

неудовлетворенность отношениями в коллективе, с руководством, условиями труда, особенно сферами профессии - отмечались в 61,8 % случаев дезадаптации. Семейные проблемы (дисгармоничные отношения, неполная семья) - в 40,6 % случаев. Жилищно-бытовая неустроенность имела место в 36,7 % случаев. В целом наличие трудноразрешимых проблем отмечают 65,7% дезадаптированных лиц. Наиболее значительное учащение психогений при дезадаптации по сравнению с практически здоровым наблюдается в сфере производственной деятельности, а также в области жилищно-бытовых условий жизни - недостаточный материальный уровень, невозможность улучшить свои условия в будущем, словом, аспекты жизни, наиболее обусловленные социальными моментами (экономические неурядицы, политическая напряженность, сопровождающие всякий переходных период в жизни общества). Дезадаптированные достоверно чаще практически здоровых принимают спиртные напитки, при этом снижается толерантность. Перенесенные в прошлом соматогенные, экзогенно-органические вредности (хронические соматические заболевания в стадии ремиссии, такие как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, желудочно-кишечная патология, бронхиальная астма, кожные заболевания, диабет, ожирение, легкие черепно-мозговые травмы, менингиты, энцефалиты) отмечались в 66,2% случаев дезадаптации, в 2 раза чаще, чем у практически здоровых (различия достоверны, $p < 0,001$).

При обследовании респондентов с дезадаптацией Томским опросником ригидности выявлено достоверное повышение средних показателей по сравнению с группой практически здоровых по шкалам "симптомокомплекс ригидности", "актуальная личностная ригидность", "сенситивная ригидность", "ригидность как состояние". Полученные данные свидетельствуют о том, что лица с признаками психической дезадаптации, характеризуются более высокой, в отличие от практически здоровых, психической ригидностью, проявляющейся в склонности к широкому спектру фиксированных форм поведения. С особой силой эта черта проявляется в ситуациях, требующих психического напряжения. Респон-

денты с СПД характеризуются выраженной эмоциональной реакцией на изменения окружающей действительности, страхом перед новым, неопытностью. Психическая ригидность не затрагивает тотально всю структуру личности, а отмечается прежде всего в эмоционально-аффективной сфере. Это проявляется в том числе в негибкости самооценки, невозможности оценить себя с точки зрения окружающих.

Изучение контингента с состояниями дезадаптации методикой Спилбергера показало незначительное по сравнению с практически здоровыми повышение средних показателей личностной и резкое повышение реактивной тревоги. Высокая реактивная тревожность выражается в снижении настроения, внутренней напряженности, склонности к накоплению отрицательных эмоций, снижению активности, утрате инициативы.

Психологическое исследование опросником Шмишека респондентов с СПД обнаружило у них достоверное и значительное повышение по сравнению с группой здоровых числа акцентуаций. В качестве факторов риска формирования состояний дезадаптации в первую очередь выступают акцентуации застревающего, педантического, эмотивного и тревожно-боязливого типов.

Обследование изучаемой группы опросником уровня субъективного контроля показало следующие результаты. Лица с психодезадаптационными расстройствами характеризуются по сравнению с практически здоровыми достоверным снижением средних показателей по шкалам общей интернальности, интернальности достижений, интернальности в области неудач, в сфере семейных отношений, в отношении здоровья и болезни. Таким образом, лица с признаками психической дезадаптации в меньшей степени, чем практически здоровые, считают себя способными контролировать события своей жизни в целом, считают, что большая часть происходящего с ними является результатом случая или действий других людей. Респонденты с СПД характеризуются снижением инициативы, менее "активной жизненной позицией", но эти изменения не затрагивают существенно вопросов социального функционирования - межличностных отношений в семье и на производстве.

