

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО
ДОНЕЦКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПСИХИАТРОВ УКРАИНЫ

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 2 (19), 2008 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

О. В. Абрамов (відповідальний секретар), І. О. Бабюк, Р. О. Грачов, Б. Б. Івнєв, В. М. Казаков, Б.В.Михайлов, В. Б. Первомайський, В. С. Підкоритов, Т. Л. Ряполова, І. К. Сосін, В. Я. Уманський, Л. Ф. Шестопалова, Л. М. Юр'єва

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Ю. А. Александровський (Росія), О.М. Бачеріков (Україна), В. С. Бітенський (Україна), І. Й. Влох (Україна), П. В. Волошин (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. Є. Казакова (Україна), М. М. Кабанов (Росія), В. М. Кузнєцов (Україна), І. І. Кутько (Україна), Н. О. Марута (Україна), О. М. Морозов (Україна), О. К. Напрєєнко (Україна), Б. С. Положий (Росія), Н. Г. Пшук (Україна), В. П. Самохвалов (Україна), А. М. Скрипніков (Україна), П. Т. Сонник (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), С. І. Табачніков (Україна), О. О. Фільц (Україна), А. П. Чуприков (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію ДЦ № 947 від 12.05.1995р.

Атестовано Вищою атестаційною комісією України (Бюлетень ВАК України, 1999, № 4)

Адреса редакції:

Україна, 83037, м. Донецьк, сел. Перемоги. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії та медичної психології Донецького Національного медичного університету. *Тел./факс:* (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

Рекомендовано до друку Вченою радою ДонНМУ (протокол засідання № 9 від 25.12.2008 р.)

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ

3 CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Гуменюк Л.Н.** Ограниченная способность к интеграции в сообщество у психически больных: пути возникновения и преодоления **5**
- Воробьев В.В.** Сексологические аспекты в генезе мастопатии у женщин **10**
- Абрамов В.А., Бурцев А.К., Ряполова Т.Л.** Показатели эффективности реабилитационного вмешательства у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом **16**
- Маркова М.В., Бахтиярова С.А., Бабич В.В., Степанова Н.М., Лисенко И.О.** Психотерапия при непсихотических психических расстройствах тревожно-депрессивного спектра (когнитивно-реверсивный подход) **25**
- Денек М.А.** Системно-структурный анализ нарушений сексуального здоровья при разных типах специфического расстройства личности у женщин **32**
- Шестопалова Л.Ф., Кожевникова В.А., Андренко А.В.** Особенности восприятия медицинскими специалистами терапевтического микроклимата медицинского учреждения психоневрологического профиля **37**
- Гавенко Н.В.** Типология сексуальных сценариев у мужей пациенток с неврастенией в сексуально-дезадаптированном супружестве **43**
- Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С., Пересадин Н.А.** Эффективность полиоксидония и галавита при синдроме психоэмоционального выгорания и их влияние на иммунные показатели **49**
- Лях С.Б.** Особенности психосексуального и соматосексуального развития при ананкастном расстройстве личности у мужчин **54**
- Абрамов В.А., Осокина О.И., Бурцев А.К.** Уровень самоактуализации у музыкально-педагогических работников с невротическими расстройствами **60**
- Пономарев В.И.** Нейромедиаторные механизмы формирования зависимости от паров ацетона у крыс пубертатного возраста и ее подавления применением импульсных токов крайне высокой частоты и крайне низкой мощности **68**
- Бабук И.А., Куценко И.В., Гашкова Л.А., Шульц О.Е., Рымарь И.Б., Найденко С.И., Савенко Ю. П.** Современные подходы в лечении **73**
- Gumenyuk L.N.** The limited ability of integration in society of mentally ill: ways of origin and overcoming **5**
- Vorob'ev V.V.** Sexological aspects in genesis of mastopathy for women **10**
- Abramov V.A., Burtsev A.C., Ryapolova T.L.** Figures of effectiveness of rehabilitation interferences in patients on schisofrenia with the first psychotic epysode **16**
- Markova M.V., Bahtiyarova S.A., Babich V.V., Stepanova N.M., Lisenko I.A.** The psychotherapy to nonpsychotic mental disorders of the anxious-depressed spectrum (kognitive-reversible approach) **25**
- Deyneko M.O.** Systemic-structural analysis of sexual health disorders in different types of specific personality disorders in women **32**
- Shestopalova L., Kozhevnikova V., Andrenko A.** Peculiarities of psycho-neurological institution's therapeutic milieu by opinion of medical specialists **37**
- Gavenko N.V.** Typology of sexual scenarios in husbands of patients with neurasthenia in sexual-dysadapoted matrimony. **43**
- Kutko I.I., Frolov V.M., Rachkauskas G.S., Peresadin M.O.** Efficiency of polyoxidonium and galavitum at the burn-out syndrome: influence on the immune parameteres **49**
- Lyach S.** Features psychosexual and somatosexual developments at anankasny frustration of the person at men **54**
- Abramov V.A., Osokina O.I., Burtsev A.K.** Level of self-actualization at musical-pedagogical workers with neurotic disorders **60**
- Ponomaryov V.I.** Neuromediator mechanisms of forming of dependence on acetone fume in puberty age rats and its suppression by microwave frequency and ultralow power impulse current **68**
- Babuk I. A., Kucenko I.V., Shults O.E., Gashkova L.A., Rymar I.B., Savenko Yu.P.** Modern approaches of treatment of itching **73**

зудящих дерматозов и сопутствующих сомато-психических расстройств

dermatitis and accompanying somato-psychiatric disorders

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Шалашова И.В. Исследование тревожности и депрессии у больных, зависимых от психостимуляторов кустарного изготовления на момент госпитализации

Shalashova I.V. Research of uneasiness and depression at the patients dependent from handicraft psychostimulants at the moment of hospitalization

Филатова О.А. Исследование функции непроизвольного запоминания у больных сурдомутизмом

Filatova O.A. Research of function of involuntary storing at patients with surdomutism

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SHORT REPORTS

Кочарян Г.С. Гомосексуальные отношения и постсоветская Украина

Kocharyan G.S. Homosexual intercourses and the post-soviet Ukraine

Л.Н. Гуменюк

ОГРАНИЧЕННАЯ СПОСОБНОСТЬ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ: ПУТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ПРЕОДОЛЕНИЯ

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

Ключевые слова: ограниченная способность к интеграции в сообщество

С точки зрения биопсихосоциальной модели, на возникновение психических расстройств оказывают действие биологические, психологические и социальные факторы, которые, в свою очередь, в каждом отдельном случае могут синергировать свое действие и приводить к сложному нарушению адаптации личности.

С достоверной точностью практически невозможно определить, в каком виде у человека может сформироваться ограниченная способность к интеграции в сообщество (ОСИС) при развитии психического заболевания, так как его механизм развития имеет мультифакториальный генез. Поэтому под понятием ОСИС, необходимо понимать степень дезадаптации в каждом отдельном случае. Так как проблема ОСИС рассматривается специалистами как мультифакторное явление [1], формирующееся в условиях одновременного и/или последовательного взаимодействия внешних и внутренних факторов, то в большинстве исследований жизнедеятельности психически больных обсуждается влияние не только провоцирующих факторов (микро- и макросоциальных), но и индивидуальная предрасполагающая основа (биологические, психологические и личностные факторы) возникновения ОСИС у психически больных без постоянного места жительства.

Основные положения изучения данного феномена определяют генез развития ОСИС как совокупность и соотношение средовых, личностных и психопатологических (при их наличии) факторов.

Выделенные факторы с точки зрения патогенеза можно сгруппировать следующим образом.

