека. Пры азначаных клінічных праявах дзейным з'яўляецца ўвод пацыента ў медыкаментозны сон, падчас якога часавая спіраль спадаецца на ніжняй плоскасці мадэлі.

У другой стадыі саматычныя парушэнні становяцца больш цяжкімі. Большую выражанасць набываюць паражэнні ўнутраных органаў, цэнтральнай і перыферычнай нервовых сістэмаў. Асабліва часта ў гэтай стадыі праяўляецца алкагольная энцэфалапатыя. Развіваюцца і становяцца больш выражанымі алкагольныя кардыяміяпатыя, гастрыт, панкрыятыт, нефрапатыя, анемія, парушэнні імуннай сістэмы і інш.

Аб тым, што дысацыяцыйныя працэсы ў часовай спіралі дасягаюць структурнага ўзроўню, таксама сведчаць сутаргавыя прыступы са згубай прытомнасці, пры якіх, як паказана намі раней [5], адбываецца яе распад на фрагменты і нават дэструкцыя ўсёй ПЧМ, што ўяўляе вітальную небяспеку для чалавека.

У другой стадыі развіцця АЗ часавая спіраль падвяргаецца яшчэ больш выразнай і пастаяннай структурнай і функцыянальнай дысацыяцыі, з-за чаго губляе здольнасць выпрацоўваць унутраную энергію арганізма. Асацыяцыя спіралі слабая, кароткачасовая, няпоўная, не здольная забяспечыць зваротнасці паталагічнага працэсу. Парушэнні яе працы настолькі значныя, што ўжо не могуць быць “компенсаваныя” велізарнай колькасцю алкаголю. На момант адмены алкаголю, асабліва пасля працяглых перыядаў яго пастаяннага ўжывання, часавая спіраль чалавека знаходзіцца ў нядзейным стане, што можа прывесці да поўнага калапсу функцыянавання яго арганізму.

Падчас **трэцяй стадыі** крайне паглыбляюцца як псіхалагічная, так і фізічная залежнасць ад алкаголю. Існаванне без спіртнога для чалавека становіцца ўжо цалкам немагчымым.

У выніку нарастання дысацыяцыйных і амаль поўнага спынення асацыяцыйных працэсаў часавая спіраль ПЧМ дэградуе. Яна памяншаецца ў памерах, дэфармуецца, становіцца няўстойлівай, з-за чаго губляе магчымасць функцыянавання. У ёй пераважаюць структурныя хібы, якія адбываюцца на фізічным і псіхічным стане чалавека і вельмі выразна – на яго знешнім выглядзе. Але галоўным з’яўляецца тое, што адзначаныя парушэнні замянаюць працы часавай спіралі па стварэнні ўнутранай энергіі да такой ступені, што апошняя амаль перастае выпрацоўвацца. Да гэтага дадаюцца вынікі кепскага харчавання, стрававання і непаступлення ў арганізм чалавека калорый ад прыняцця ежы. Пры такіх акалічнасцях *алкаголь пераўтвараецца ў асноўны сродак падтрымання жыццядзейнасці чалавека.*

Цяга да алкаголю ў залежных ад яго людзей яшчэ больш павялічваецца і становіцца пастаяннай. Таксама больш значна, чым у папярэдніх стадыях, зніжаецца кантроль за ўжываннем спіртных напояў. Да ўзнаўлення і падтрымання невысокага энергетычнага ўзроўню спажываюцца алкаголю ўжо патрабуюцца

невялікія разавыя дозы, прычым неабходнасць у сукупай сутачнай дозе захоўваецца высокай, што прымушае чалавека да амаль пастаяннага яго прыёму. За гэтым крыецца неабходнасць у яшчэ большым, чым у ранейшай стадыі, пакрыцці энергетычнай нястачы.

Алкаголь спажываецца практычна штодзённа. Выпіўка становіцца для чалавека рэчывай і ён пастаянна знаходзіцца ў стане ап’янення. Кампанія “падтрымкі” ужо становіцца непатрэбнай і ўжыванне спіртнога адбываецца не залежна ад сітуацыі.