Заключение

Клинико-эпидемиологическое обследование работников крупного машиностроительного предприятия позволило определить интенсивный показатель распространенности состояний

психической дезадаптации в данной популяции - 180 на 1000 работающих. Максимальная встречаемость состояний дезадаптации выявлена у лиц в возрасте "26-35 лет" и "46-55 лет". В ос-

тальных возрастных группах распространенность состояний дезадаптации увеличивается пропорционально возрасту. Частота состояний дезадаптации достоверно выше среди лиц, проработавших на предприятии больше 20 лет. Среди мужчин распространенность психодезадаптационных расстройств выше, чем среди женщин. Распространенность СПД выше среди служащих, чем среди рабочих. Самый высокий показатель распространенности СПД среди мужчин-служащих, затем - женщин-рабочих. Выявленные зависимости позволяют определить контингенты работающих, в наибольшей степени нуждающихся в психопрофилактической помощи. Состояния психической дезадаптации, в особенности у женщин, являются "популяционным резервом" формирования пограничных не-

вно-психических расстройств.

Уточнена роль разнообразных факторов риска в генезе этих состояний. Наибольшее значение среди психогений имеют микросоциальные неблагоприятные факторы производственного характера, затем - семейного, на последнем месте - жилищно-бытовая проблематика. Показана этиологическая роль перенесенных в прошлом экзогенно-органических заболеваний, хронических соматических заболеваний в стадии ремиссии, алкоголизации.

Формированию состояний психической дезадаптации способствует определенное личностное своеобразие в виде акцентуаций, высокой психической ригидности, личностной и реактивной тревожности в сочетании с низким уровнем субъективного контроля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В.А., Кутько И.И., Напреенко А.К. и др. Диагностика состояний психической дезадаптации: Метод. рекомендации.- Донецк, 1992.- 19 с.
2. Абрамов В.А., Лебедев Д.С. Психическая дезадаптация // Журнал психиатрии и медицинской психологии.- Донецк, 1996.- №2.- С.45-55.
3. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации, их систематика, динамика, профилактика. М. - 1985. - 236с.
4. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психологический журнал.- 1983.- Т.5.- №3.- С.152-162.
5. Гурвич И.Н., Семичов С.Б. Тест нервно-психической адаптации: Метод. рекомендации.- Л., 1988.- 19 с.
6. Залевский Г.В. Дифференциально-диагностическая оценка психической ригидности при основных нервно-

психических расстройствах. Метод. рекомендации.- Томск, 1987.- 24 с.

7. Пожарова Е.Г. Пограничные нервно-психические расстройства у работников строительства (клинико-эпидемиологические и социально-гигиенические аспекты): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Томск, 1991.- 20 с.

8. Савиных А.Б. Структура, динамика и профилактика состояний психической дезадаптации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- Томск, 1989.- 25 с.

9. Семичов С.Б. Группировка состояний психического здоровья // Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии.- Л., 1986.- С.8-17.

10. Табачников С.И., Кутько И.И., Панченко О.А. и др. Система психопрофилактики и психотерапии на производстве с экстремальными условиями труда // Український вісник психоневрології.- Харків, 1995.- Том 3, вип. 2 (6).- С. 335-336.

Д.С.Лебедев

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ПСИХІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Донецький державний медичний університет

Клініко-епідеміологічне дослідження станів психічної дезадаптації серед 1864 робітників великого машинобудівного підприємства дозволило одержати показники дійсної поширеності цих станів, її залежність від віку, статі, професії та стажу роботи на підприємстві. Уточнена роль різноманітних чинників ризику виникнення цих станів, психологічні механізми їх формування. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 1997. - № 1 (3) . - С. 42-46).

D.S.Lebedev

CLINICAL, EPIDEMIOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL SPECIALITIES OF PSYCHIC DESADAPTATIONS STATES

Donetsk State Medical University

Using the complex of clinical, epidemiological and psychological methods the wide-spread, psychological specialities of psychic desadaptation states in large factory employers (1864 persons) was studied. Various hazard factors role and the psychological and personality special features, increasing risk of forming psychic desadaptation states, was investigated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 1997. - № 1 (3) . - P. 42-46).

Поступила в редакцию 18.04.97

ОСОБЕННОСТИ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОЙ ИНДИВИДУАЛЬНОСТИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ С СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИЕЙ И ПРОСТАТИТОМ У МУЖА

Харьковский институт усовершенствования врачей

Ключевые слова: простатит, супружеская пара, сексуальная дисгармония, биологические ритмы, акрафаза, батифаза, инверсия.