А). Преддиспонирующие, усиливающие восприимчивость личности к психическим расстройствам и повышающие вероятность их возникновения (генетические детерминанты и личностные черты, которые частично обусловлены генетически, а частично - действием микросреды – семейным воспитанием): - биологические: генетичес-

кие (шизофрения, депрессия, алкоголизм); внутриутробные аномалии; нейроинфекции, травмы; - психологические: тяжелые, травмирующие семейные проблемы, нарушение эмоциональных отношений между ребенком и матерью в раннем возрасте; - социальные: бедность, вынужденная миграция, социальные катастрофы, отсутствие постоянного места жительства.

Б). Провоцирующие, вызывающие чрезмерное напряжение механизмов адаптации и непосредственно оказывающие содействие возникновению психических расстройств (катастрофы, тяжелые потери и т.п.): - биологические: соматические заболевания, травмы, интоксикации, злокачественные опухоли; - психологические: реакции на кризисные ситуации, беспомощность, безнадежность; - социальные: проблемы утрат (смерть близких или других эмоционально значимых лиц), отсутствие постоянного места жительства.

В). Поддерживающие, препятствующие компенсации психических расстройств или выздоровлению (например, психотравмирующие жизненные обстоятельства, низкое качество лечения и т.п.): - биологические: течение соматического заболевания, травмы, интоксикации в сочетании с осложнениями действия психотропных препаратов; - психологические: низкая самооценка, зависимые и тревожные личностные черты, стабильные неэффективные механизмы психологической защиты; - социальные: отсутствие социальной поддержки, неадекватная организация лечения и реабилитации, отсутствие постоянного места жительства.

Значимость того или другого фактора определяется интенсивностью или масштабами его действия, особенностями психического расстройства, возможностями адаптационных и защитных психологических механизмов.

Для дифференциации биологических, социальных и психологических составляющих, уча-

ствующих в развитии ОСИС у больных психическими и поведенческими расстройствами, необходимо опираться на основные модели пони-

мания личности. К ним относятся:

1. Био-психо-социально-духовная модель (рис. 1).

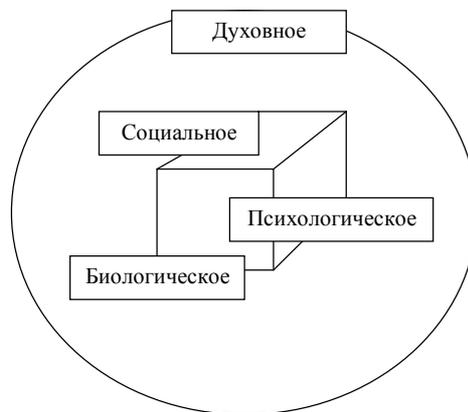


Рис. 1 Био-психо-социально-духовная модель существования человека

2. Модель «диатез – стресс»: предрасположенность + стресс а дезадаптация. Данная модель предполагает полное понимание человека как личности, а также учет влияния био-психо-социальных факторов.

3. Модель «здоровье – болезнь» (рис. 2). Заболевание («disease»): выражение биологических на-

рушений в результате патологического процесса. Приводит к появлению признаков и симптомов, которые становятся основой. Болезнь («illness»): культуральное выражение заболевания. Выражение характерных путей описания симптомов, а также психо-социально-духовного смысла заболевания и сопровождающих его способов поведения.

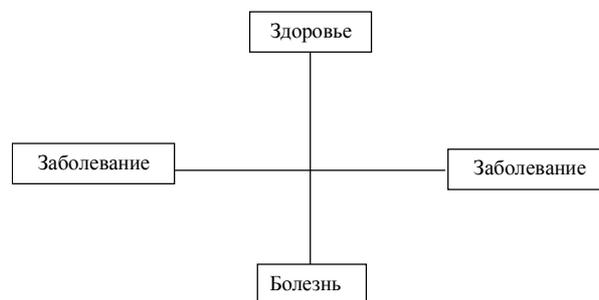


Рис. 2 Модель «здоровье – болезнь»

Базируясь на вышеизложенном, а также на основании результатов клинико-психопатологического, социально-демографического и психодиагностического исследования 311 психически больных лиц с ОСИС, проводившегося на базах Крымского республиканского учреждения «Психиатрическая больница» (КРУ ПБ) № 1 (г. Симферополь), КРУ ПБ № 3 (с. Александровка, Белогорского района), КРУ ПБ № 4 (с. Красноярское Черноморского района) и специализированного приемника для содержания административных арестованных при СГУ ГУ МВД Украины в АРК на протяжении 2003 – 2008 гг., нами охарактеризованы основные параметры жизнедеятельности психически больных с ОСИС, которые должны учитываться при работе с ними.

Жизнедеятельность - способность осуществлять деятельность способом или в рамках, обыч-

ных для человека. Синонимы жизнедеятельности: повседневная деятельность, приспособительная активность, трудоспособность в широком смысле. Жизнедеятельность включает сложные формы деятельности - способности человека, осуществляемые за счет интеграции функций разных органов и систем в рамках целостного организма. Жизнедеятельность - показатель состояния организма в целом, отражающий выполнение человеком сложных биосоциальных функций. ОСИС воздвигает барьеры в среде обитания больного, препятствует доступу его в различные инфраструктуры общества, ставит в невыгодное положение по сравнению со здоровыми, ухудшает качество жизни, т.е. приводит к последствиям на социальном уровне [2].

Под социальной дезадаптацией понимается неспособность больного человека выполнять

обычную для его положения роль в жизни (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения). Социальная недостаточность представляет собой социализацию болезни и отражает бытовые, социальные и экономические последствия болезни. Следствием ее является нарушение возможности интеграции в обществе. Социальная дезадаптация оценивается по обстоятельствам, которые ставят больного в невыгодное положение по сравнению со здоровыми.

Измерителями социальной недостаточности являются так называемые критерии “выживания”. Экспертами ВОЗ выделены 6 ключевых критериев “выживания”: ориентация в окружающем, физическая независимость, мобильность, общение (социальная интеграция), занятия, экономическая независимость. Несоответствие любому из этих критериев вызывает социальную дезадаптацию [2].

Передвижение - способность эффективно передвигаться в своем окружении, обеспечивающая мобильность человека.

Самообслуживание - способность ухаживать за собой, самостоятельно справляться с основными потребностями, обеспечивать эффективное независимое существование в окружающей среде без помощи других лиц - физическая независимость. Самообслуживание включает самостоятельное удовлетворение самых насущных повседневных потребностей (физиологических отправления, личной гигиены, одевания и приема пищи) и осуществление более широкого круга повседневных бытовых потребностей (покупки в магазине, приготовление пищи, уборка помещения, заправка постели, стирка (малая и крупная), поддержание должной температуры помещения, пользование замками, выключателями, кранами, различными домашними приборами, телефоном и др.).

Ориентация - способность человека самостоятельно ориентироваться в окружающей обстановке, воспринимать и анализировать ее состояние и соответственно реагировать на ее изменения. Для характеристики выраженности нарушений ориентации используются следующие параметры оценки: состояние систем ориентации и возможности их компенсации; состояние систем коммуникации и возможность их компенсации; степень ориентации в собственной личности, месте, времени и пространстве; способность анализировать и адекватно реагировать на поступившую информацию; возможность компенсации речи и поведения медикаментозными средствами.

Общение - способность человека устанавли-

вать контакты с другими людьми и поддерживать привычные общественные взаимоотношения.

Коммуникация - потребность генерировать, распространять, воспринимать и понимать сообщения посредством средств коммуникации. Основным средством коммуникации является речь, вспомогательными средствами - чтение и письмо; коммуникация может осуществляться как с помощью вербальных (словесных), так и невербальных символов. Помимо сохранности речи коммуникация требует сохранности систем ориентации (слуха и зрения). Другим условием общения служит нормальное состояние психической деятельности и психологических особенностей личности.