Геданістычны чыннік матывацыі прыёму алкаголю ў чалавека знікае, бо той больш не выклікае ў яго эйфарыі.

Зніжэнне энергетычнага ўзроўню арганізма пры адсутнасці спіртнога штурхае чалавека на тое, каб здабыць яго любым спосабам, а пры немагчымасці ён задавальняе сваю патрэбу прыёмам сурагатаў алкаголю. Імкненне да алкагалізацыі перавышае ўсе астатнія жыццёвыя патрэбы. У пошуках спіртнога алкаголезалежныя прыбягаюць да папашайніцтва і крадзяжоў.

Талерантнасць да алкаголю становіцца ўсё больш нізкай, паколькі фізічна аслаблены арганізм не можа вытрымліваць вялікіх дозаў спіртнога. Таксама і з прычыны кепскай пераноснасці чалавек вымушаны ўжываць спіртное невялікімі порцыямі, прычым незалежна ад перыяду сутак.

Звычайна лічыцца, што адсутнасць у спажываюцца алкаголю ванітавага рэфлексу пры прыёме малых дозаў алкаголю сведчыць аб поўнай непрымальнасці арганізмам спіртнога. З нашага пункту гледжання, гэты сімптом хутчэй можа выступаць як сігнал аб дадатковай патрэбе арганізма ў вонкавым энергетычным падтрыманні і яго вымушаным “дазволе”.

Падзеі, звязаныя з ап’яненнем, часта не фіксуюцца ў свядомасці. Амнэзія на іх наступае нават пры ўжыванні невялікіх колькасцяў алкаголю. Яна ўзнікае на самыя стадыі ап’янення.

На фоне амаль пастаяннага прыёму алкаголю таксама нярэдка маюць месца пе-

ряды больш інтэнсіўнага яго ўжывання працягласцю ад некалькіх дзён да месяца, якія можна кваліфікаваць як “запой”.

Абстынентны сіндром характарызуецца значнай цяжкасцю. На адмене алкаголю праяўляюцца вегетатыўныя сімптомы: бледнасць, вяласць, нерухомасць, трэмар, перабоі ў сэрцы, падзенне сардэчна-сасудзістага тонусу і інш. Для зняцця цяжкіх праяваў чалавек прыбягае да апахмялення, для якога патрабуюцца малыя колькасці алкаголю. Але іх хутка становіцца недастаткова і ўжо праз кароткі час цяга да спіртнога ўзнаўляецца, вяртаецца ўся папярэдняя сімптоматыка. У сувязі з гэтым чалавек падчас “запою” прымае алкаголь шматкратна за суткі.

Пры адмене алкаголю часцей, чым у другой стадыі, развіваюцца цяжкія дэлірыйныя і сутаргавыя станы. У выпадках вымушанай адмены апошняга пры недаступнасці спіртнога наступае поўнае энергетычнае знісенне арганізма, якое без медычнай дапамогі з вялікай верагоднасцю прыводзіць да смяротнага зыходу.

З прычыны парушэнняў натуральнага згортвання і разгортвання заганнай часовай спіралі на працягу сутак мае месца інверсія цыклу сон – няспанне з бяссоніцай уначы і частымі засыненнямі ў дзённы час.

У алкаголезалежных адзначаюцца пастаянная стомленасць, трывожнасць, няўстойлівы настрой. На аснове невысокай часовай спіралі з лёгкасцю фарміруюцца дэпрэсійныя расстройствы або, пры ваганнях яе ўзроўню, дысфарыі. У прамежках паміж запоямі таксама нярэдка брэдавая і галюцынаторная сімптоматыка.

Разам з рэгрэсам часовай спіралі адбываецца алкагольная дэградацыя асобы. Гранічна нівялююцца маральна-этычныя якасці чалавека. Ён становіцца не крытычным да сябе, схільным да пляскатых жартаў і непрыстойных паводзінаў. Праяўляе грубасць, цынічнасць, нястрымную злобнасць, агрэсіўнасць да іншых людзей.