Нарушение сексуальной функции у мужчин при хроническом простатите отмечают в своих работах многие авторы [2, 4, 7, 8]. Однако в имеющихся исследованиях, как правило, рассматриваются лишь сексуальные расстройства у самого больного, и не учитывается парный характер сексуальной функции, т.е. тот факт, что нарушение сексуального здоровья всегда представляет собой болезнь “двоих”. Не менее существенным пробелом в разработке изучаемой проблемы является и то, что авторы практически не уделяют внимания циркадианным ритмам у мужа и жены, хотя, как можно судить по данным ряда исследований, сексуальная дисгармония нередко связана с биоритмологической дезадаптацией супругов.

Между тем, работ, посвященных изучению биологических ритмов у супругов при сексуальной дисгармонии супружеской пары, в которой муж страдает простатитом, и их влияние на ее возникновение и течение вообще не привлекало внимания исследователей, несмотря на бесспорную актуальность данной проблемы. Для изучения этого вопроса нами было отобрано среди больных, страдающих хроническим простатитом 109 супружеских пар с сексуальной дисгармонией. Кроме того, для сравнения, с целью контроля, обследовано также 25 супружеских пар, в которых оба супруга были практически здоровы и пара не страдала сексуальной дисгармонией.

По известным науке причинам и условиям развития сексуальной дисгармонии, мы условно разделили изучаемые супружеские пары с дисгармонией на три группы.

Первую группу составили 60 супружеских пар, у которых сексуальная дисгармония была обусловлена сексуальной дисфункцией у мужа, возникшей вследствие хронического простатита.

Во вторую группу вошли 33 супружеские

пары, где сексуальная дисгармония развилась в результате недостаточной осведомленности одного или обоих супругов в вопросах психогигиены половой жизни.

Третья группа состояла из 16 супружеских пар, у которых дисгармония была обусловлена низким уровнем психологической и социально-психологической адаптации супругов.

Для полной характеристики этих пар нами, вне зависимости от причин вызвавших сексуальную дисгармонию, в каждой из них был изучен биоритмологический статус супругов.

У всех обследуемых больных и их жен, с целью объективизации биоритмологических данных, изучали циркадианные ритмы путем регистрации в течение 6 суток через каждые 3 часа (за исключением 24-х и 3-х часов ночи) показателей температуры тела, частоты пульса, дыхания, систолического и диастолического артериального давления.

Изучив биоритмологический статус больных и их жен, мы считали утренним типом лиц, у которых максимумы исследуемых функций приходятся на 9-12 часов, вечерним - 18-21 час, индифферентным - 12-15 часов.

Всем исследуемым по всем изучаемым показателям были построены графики и проведена их визуальная оценка. Если при построении графика отмечалась выраженная десинхронизация физиологических функций, выражающаяся в разбросанности акрафаз (момента наибольшего подъема) исследуемых параметров, мы такого исследуемого относили к недифференцированному типу, при сдвиге акрофаз в пределах 15-18 часов мы учитывали, в какое время подъем физиологических функций наблюдался чаще и в зависимости от этого относили лицо к утреннему или вечернему типу.

В результате проведенного исследования было выделено три типа биоритмов, максимумы которых приходятся на утренние, дневные и

вечерние часы. Согласно современным представлениям о биоритмологическом статусе организма, это соответствует трем типам работоспособности человека - утреннему типу ("жаворонки"), вечернему ("совы") и недифференцированному ("аритмики") [5].

Обследование показало, что из 109 мужей изучаемой группы было 60 (55,06%) "жаворонков", 33 (30,27%) "аритмиков" и 16 (14,87%) "сов". Среди жен "жаворонков" было 30 (27,52%), "аритмиков" - 20 (18,34%) и "сов" - 59 (54,14%). Данные, полученные у мужчин, практически совпадают с данными полученными среди общей популяции [1, 3]. В то же время среди их жен в распределении типов работоспособности по сравнению с общей популяцией имеются различия. Так, "жаворонков" встретилось почти в два раза меньше, чем среди общей популяции (27,52% против 50,0%), "аритмиков" в 1,6 раза меньше (18,34% против 30,0%), а "сов" в 3,6 раза больше (54,14% против 15,0%), чем в общей популяции. Учитывая то, что в повседневной жизни люди ориентируются на данные своего биоритмологического статуса субъективно, мы в своих исследованиях, кроме объективных показателей суточных ритмов, изучили и их субъективную оценку. Для этого использовали модифицированную для средней полосы СНГ анкету Эстберга [6]. В этой анкете содержится 23 вопроса, отвечая на которые обследуемый субъективно определяет свою принадлежность к тому или иному типу суточного ритма.