Социальная интеграция - сложный многоплановый процесс установления и развития всех форм контактов между людьми, порожденных потребностью в совместной деятельности - отражает социальное содержание этого понятия - проявление социального бытия человека. Общение является средством передачи форм культуры и опыта, обучения, организации производственной, научной и др. видов деятельности, формирования психической и эмоционально-волевой сферы человека. Именно в таком широком понимании общение характеризует способность к интеграции в общество, а его нарушение приводит к социальной дезадаптации. Социальная интеграция требует согласованной деятельности многих органов и систем и сохранности других, более элементарных способностей человека (самообслуживания, мобильности), отсюда вытекает большая частота ее нарушений при многих и разных заболеваниях, тогда как нарушения общения носят вторичный характер. Первичное ограничение общения возникает при поражении систем коммуникации, ориентации, расстройствах психической деятельности и наличии психологических особенностей личности.

Способность к обучению - способность воспринимать, усваивать и накапливать передаваемые знания, формировать опыт, умения и навыки. Способность к обучению - одна из важнейших интегративных форм жизнедеятельности. Она зависит, в первую очередь, от состояния психических функций (интеллекта, памяти, внимания, ясности сознания, мышления и др.), сохранности систем коммуникации (речи - устной и письменной) и ориентации (зрение и слух и др.). Одновременно обучение требует использования способности к общению, передвижению, самообслуживанию и др., определяемых психологическими особенностями личности, состоя-

нием локомоторного аппарата, висцеральных функций и др.

Контроль поведения или способности адекватно вести себя касается нарушений умственных (психических) и психологических функций.

Результаты исследований позволили обобщить основные – ключевые теоретико-философские принципы интеграции больных с психическим расстройством, имеющих ОСИС, в сообщество:

- больные с ОСИС могут быть интегрированы в нормальные условия жизни (в семью, на рабочее место, в социум);

- для интеграции в сообщество больного с ОСИС обязательной является длительная поддержка;

- для интеграции в сообщество больного с ОСИС обязательно преодоление проблем во взаимоотношениях между людьми с «ярлыком» диагноза и без такого ярлыка.

Ключевыми элементами интеграции должна стать оценка:

- социальных характеристик (проблемы с жильем; трудоустройством, образование, наличие социальной поддержки),

- медицинских характеристик (симптоматология, диагноз),

- психологических характеристик (уровень интеллекта, способность функционировать в лечебном окружении).

Для успешности процесса «интеграции больных в сообщество» в общесоциальном и индивидуальном плане необходимо понимание следующих моментов:

- успех в поисках жилья, работе и социальных

взаимоотношениях зависит навыков и поддержки, которые соответствуют данному окружению или взаимоотношениям;

- потребности человека меняются с течением времени, поэтому обслуживание и поддержка должны предоставляться на различном уровне по мере того, как и когда человек в них нуждается, и независимо от того, где он живет;

- взаимоотношения человека с теми, кто его обслуживает, также меняются с течением времени (доступ к благам не должен зависеть от того, пользуется ли больной в настоящее время психиатрическим обслуживанием или нет, и хорошо ли он «ладит» с обслуживающим персоналом);

- члены семьи людей с психическими заболеваниями требуют удовлетворения своих собственных нужд, если они обеспечивают уход и поддержку своему больному родственнику;

- потребности семьи должны в действительности быть целью защиты прав семьи.

Обобщая результаты исследований, можно констатировать следующее. Основными принципами для социальной интеграции психически больных с ОСИС являются: обязательность длительной поддержки, преодоление проблем во взаимоотношениях между людьми с «ярлыком» диагноза и без такого ярлыка. Для профилактики формирования ОСИС у больных медико-социальные усилия должны быть направлены на своевременную помощь в поисках жилья, работе, социальных взаимоотношениях, которая должна базироваться на развитии у пациентов личных навыков; учет изменений в потребностях и взаимоотношениях больного с течением времени.

Л.М. Гуменюк

ОБМЕЖЕНА ЗДАТНІСТЬ ДО ІНТЕГРАЦІЇ В СУСПІЛЬСТВО У ПСИХІЧНО ХВОРИХ: ШЛЯХИ ВІНИКНЕННЯ ТА ПОДОЛАННЯ

Кримський державний медичний університет ім. С.І. Георгієвського

Розглянуті механізми виникнення обмеженої здатності інтеграції в суспільство у психічнохворих осіб та сформульовані основні принципи повернення цих хворих у суспільство. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 5-9).

L.N. Gumenyuk

THE LIMITED ABILITY OF INTEGRATION IN SOCIETY OF MENTALLY ILL: WAYS OF ORIGIN AND OVERCOMING

Crimen State medical university by the name S.I. georgievsky

The mechanisms of origin of the limited ability of integration in society for mentally ill persons and sormfulevani basic principles of returning of these patients in society are considered. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 5-9).

Литература

1. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. – Донецк: ООО «Лебедь», 2002. –

279 с.

2. Оценка критериев жизнедеятельности. Опубликовано: medfind, Включено: Jul-03-2006 Интернет-портал <http://medfind.ru>.

Поступила в редакцию 14.10.2008

УДК 616.89

*В.В.Воробьев***СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ГЕНЕЗЕ МАСТОПАТИИ У ЖЕНЩИН**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: мастопатия, нарушение сексуального здоровья

Мастопатия – это дисгормональные доброкачественные заболевания молочных желез, характеризующиеся гиперплазией ее ткани. По определению Всемирной организации здравоохранения, мастопатия представляет собой фиброзно-кистозную болезнь, характеризующуюся нарушением соотношений железистого и соединительнотканного компонентов, широким спектром пролиферативных и регрессивных изменений тканей молочной железы.

Доброкачественные заболевания молочных желез диагностируются у каждой 4-й женщины в возрасте до 30 лет. У пациенток старше 40 лет различные патологические состояния молочных желез выявляются в 60% случаев. При этом наиболее часто – у половины больных – наблюдается диффузная форма фиброзно-кистозной ма-

стопатии, узловые формы мастопатии диагностируются у 20% пациенток позднего репродуктивного возраста, фиброаденомы – в 18% случаев, другие клинические формы – у 12% женщин. Таким образом, около 75–80% женщин репродуктивного возраста страдают различными заболеваниями молочных желез, часто объединяемыми термином «мастопатия» [1-4].

К сожалению, до последнего времени проблема изучения состояния сексуальной функции у больных мастопатией и влияния сексологических факторов на ее развитие и течение, оставалась вне поля зрения исследователей.

Учитывая вышеизложенное, целью настоящей работы стало изучение с позиций системного комплексного подхода сексуального здоровья женщин, страдающих мастопатией.

Материал и методы исследования

Всего обследовано 150 супружеских пар (СП), из них 100 – основная группа – в которых жены страдали мастопатией и 50 – контрольная группа, среди которых страдающих мастопатией не было. Супруги были в возрасте от 27 до 53 лет и в каждой паре входили в одну возрастную группу, не превышавшую 5 лет.

Анализ социально-демографических характеристик обследованных групп выявил однородность основных показателей, что стало основанием для вывода о репрезентативности полученных результатов исследования.

С позиции системного подхода к изучению сексуальности с учетом многомерности ее обеспечения, изучались биологические, социальные, психологические и социально-психологические аспекты ее формирования. Анализировался сексологический анамнез: сексуальные игры детского возраста; начало пробуждения платонического, эротического и сексуального либидо; наличие эротических сновидений, дневных поллюций, петтинга, сексуальных фрустраций; возраст первой эрекции, ойгархе (у мужчин), начало

menstris (у женщин), их особенности; характеристика, тип, направленность и интенсивность мастурбации; начало половой жизни и ее особенности; либидональный гиператаксис, процент оргастичности. Тип половой конституции у мужчин определялся по методике Г.С. Васильченко [5], согласно дизонтогенетичной концепции полового развития (В.М. Маслов, И.Л. Ботнева, Г.С. Васильченко, 1983), у женщин – с помощью векторной шкалы И.Л.Ботневой [6].