Алкаголезалежныя становяцца бязлікімі, падобнымі адно на аднаго, набываюць ха-

рактэрны выгляд: набраклы твар, бяззубасць, грубы голас, усклабочаныя валасы, хісткая хада. Сярод іншых людзей яны выдзяляюцца фізічнай недагледжанасцю, неахайнасцю ў вопратцы. Губляюць прыкметы прыналежнасці да полу: жанчыны становяцца падобнымі на мужчын, агрубваюць, апранаюцца ў мужчынскае адзенне. Сам чалавек літаральна “апускаецца” (пад стаць яго часовай спіралі): не сочыць за сваім здароўем, есці і п’е што ні патрапячы, не выконвае элементарных правілаў гігіены, захламляе сваё памяшканне, валяецца па пад’ездах і прыпынках транспарту.

Часам такія людзі, будучы нападпітку, могуць выконваць нейкую прымітыўную працу, аднак заробак адразу трацяць на спіртное. У рэшце рэшт, у іх знікаюць усе чалавечыя каштоўнасці і нават сям’я, дзеці, былыя сябры, праца становяцца непатрэбнымі. Чалавек застаецца адзін на адзін з прадметам пажадлівасці – рэчывам, якое ўжо нават не выклікае ў яго задавальнення.

Наступствамі пастаяннай алкагольнай інтаксікацыі выступаюць сур’ёзныя цялесныя нядугі. У большасці алкаголезалежных людзей у выніку кепскага і нерэгулярнага харчавання рэзка зніжаецца маса цела. Сілкаванне ежай звычайна не дае станоўчых вынікаў. Арганізм становіцца асабліва падатным хваробам.

Алкаголь выклікае арганічныя паражэнні сэрца, печані, нырак. Адзначаецца высокая рызыка інфарктаў міякарду і галаўнога мозгу. Паглыбляецца алкагольная энцэфалапатыя, адбываюцца незваротныя змены перыферычнай нэрвовай сістэмы ў выглядзе парэзаў і паралюшоў. Пагаршэнне каардынацыі руху вядзе да частага траўмавання.

Пад уздзеяннем алкаголю адбываецца інтэнсіўнае разбурэнне нейронаў галаўнога мозгу, што прыводзіць да некрозаў, знішчэння падкоркавых структур і яго кары. У выніку гэтых працэсаў развіваецца алкагольная дэменцыя. Наступае інтэлектуальная дэградацыя алкаголезалежных. Яны перастаюць арыентавацца ў прасторы і часе, пазнаваць сваіх

родных, губляюць маўленне і паўсядзённыя навыкі. Іх свядомасць няўхільна згасае. Наступае фізічнае адрахленне.

Змены ПЧМ пацыентаў адбываюцца па агульным узору фарміравання дэменцыі [6], дзе мае месца *прагрэсуючая структурная дысацыяцыя часавай спіралі і яе рэгрэс*.

У тэрмінальнай стадыі ў сувязі з глыбокім і незваротным парушэннем стратэгічнай праграмы ПЧМ чалавека дзейнасць яго індывідуальнай часавай спіралі спыняецца, у выніку чаго наступае смерць.

Заклучэнне

Асаблівасці фарміравання клінічнай карціны АЗ разгледжаны ў адпаведнасці з устаноўленымі ў першай частцы нашай працы ключавымі момантамі патагенетычных зменаў: павелічэнне дысацыяцыі часавай спіралі – зніжэнне энергетычнага патэнцыялу арганізма чалавека – парушэнне або адключэнне свядомасці.