Обращает на себя внимание тот факт, что не всегда субъективная оценка больными своего биоритмологического статуса, которая определялась по анкете Эстберга, совпадает с объективными данными, полученными при исследовании циркадианных ритмов организма.

Анализ данных о совпадении оценок показал, что все больные, как и их жены, по субъективной и объективной оценке их биоритмологического статуса разделяются на две группы. К первой относятся лица, у которых совпадают объективные и субъективные оценки. При этом среди больных утреннего типа совпадение наблюдается у 47 пациентов из 60 (78,33%) по сравнению с пациентами недифференцированного - у 24 из 33 (72,72%, $p > 0,05$) и вечернего у 2 из 18 (12,5%, $p < 0,01$).

Вторую группу составили больные, у которых объективные и субъективные оценки не совпадают. К ним относятся 13 (21,66%) "жаворонков", 9 (27,27%) "аритмиков" и 14 (87,5%) "сов". Как видно из приведенных данных, наибольшее расхождение в определении биоритмологичес-

кого статуса дают больные вечернего типа работоспособности (87,5%), а наименьшее - утреннего типа (21,66%, $p < 0,05$).

При анализе этих же параметров у их жен отмечено, что у женщин утреннего типа совпадение наблюдается у 25 из 30 (83,33%) по сравнению с лицами недифференцированного - у 14 из 20 (70,0%, $p < 0,05$) и вечернего типа - у 44 из 59 (74,57%, $p < 0,05$).

Вторую группу составляют женщины, у которых объективные и субъективные оценки не совпадают. К ним относятся 5 (16,66%) "жаворонков", 6 (50,0%) "аритмиков" и 15 (25,42%) "сов". Следовательно, несмотря на то, что жены больных мужей простатитом, лучше дифференцируют свой тип работоспособности, но и они не всегда субъективно могут точно установить его у себя, что необходимо учитывать при психотерапии в случаях с сексуальной дисгармонией.

Среди обследуемых контрольной группы супружеских пар у мужей из 13 "жаворонков" у 11 было совпадение (84,6%), из 8 "аритмиков" у 7 (87,5%), из 4 "сов" - у 3 (75,0%). Среди их жен соответственно: из 8 у 6 (75,0%), из 12 у 10 (83,3%) и из 5 у 4 (80,0%), т.е. отмечалось как у мужей так и у жен приблизительно одинаковое распределение по разным типам работоспособности.

Из 25 мужей контрольной группы верно оценили свой статус 21 (84,0%), незначительные расхождения отмечены у 4 (16,0%), в то время, как из 109 больных мужчин верно оценили свой статус лишь 73 (66,97%, $P < 0,05$), невыраженные расхождения были у 31 (28,45%) и выраженные, когда они относили себя к утреннему типу, а по объективной оценке являлись "совами" - у 5 (4,58%) больных ($P < 0,05$).

Среди 25 жен контрольной группы верно оценили свой биоритмологический статус 19 (76,0%), незначительные расхождения отмечены у 6 (24,0%). Жены больных мужей верно оценили свой статус в 83 (76,15%) случаях и с незначительными расхождениями в 26 (23,85%), т.е. между женами больных мужей и контрольной группы практически расхождений нет ($P < 0,05$).

Анализ частоты распределения индивидуальных акрофаз циркадианных ритмов важнейших физиологических параметров в контрольной группе позволил установить у 18 из 25 (72,0%) мужей и у 20 из 25 (80,0%) их жен наличие внутренней и внешней синхронизации суточной ритмики изучаемых показателей, что проявлялось совпадением акрофаз и батифаз (момента наи-