Оценку состояния сексуальной функции на момент обследования проводили с применением критериев состояния сексуального здоровья и проявлений сексуальности, разработанных В.В.Кришталем и соавт. [7]. Изучали закономерности сомато- и психосексуального развития обследованных, соответствие норме темпов полового созревания и синхронность прохождения его этапов, сформированность полового самосознания, стереотип полоролевого поведения и психосексуальную ориентацию. Степень реализации сексуальной функции оценивали с помощью количественных характеристик, уровня

осведомленности в вопросах секса, степени сформированности платонического, эротического и сексуального компонентов либидо (по В.В.Кришталю [7]), сексуальных фантазий (СФ) (по классификации Дж.Мастерс, В.Джонсон [8]), типов сексуальной культуры (ТСК), сексуальной мотивации (ТСМ), мотивов полового акта (МПА) (по В.В.Кришталю [7]), соответствия диапазона приемлемости и степени психосексуальной удовлетворенности.

Для определения влияния социальных, социально-психологических, психологических и биологических факторов на особенности сексуальности и ее реализации, использовали метод системно-структурного анализа [7]. При этом руководствовались четырехфакторной системной концепцией сексуального здоровья, предложенной В.В.Кришталем (2002) [9], согласно которой оно обеспечивается взаимодействием биологических, психологических, социально-психологических и социальных факторов. Социальное обеспечение детерминируется степенью социализации сексуальности, которая проявляется в усвоении сексуальных и общественных норм, а также сексуальной культурой индивида, которая обусловлена половым воспитанием, сексуальным образованием и осведомленностью в вопросах психогигиены половой жизни. В.В.Кришталю выделяет информационно-оценочную и социокультурную составляющие социального компонента. Психологическое обеспечение сексуального здоровья определяется влиянием индивидуальных психологических особенностей на развитие и проявления сексу-

альности и психических процессов (как сознательных, так и бессознательных). Социально-психологическое обеспечение, в свою очередь, предопределено парным характером сексуальной функции, которая понимает под собой дифференциацию мужских и женских социальных ролей, стереотипов маскулинного и фемининного поведения, особенностей межличностных отношений. Биологическое обеспечение сексуальности детерминировано генетическими и анатомо-физиологическими факторами и процессами. Оно включает в себя наследственность, особенности соматосексуального развития, тип половой конституции, наличие или отсутствие психических заболеваний, органических поражений головного мозга, состояние функционирования нервной, эндокринной систем и половых органов и т.д. Поэтому биологический компонент сексуального здоровья рассматривали как совокупность четырех составляющих: нейрогуморальной, нейрорегуляторной, психической и генитальной.

Системный анализ проводили в пять этапов: на первом по критериям сексуального здоровья оценивали состояние всех его компонентов и составляющих у каждого из обследованных; на втором устанавливали уровень поражения компонентов, что дало возможность определить степень участия каждого из них в генезе нарушения сексуального здоровья; на третьем этапе определяли форму нарушения сексуальности; на четвертом формулировали клинический, психологический и социальный диагноз; на пятом давался заключительный диагностический вывод.

Результаты исследования и их обсуждение

У всех супругов СП основной группы диагностированы клинически выраженные расстройства сексуальности (отвечающие критериям МКБ-10). В контрольной группе не обнаружено ни клинически очерченных, ни донологических проявлений нарушения сексуального здоровья.

Нозологическая структура вышеупомянутых расстройств у супругов основной группы представлена в табл. 1. Так, практически у всех женщин выявлена оргазмическая дисфункция F 52.3 ($91\pm 2,8\%$), относительная сексуальная аверсия и отсутствие сексуального удовлетворения F 52.1 (100%). Мужчинам были присущи относительные потеря полового влечения к партнерше ($29\pm 4,6\%$), сексуальная аверсия ($24\pm 4,3\%$) и отсутствие сексуального удовлетворения ($56\pm 5,0\%$). Кроме того, у $14\pm 3,6\%$ имела место

эректильная дисфункция F 52.2, а у $29\pm 4,6\%$ – преждевременная эякуляция F 52.4.

В результате дальнейшего изучения состояния сексуального здоровья и проявлений сексуальности установлено, что у обследованных супругов основной группы имели место существенные отличия в клинических проявлениях нарушений сексуальности, а также в механизмах их возникновения. У 69 СП (первая подгруппа) наблюдались нарушения коммуникации мужчин и женщин вследствие наличия внутриличностного и межличностного конфликтов, нарушения взаимоотношений и неумения контактировать, выражать свои потребности и ожидания, в частности, в сексуальной сфере. Эти расстройства стали причиной развития коммуникативной формы сексуальной

дезадаптации (КФСД). В других случаях (31 СП, вторая подгруппа) диагностировано, в первую очередь, несоответствие диапазонов приемлемости, обусловленное расхождением ТСМ, МПА,

несоответствием техники секса, не отвечающей ожиданиям или желаемой модели партнера. Это стало причиной возникновения сексуально-эротической формы дезадаптации (СЭФСД).

Таблица 1

Нозологическая структура нарушений сексуальности у супругов основной группы, %±m

Нозологические кластеры нарушения сексуальности	Всего	
	ж, n=100	м, n=100
Оргазмическая дисфункция F 52.3	91±2,8	–
Отсутствие или потеря полового влечения F 52.0 (относительное)	59±4,9	29±4,6
Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения F 52.1 (относительные)		
F 52.10 Сексуальное отвращение (относительное)	33±4,7	24±4,3
F 52.11 Отсутствие сексуального удовлетворения (относительное)	60±4,9	56±5,0
Диспареуния неорганической природы F 52.6	28±4,5	–
Отсутствие генитальной реакции F 52.2 (относительное)	–	14±3,6
Преждевременная эякуляция F52.4	–	29±4,6

Результаты изучения клиники нарушений сексуального здоровья в зависимости от фор-

мы сексуальной дезадаптации представлены в таблице 2.

Таблица 2

Нозологическая структура нарушений сексуальности у супругов основной группы в зависимости от формы дезадаптации, %±m

Нозологическая структура нарушения сексуального здоровья	Формы дезадаптации			
	коммуникативная		сексуально-эротическая	
	ж, n = 69	м, n = 69	ж, n = 31	м, n = 31
Оргазмическая дисфункция F 52.3	85,5±3,5	–	100,0	–
Отсутствие или потеря полового влечения F 52.0 (относительная)	33,3±4,7	18,8±3,9	100,0	45,2±5,0
F 52.10 Сексуальная аверсия (относительная)	5,8±2,3	–	77,4±4,2	61,3±4,9
F 52.11 Отсутствие сексуального удовлетворения (относительная)	34,8±4,8	27,5±4,5	100,0	100,0
Диспареуния неорганической природы F 52.6	13,0±3,4	–	54,8±5,0	–
Отсутствие генитальной реакции F 52.2 (относительная)	–	4,3±2,0	–	32,3±4,7
Преждевременная эякуляция F52.4	–	17,4±3,8	–	48,4±5,0

Из табл.2 видно, что у большинства женщин обеих подгрупп наблюдалась аноргазмия, чаще сочетанная с гиполибидемией разной степени выраженности, а также психосексуальная неудовлетворенность. Во второй подгруппе коморбидность синдромов оргазмичной и либидинозной дисфункции была присуща всем женщинам. Кроме того, пациентки второй подгруппы в 100%

случаев отмечали относительную психосексуальную неудовлетворенность и в 77,4 ± 4,2% случаев относительную сексуальную аверсию. У значительного количества мужчин также выявлены сексуальные нарушения, но удельный вес их был большим среди обследованных второй подгруппы. Так, у 32,3 ± 4,7% мужчин второй подгруппы имела место относительная эрек-

тильная дисфункция, изолированная или сочетанная с гипוליбидемией ($45,2 \pm 5,0\%$), преждевременное семяизвержение – у $48,4 \pm 5,0\%$. Кроме того, отсутствие психосексуального удовлетворения констатировали все мужчины второй и $27,5 \pm 4,5\%$ первой подгруппы, к тому же, $61,3 \pm 4,9\%$ мужей второй подгруппы отмечали наличие относительной сексуальной аверсии.