Адметнасцю першай стадыі развіцця АЗ з'яўляецца функцыянальна-структурны характар дысацыяцыі часавай спіралі з фарміраваннем адмысловага квазі-кампенсаторнага механізму зніжэння наступстваў ужывання высокіх доз алкаголю шляхам павышэння талерантнасці да яго дзеля забеспячэння арганізма энергіяй. Адначасова з той шкодай, якую наносіць арганізму высокі ўзровень інтаксікацыі, штучна задзейнічаны ў гэтай ста-

дыі механізм асацыяцыі часавай спіралі перашкаджае развіццю ў чалавека стану анергіі і забяспечвае пэўную зваротнасць працэсу дысацыяцыі. У клінічнай карціне з'яўляюцца першыя прыкметы парушэнняў свядомасці алкаголезалежных у выглядзе сімptomу “шкляных вачэй”, а таксама палімпсестаў.

Другая стадыя характарызуецца перавагай дысацыяцыйных працэсаў над асацыяцыйнымі, у сувязі з чым верагоднасць зваротнасці паталагічных зменаў у арганізме чалавека значна зніжаецца. Структурная дысацыяцыя часавай спіралі пераважае над функцыянальнай. У арганізме адбываецца развіццё станаў гіпа- або анергіі, абумоўленых адменай алкаголю. Клінічнымі праявамі выступаюць парушэнні свядомасці ў выглядзе дэлірыйных станаў, брэдавья і галюцынацыйныя псіхатычныя расстройствы, страта прытомнасці падчас сутаргавых прыступаў, выражаныя саматычныя парушэнні.

У трэцяй стадыі на першы план выходзяць прагрэсаванне дысацыяцыйных працэсаў з нівеляваннем асацыяцыйных, структурная дысацыяцыя часавай спіралі, якая робіць немагчымым існаванне чалавека без алкаголю з-за пагрозы наступлення ў арганізме энергетычнага крызісу, яшчэ большае пуглыбленне саматычных парушэнняў, інтэлектуальна-мнестычнае зніжэнне з поўнай незваротнасцю гэтых зменаў і наступленнем алкагольнай дэменцыі, якая завяршаецца смяротным зыходам.

Літаратура

1. Блюменфельд, Л. А. Состояние устойчивого не-равновесия по Бауэру и современная наука // Эрвин Бауэр и теоретическая биология (к 100-летию со дня рождения) / Л. А. Блюменфельд / Сб. науч. трудов / Отв. ред. Э. С. Шноль. – Пушкино, 1993. – С. 179–184.

2. Стрельчук, И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем / И. В. Стрельчук. – М.: Медицина. 1973. – 384 с.

3. Тетеркина, Т. И., Корсак О. В. Пространственно-временная основа формирования атипичных аффективных расстройств / Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак // Военная медицина, 2020. – № 4. – С. 68–77.

4. Тетеркина, Т. И., Корсак, О. В., Скугаревский, О. А. Пространственно-временная основа психического здоровья и его расстройств у человека / Т. И. Тетеркина, О. В. Корсак, О. А. Скугаревский // Психическое здоровье. – 2018. – № 7. – С. 62–70.

5. Цяццеркина, Т. И., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: прасторава-часавая арганізацыя дысацыяцыйных растройстваў / Т. И. Цяццеркина, В. У. Корсак // Военная медицина, 2020. – № 1. – С. 66–78.

6. Цяццеркина, Т. И., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя псіхічнага здароўя і яго расстройстваў: прасторава-часавая арганізацыя дэменцыі / Т. И. Цяццеркина, В. У. Корсак // Военная медицина, 2019. – № 1. – С. 70–78.

7. Цяцеркина, Т. И., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя психичнага здароўя і яго расстройтваў: Прасторава-часавая арганізацыя цыклу сон – няспанне чалавека / Т. И. Цяцеркина, В. У. Корсак // Военная медицина, 2017. – № 1. – С. 62–67.

8. Цяцеркина, Т. И., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя психичнага здароўя і яго расстройтваў: прасторава-часавая арганізацыя шызафрэнніі / Т. И. Цяцеркина, В. У. Корсак // Военная медицина, 2019. – № 2. – С. 59–67.