Необходимо отметить, что супруги первой подгруппы отмечали постепенное развитие КФСД, с прогрессированием ухудшения межличностных отношений, в то время как у СП второй подгруппы СЭФСД развивалась сразу на начальных этапах создания семьи, главным образом, за счет дискомплементарности реализации сексуальности супругов. Углубленное клиничко-анамнестическое исследование позволило установить, что во всех случаях независимо от формы сексуальной дезадаптации, у всех СП основной группы нарушения реализации сексуальности возникали раньше, чем заболевание мастопатией у жены.

Темп полового развития оказался нарушенным и у мужчин, и у женщин основной группы. Ускоренное соматосексуальное и/или психосексуальное развитие наблюдалось только в первой подгруппе, при КФСД. Среди расстройств темпа полового созревания чаще всего имела место ретардация его психосексуальной составляющей: она отмечалась у большинства супругов из обеих подгрупп, но преимущественно – во второй, у лиц из СЭФСД.

Полоролевое поведение было нарушено, главным образом, у супругов первой подгруппы (с КФСД), причем в подавляющем количестве имела место его трансформация. При СЭФСД нарушение полоролевого поведения встречалось в достоверно меньшем количестве случаев.

Подавляющее число обследованных основной группы страдали от недостаточной информированности в области секса, за счет чего происходила неправильная оценка своих и партнера сексуальных проявлений.

Среди ТСМ у мужчин преобладали агрессивно-эгоистический ($27,5 \pm 4,5\%$ в первой и $35,5 \pm 4,8\%$ второй подгруппах соответственно), генитальный ($32,3 \pm 4,7\%$ случаев второй подгруппы) и легкомысленно-безответственный ($23,2 \pm 4,2\%$ и $22,6 \pm 4,2\%$ соответственно). Для женщин первой подгруппы присущими оказались игровой ($27,5 \pm 4,5\%$), агрессивно-эгоистический ($17,4 \pm 3,8\%$) и легкомысленно-безответственный ($18,8 \pm 3,9\%$) ее типы, а во второй подгруппе преобладали шаблонно-регламентированный ($41,9 \pm 4,9\%$) и пассивно-подчиняемый

($19,4 \pm 4,0\%$) типы. Такое несоответствие сексуальной мотивации, равно как и отсутствие у мужчин и женщин основной группы гармоничного (взаимно-альтруистичного коммуникативно-гедонического) ее типа служило существенным дисгармонирующим фактором, который препятствовал сексуальной адаптации супругов. Из мотивов полового акта у мужчин и женщин с КФСД чаще всего встречались: достижение оргазма ($27,5 \pm 4,5\%$ и $33,3 \pm 4,7\%$ соответственно) и выполнение долга ($27,5 \pm 4,5\%$ и $43,5 \pm 5,0\%$ соответственно); среди лиц из СЭФСД также преобладало стремление получить наслаждение ($38,7 \pm 4,9\%$ мужчин и $32,3 \pm 4,7\%$ женщин), хотя для $22,6 \pm 4,2\%$ мужей половой акт оказался просто релаксационным, а для $29,0 \pm 4,5\%$ жен – коммуникационным средством. Нужно отметить, что ни у кого из исследованных основной группы среди МПА не встречалось стремления предоставить чувственное наслаждение партнеру.

Половая конституция у большинства лиц с КФСД оказалась средней ($53,6 \pm 5,0\%$ мужчин и $44,9 \pm 5,0\%$ женщин), а у супругов с СЭФСД – слабой ($54,8 \pm 5,0\%$ мужей и $41,9 \pm 4,9\%$ жен). Также обращал внимание факт отсутствия лиц с сильной половой конституцией среди мужчин с СЭФСД. Эти данные полностью совпадали с результатами изучения выраженности либидо. Так, среди супругов второй подгруппы в подавляющем количестве случаев имела место слабость всех (платонического, эротического и сексуального) его компонентов: $87,1 \pm 3,4\%$ – $61,3 \pm 4,9\%$ – $48,4 \pm 5,0\%$ соответственно, у мужчин и $80,6 \pm 4,0\%$ – $90,3 \pm 3,0\%$ – $100,0\%$ соответственно, у женщин.

Содержанием сексуальных фантазий при КФСД у мужчин часто был орально-генитальный ($29,0 \pm 4,5\%$) или генитально-анальный секс ($27,5 \pm 4,5\%$), а у женщин – половой акт с воображаемым партнером ($34,8 \pm 4,8\%$). При СЭФСД сексуальные фантазии у мужчин содержали мысли о групповом ($35,5 \pm 4,8\%$) или генитально-анальном сексе ($25,8 \pm 4,4\%$), у женщин – орально-генитальном ($25,8 \pm 4,4\%$) или также групповом ($25,8 \pm 4,4\%$).

Притупленность сексуальных ощущений отмечали все супруги с СЭФСД и значительное количество – с КФСД.

Из общего количества обследованных основной группы только $26,3 \pm 4,4\%$ мужчин и $31,6 \pm 4,6\%$ женщин чувствовали любовь к своему партнеру, среди других чувств преобладали любопытство ($36,2 \pm 4,8\%$ мужей и $30,4 \pm 4,6\%$ жен первой подгруппы), привычка ($16,1 \pm 3,7\%$

мужчин и $22,6 \pm 4,2\%$ женщин второй подгруппы), безразличие ($22,6 \pm 4,2\%$ мужчин и $19,4 \pm 4,0\%$ женщин из СЭФСД) или расчет ($16,1 \pm 3,7\%$ мужчин и $29,0 \pm 4,5\%$ женщин второй подгруппы).

Среди ТСК одним из более распространенных оказался примитивный (у мужчин: $18,8 \pm 3,9\%$ первой и $25,8 \pm 4,4\%$ второй подгрупп; среди женщин: $14,5 \pm 3,5\%$ первой и $16,1 \pm 3,7\%$ второй подгрупп), для мужчин с КФСД присущими оказались также либеральный ($17,4 \pm 3,8\%$) и патриархальный ($18,8 \pm 3,9\%$), а для $29,0 \pm 4,5\%$ мужчин с СЭФСД – невротический тип. Среди женщин для $18,8 \pm 3,9\%$ лиц с КФСД характерным выявился гиперролевой, а для $19,4 \pm 4,0\%$ с СЭФСД – репрессивный типы сексуальной культуры. Таким образом, среди супругов с КФСД распространенными оказались дисгармоничные типы СК, а супругам с СЭФСД присущими оказались девиантофильные и асексуальные ТСК.

Степень сексуальной привлекательности партнера у супругов с КФСД находилась в пределах «высокой» ($44,9 \pm 5,0\%$ мужчин и $42,0 \pm 4,9\%$ женщин) и «средней» ($39,1 \pm 4,9\%$ мужчин и $47,8 \pm 5,0\%$ женщин), а у супругов с СЭФСД – «средней» ($58,1 \pm 4,9\%$ мужчин и $41,9 \pm 4,9\%$ женщин) и «низкой» ($32,3 \pm 4,7\%$ мужчин и $54,1 \pm 4,9\%$ женщин).

Почти у всех обследованных мужчин основной группы ($86,0 \pm 3,5\%$) обнаружено отсутствие умения регулировать эякуляцию, особенно среди лиц второй подгруппы (100%), что прямо коррелировало с данными о крайне низкой оргастичности их жен, которая наблюдалась в $85,5 \pm 3,5\%$ в первой и в 100% во второй подгруппах. Сексуальная активность супругов с КФСД в целом отвечала их половой конституции, а среди лиц с СЭФСД была снижена, особенно среди женщин, $84,4 \pm 3,6\%$ которых желали бы иметь половые отношения не больше, чем 1 раз в 10 дней.

При сравнении степени соответствия сексуально-эротического поведения супругов основной группы четко прослеживалась разница между формами имеющейся у них сексуальной дезадаптации. При КФСД диапазон приемлемости, проведение предыдущего периода полового акта, его техника, и поза, а также активность, полностью (реже частично), отвечали ожиданиям и желанием партнеров. При СЭФСД отмеча-

лись абсолютное несоответствие поведения мужчины и женщины по всем перечисленным показателям. Психосексуальная неудовлетворенность наблюдалась у $56,1 \pm 5,0\%$ мужчин и $60,5 \pm 4,9\%$ женщин из общего количества обследованных основной группы, из них у супругов с СЭФСД – в 100% случаев.

В то же время, показатели реализации сексуальности у СП контрольной группы свидетельствовали о наличии гармоничных сексуальных отношений между супругами. Так, для них выявились характерными гармоничный ($66,0 \pm 4,7\%$ женщин и $56,0 \pm 5,0\%$ мужчин) и игровой ($34,0 \pm 4,7\%$ и $44,0 \pm 5,0\%$, соответственно) ТСМ, среди МПА преобладало стремление доставить наслаждение партнеру ($92,0 \pm 2,7\%$ женщин и $88,0 \pm 3,2\%$ мужчин), к друг другу супруги испытывали любовь ($84,0 \pm 3,7\%$ жен и $88,0 \pm 3,2\%$ мужей) или интерес ($16,0 \pm 3,7\%$ женщин и $12,0 \pm 3,2\%$ мужчин), им были присущи аполлоновский ($78,0 \pm 4,1\%$ женщин и $86,0 \pm 3,5\%$ мужчин) и мистический ($22,0 \pm 4,1\%$ и $14,0 \pm 3,5\%$, соответственно) ТСК, $96,0 \pm 2,0\%$ женщин испытывали оргазм более чем в 50% половых актов, супруги имели высокую сексуальную привлекательность друг для друга и полное соответствие сексуально-эротического поведения желаниям и потребностям друг друга.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим позволил выявить их сочетанное стержневое поражение как причину развития сексуальных расстройств и сексуальной дезадаптации у СП основной группы. У всех обследованных основной группы имело место сочетанное поражение компонентов и составляющих сексуального здоровья, причем чаще всего (у женщин) психологического, социально-психологического компонентов, а также нейрогуморальной и психической составляющей биологического компонента.

В целом, проведенное исследование позволило установить существования разнообразного спектра нарушений сексуального здоровья у женщин, страдающих мастопатией, выделить различные клинические формы сексуальной дезадаптации СП, в которой у супруги выявлена мастопатия, а также - сделать вывод об имеющемся негативном влиянии сексологических факторов в генезе мастопатии у женщин.

В.В. Воробійов

СЕКСОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ В ГЕНЕЗИ МАСТОПАТІЇ У ЖІНОК

Харківська медична академія післядипломної освіти

В роботі приведені дані аналізу стану сексуального здоров'я у жінок з мастопатією порівняльно з відносно здоровими жінками. Встановлено, що усі жінки з мастопатією страждають на порушення сексуального здоров'я подружню сексуальну дезадаптації, на відміну від відносно здорових жінок. Зроблено висновок про негативний вплив сексологічних факторів в генезі мастопатії у жінок. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 10-15).

V.V. Vorob'ev

SEXOLOGICAL ASPECTS IN GENESIS OF MASTOPATHY FOR WOMEN

Kharkiv medical academy of postdiplome education

The information to the analysis of the state of sexual health for women from mastopathy comparatively from relatively by healthy women are resulted. It is set that all women from mastopathy suffer on violation of sexual health matrimonial sexual dezadaptation, unlike in relation to healthy women. A conclusion about negative influence of sexological factors in genesis of mastopathy for women is done. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 10-15).

Литература

1. Тагиева Т.Т. Мастопатия: негормональные методы лечения // Гинекология. Журнал практикующих врачей. — 2004. — Т. 06, № 5 // [http:// www.consilium-medicum.com](http://www.consilium-medicum.com).
2. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: психосоматические аспекты. - 2-е изд., перераб. - Л.: Медицина, 1991. — 264 с.
3. Мастопатия: болезнь благополучных http://www.wlal.ru/womans-health/womans-health_50.html.
4. Сидоренко Л.Н. Причины мастопатии, ч. 2 // [http://www.rasmas.info/ archive.phtml?did = 691&y = 2004&m = 2&d = 24](http://www.rasmas.info/archive.phtml?did=691&y=2004&m=2&d=24).
5. Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. проф. Г.С.Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — 243 с.
6. Ботнева И.Л. Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин // Общ. сексопатология / Под ред. Г.С.Васильченко. — Москва: Медицина, 1983. — Т. 1. — С. 69-89.
7. Кришталь В.В., Кришталь С.В., Кришталь Т.В. Сексология: навчальний посібник: в 4-х ч. - Харків: Фоліо, 2008. - 990 с.
8. Masters W.H., Johnson V. and Kolodny R. Textbook of Sexual Medicine (2nd edition). — Boston, Mass., Little Brown — 1984.
9. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.

Поступила в редакцию 9.09.2008

УДК 616.895.8-096.4-039.76-036.82

*В.А. Абрамов, А.К. Бурцев, Т.Л. Ряполова***ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, показатели эффективности

Проблеме психосоциальной реабилитации посвящено огромное количество современных исследований (1). Изучались вопросы методологии реабилитационного процесса, его методической направленности, совершенствовались формы и методы реабилитационного вмешательства (4-6). Однако до настоящего времени не сложилось общепринятого мнения об эффективности тех или иных реабилитационных подходов, что затрудняет не только отбор наиболее адекватных методов реабилитации, но и оценку их терапевтических возможностей на различных стадиях шизофрении.

Особого внимания заслуживают больные шизофренией с первым психотическим эпизодом в связи со значительным риском развития у них выраженных нарушений социальной адаптации. Своевременная (ранняя) и полноценная реабилитация их на этом этапе заболевания снижает вероятность быстрого его рецидива, улучшает клинический и социальный прогноз пациента (7-15). Из этого следует, что адекватно подобранные и индивидуально дозированные реабилитационные мероприятия в инициальных стадиях шизофрении являются индикатором успешности оказываемой помощи, а также в значительной мере определяют уровень последующей жизнедеятельности и социальной адаптации больного.

В настоящее время существует возможность широкого выбора форм и методов реабилитации больных. Однако обоснованность их назначения и реальная эффективность нередко не принимаются во внимание. Одной из причин этого является отсутствие общепринятых критериев и объективных методов их оценки.

Целью настоящей работы явилась разработка адекватных социально-психологических показателей эффективности реабилитационного вмешательства у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом на основе комплексного психодиагностического исследования.

Методология и техническая процедура оценки эффективности медико-социальной реабилитации больных шизофренией при первом психотическом эпизоде с учетом многомерного характера этого вмешательства должны, с одной стороны, учитывать различные аспекты биопсихосоциального функционирования больного, с другой стороны – опираться на адекватные методические подходы и доказательную базу. Такой базой может быть математическая модель, разработанная на основе комплексного подхода к оценке важнейших социально-психологических качеств пациента в контексте успешности его жизнедеятельности, социального функционирования и приспособительного поведения.