References

1. Blyumenfel'd, L. A. Sostoyanie ustojchivogo neravnovesiya po Baueru i sovremennaya nauka // Ervin Bauer i teoreticheskaya biologiya (k 100-letiyu so dnya rozhdeniya) / L. A. Blyumenfel'd / Sb. nauch. trudov / Otv. red. E. S. SHnol'. – Pushchino, 1993. – S. 179–184.

2. Strel'chuk, I. V. Ostraya i hronicheskaya intoksikatsiya alkogolem / I. V. Strel'chuk. – M.: Medicina. 1973. – 384 s.

3. Teterkina, T. I., Korsak O. V. Prostranstvenno-vremennaya osnova formirovaniya atipichnyh affektivnyh rasstrojstv / T. I. Teterkina, O. V. Korsak // Voennaya medicina, 2020. – № 4. – S. 68–77.

4. Teterkina, T. I., Korsak, O. V., Skugarevskij, O. A. Prostranstvenno-vremennaya osnova psicheskogo zdorov'ya i ego rasstrojstv u cheloveka / T. I. Teterkina, O. V. Korsak, O. A. Skugarevskij // Psicheskoe zdorov'e. – 2018. – № 7. – S. 62–70.

5. Суцеркина, Т. И., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя психичнага здароўя і яго расстройтваў: прасторава-часавая арганізацыя дысцыяцыяных расстройтваў / Т. И. Суцеркина, В. У. Корсак // Voennaya medicina, 2020. – № 1. – С. 66–78.

9. Цяцеркина, Т. И., Корсак, В. У. Прасторава-часавая тэорыя психичнага здароўя і яго расстройтваў: Характарыстыка прасторава-часавых мадэляў афектыўных расстройтваў. Частка 1. / Т. И. Цяцеркина, В. У. Корсак // Военная медицина, 2018. – № 1. – С. 51–57.

10. Чернобровкина, Т. В. Теоретические и практические аспекты памяти в генезисе мотивационной доминанты и клинических феноменов у больных с зависимостью. Лекция 7. / Т. В. Чернобровкина // Наркология, 2019. – Т. 19. – № 1. – С. 45–79.

6. Суцеркина, Т. И., Korsak, V. U. Prastorava-chasavaya teoryya psichichnaga zdaroўya i yago rasstrojstvaў: prastorava-chasavaya arganizacyya demencii / T. I. Суцеркина, V. U. Korsak // Voennaya medicina, 2019. – № 1. – S. 70–78.

7. Суцеркина, Т. И., Korsak, V. U. Prastorava-chasavaya teoryya psichichnaga zdaroўya i yago rasstrojstvaў: Prastorava-chasavaya arganizacyya cyklu son – nyaspanne chalaveka / T. I. Суцеркина, V. U. Korsak // Voennaya medicina, 2017. – № 1. – S. 62–67.

8. Суцеркина, Т. И., Korsak, V. U. Prastorava-chasavaya teoryya psichichnaga zdaroўya i yago rasstrojstvaў: prastorava-chasavaya arganizacyya shyzafrenii / T. I. Суцеркина, V. U. Korsak // Voennaya medicina, 2019. – № 2. – S. 59–67.

9. Суцеркина, Т. И., Korsak, V. U. Prastorava-chasavaya teoryya psichichnaga zdaroўya i yago rasstrojstvaў: Haraktarystyka prastorava-chasavyh madelyaў afektyўnyh rasstrojstvaў. Chastka 1. / T. I. Суцеркина, V. U. Korsak // Voennaya medicina, 2018. – № 1. – S. 51–57.

10. Chernobrovkina, T. V. Teoreticheskie i prakticheskie aspekty pamyati v genezise motivacionnoj dominanty i klinicheskikh fenomenov u bol'nyh s zavisimost'yu. Lekciya 7. / T. V. Chernobrovkina // Nar-kologiya, 2019. – T. 19. – № 1. – S. 45–79.

Паступила 11.08.2021 г.