В качестве базисных характеристик для оценки успешности реабилитационного процесса выбраны свойства личности, по которым можно было бы судить не только об уровне восстановления социально-психологических ресурсов (реабилитационного потенциала) пациента, но и определять его объективные количественные характеристики. К таким качествам были отнесены следующие структурные элементы личности: 1) агрессивность и враждебность; 2) межперсональные отношения; 3) самоконтроль в общении; 4) социально-психологическая адаптация.

С целью разработки комплексной математической модели для оценки успешности и эффективности медико-социальной реабилитации, нами было обследовано 30 больных шизофренией в возрасте от 23 до 34 лет на этапе завершения первого психотического эпизода и прошедших курс специальных реабилитационных мероприятий (экспериментальная группа), а также 30 больных шизофренией с сопоставимыми гендерно-возрастными и клиническими проявлениями, получавших традиционное лечение (группа сравнения). Использовались следующие методики: опросник агрессивности и враждебности А. Басса и А. Дарки, опросник межлич-

ностных отношений В. Шутца, методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда, методика диагностики оценки самоконтроля в общении М. Шнайдера.

Была применена математическая обработка данных и описательная статистика. Размер выборки и характер распределения в выборке позволил применить для статистической обработки параметрический метод: корреляционный анализ Пирсона; непараметрический метод U-критерий Мани-Уитни для сравнения двух независимых выборок; множественный регрессионный анализ, а также использовать такой многомерный исследовательский метод в статистике, как факторный анализ.

На первом этапе была проведена математическая обработка данных и описательная статистика.

Результаты математической обработки данных по опроснику межличностных отношений

В. Шутца представлены на рисунке 1. В экспериментальной группе по шкале «Ае» выраженной потребности аффекта 40% испытуемых имеют пограничные баллы, а 43,3% - низкие баллы: прослеживается тенденция у пациентов быть осторожными при установлении контактов. Склонность общаться с малым количеством людей отражал показатель по шкале «Iw» требуемая (от других людей к индивиду) потребность включения: 30% испытуемых имеют пограничные баллы, а 40% - низкие. По шкале «Cw» требуемая потребность контроля 46,7% имеют пограничные баллы, 30% - высокие: потребность быть зависимым и колебаться в принятии решений.

По шкале «Aw» требуемая потребность в аффекте – осторожны при выборе лиц, с которыми создают более глубокие эмоциональные отношения: 43,3%, имеют пограничные баллы, 43,3% - низкие.

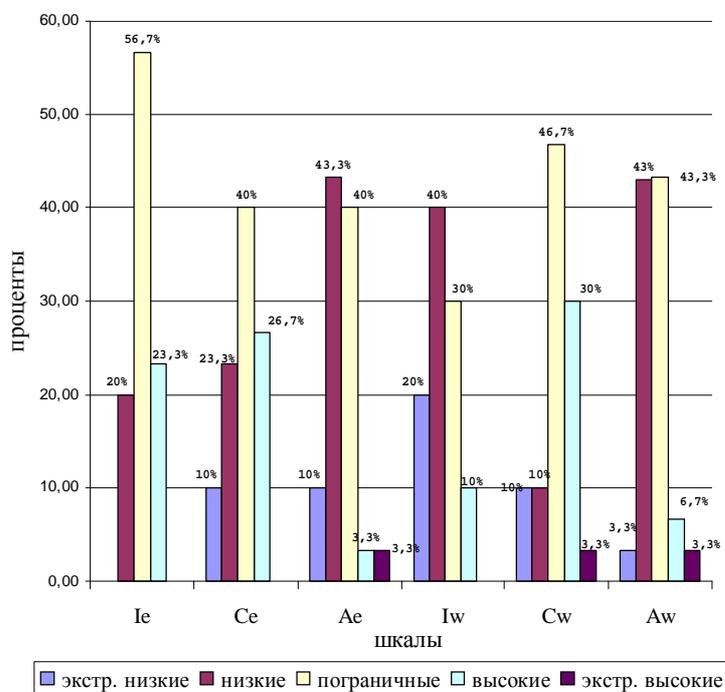


Рис. 1. Уровни межличностных отношений

Ie – выраженная (от индивида к другим людям) потребность включения; Ce – выраженная потребность контроля; Ae – выраженная потребность аффекта; Iw – требуемая (от других людей к индивиду) потребность включения; Cw – требуемая потребность контроля; Aw – требуемая потребность в аффекте.

Результаты математической обработки данных по методике социально-психологической адаптированности К. Роджерса и Р. Даймонда экспериментальной группы представлены на рисунке 2.

В экспериментальной группе по шкале притяжения себя тенденция респондентов быть довольными собой в разных ситуациях (50% - в зоне

неопределенности, 46,7% - высокие показатели). Но показатели по шкале неприятия себя (70% - в зоне неопределенности) означают, что они адекватно к себе относятся, то есть имеют адекватную самооценку. 70% в зоне неопределенности по шкале неприятия других отражает среднюю потребность личности в общении, взаимодействии, совместной деятельности. У 76,7%

(зона неопределенности) испытуемых выявляется явная определенность в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям. Высокие показатели по шкале внутреннего контроля более чем у половины испытуемых (56,7%) говорят о том, что ответственность за происходящие в жизни события принимаются

респондентами в большей мере на себя и соответственно результаты деятельности объясняются своим поведением, характером, способностями. Также наблюдается стремление респондентов быть подчиненными, выполнять поставленные кем-то задачи, так как 53,3% имеют баллы в зоне неопределенности, а 46,7% - имеют высокие баллы.

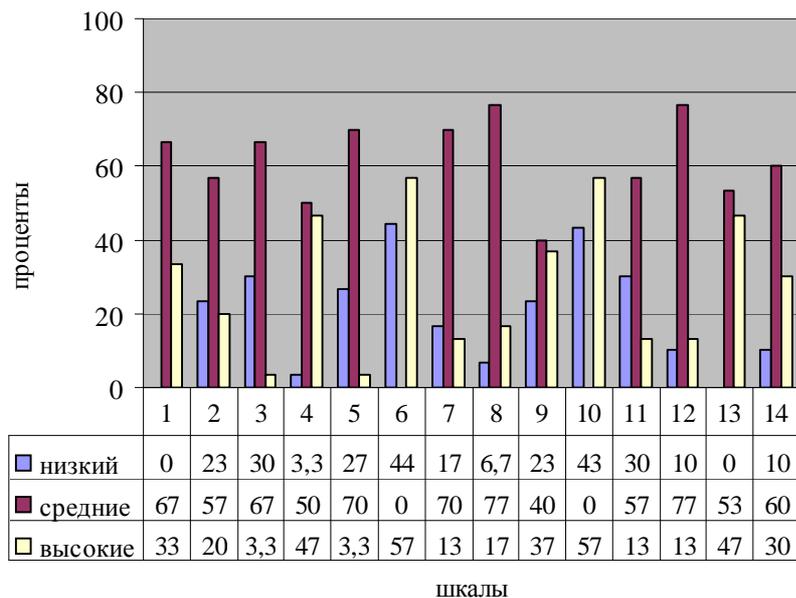


Рис. 2. Уровни социально-психологической адаптации экспериментальной группы
 1. – адаптивность; 2. – дезадаптивность; 3. – ложь; 4. – принятие себя; 5. – неприятие себя; 6. – принятие других; 7. – неприятие других; 8. – эмоциональный комфорт; 9. – эмоциональный дискомфорт; 10. – внутренний контроль; 11. – внешний контроль; 12. – доминирование; 13. – ведомость; 14. – эскапизм.

Результаты математической обработки данных по методике диагностики состояния агрессии

А. Басса и А. Дарки экспериментальной группы представлены на рисунке 3.

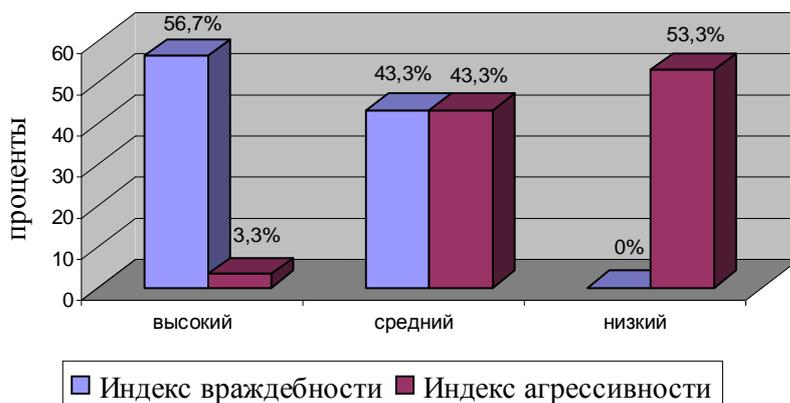


Рис. 3. Уровни индекса враждебности и агрессивности экспериментальной группы

В экспериментальной группе у 56,7% пациентов индекс враждебности высокий, что говорит о подозрительности по отношению к людям, зависти и, возможно, ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия. У более

50% испытуемых индекс агрессивности занижен, что говорит о склонности испытуемых к пассивности, конформности и ведомости. Что подтверждается результатами другой методики (К. Роджерса, Р. Даймонда) по шкале ведомость: в зоне неопределенности

пределенности – 53,3% и высокий уровень – 46,7%.

По методике М. Шнайдера 66,7% респондентов экспериментальной группы имеют среднюю оценку самоконтроля в общении. То есть, наблю-

дается склонность пациентов быть несдержанными в своих эмоциональных проявлениях, но считаться в своем поведении с окружающими людьми (рис. 4).

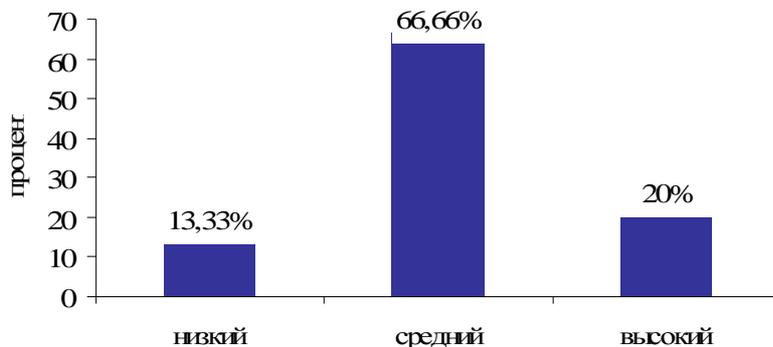


Рис. 4 Уровни самоконтроля в общении экспериментальной группы

Средние показатели по методике А.Басса и А.Дарки находятся в большинстве случаев в диапазоне средних уровней выраженности. Показатели негативизма ниже, а показатели вербальной агрессии и чувства вины выше, что может быть объяснено тем, что они сдерживают явную агрессию, поэтому компенсаторно проявляются показатели вербальной агрессии и чувства вины. Высокие показатели вербальной агрессии говорят о том, что пациенты выражают негативные чувства через словесные ответы. Общий уровень агрессивности и враждебности по данным исследования не превышает средних значений. У пациентов нет тенденции социально-желательной самопрезентации, как лишенных какой-либо агрессивности.

Для изучения межличностных отношений были использованы опросник межличностных отношений (ОМО) В. Шутца и методика диагностики оценки самоконтроля в общении М. Шнайдера. Усредненный показатель по этой методике ($5,03 \pm 0,29$) свидетельствует о том, что пациенты экспериментальной группы склонны быть несдержанными в своих эмоциональных проявлениях, но считаться в своем поведении с окружающими людьми.

По методике ОМО Шутца средние показатели по шкале «Iw» требуемого поведения включения находятся на уровне низких оценок ($M \pm m = 3,03 \pm 0,33$). Это означает, что респонденты расценивают себя как неспособных вызвать интерес, внимание к себе окружающих, их одобрение, интерес с их стороны. На деле это приводит к еще большему ограничению круга общения, взаимодействию лишь с малым числом людей. Можно предположить, что имеющие место элементы аутизации являются следствием специфики клинической картины шизофре-

нии.

У пациентов средние показатели по шкале «Ie» – выраженного, то есть реально осуществляемого поведения включения принадлежат к диапазону пограничных оценок ($M \pm m = 4,53 \pm 0,22$), то есть лица могут иметь тенденцию поведения, описанного как для низкого, так и для высокого сырого счета. Это говорит о том, что пациенты реально не являются полностью отрешенными от общения с окружающими.

Средние показатели по шкале выраженного поведения контроля у больных шизофренией в пределах пограничных баллов, то есть нет определенной тенденции в поведении индивида. Он или избегает принятия решений и взятия на себя ответственности, либо берет на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью.

Средние показатели по шкале требуемое поведение контроля «Cw» лежат в пределах диапазона средних значений ($M \pm m = 4,7 \pm 0,34$). Путь удовлетворения потребности в контроле, для респондентов исследуемой группы, по определению В. Шутца, является «демократический» путь, который предполагает возможность чувствовать себя практически одинаково уверенным, и отдавая или не отдавая указания, и принимая или не принимая их в зависимости от конкретной ситуации.

Средний уровень показателя по шкале «выраженное поведение аффекта» «Ae» находится в диапазоне низких оценок ($M \pm m = 3,6 \pm 0,32$). Больные не склонны устанавливать чувственно окрашенные интимные отношения.

Средние показатели по методике К. Роджерса и Р. Даймонда почти по всем шкалам в пределах зоны неопределенности. По шкале внутреннего контроля средние показатели высокие

($M \pm m = 53,27 \pm 1,83$). Это говорит о том, что ответственность за события, происходящие в жизни человека, принимаются в большей мере на себя и результаты деятельности объясняются своим поведением, характером, способностями. Данная предпозияция отражает наличие у индивида высокого внутреннего, интернального контроля.

В среднем по выборке индекс социально-психологической адаптированности высокий ($M \pm m = 59,19 \pm 2,56$). Это свидетельствует о компенсаторных тенденциях у пациентов в отношении к себе самому и требованиям действительности.

На втором этапе с помощью корреляционного анализа изучен характер взаимосвязи в экспериментальной группе между шкалами социально-психологической адаптивности и показателями межличностных отношений опросника состояния агрессии Басса-Дарки, опросника (ОМО) В. Шутца и методики Шнайдера.

Применение корреляционного анализа позволило установить достоверную положительную взаимосвязь общей шкалы адаптивности со шкалой физической агрессии ($r = 0,494$; $p = 0,916$); со шкалой вербальной агрессии ($r = 0,573$; $p = 0,001$); с показателем потребности требуемого включения «Iw» ($r = 0,387$; $p = 0,035$) и с индексом агрессивности, в который входит вербальная и физическая агрессия ($r = 0,452$; $p = 0,012$).

Таким образом, уровень адаптивности тесно связан с асертивным (уверенным) поведением и чем выше уровень адаптивности, тем более пациенты требуют, чтобы другие их принимали («включали») в общение.

Обнаружена достоверная положительная связь между общей шкалой дезадаптивности и шкалой обиды ($r = 0,421$; $p = 0,021$); шкалой чувства вины ($r = 0,465$; $p = 0,01$) и показателем потребности выраженного контроля «Ce» ($r = 0,367$; $p = 0,046$). Из этого следует, что дезадаптивность проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, и свое гипертрофированное чувство вины испытываемые проецируют на окружающих.

Положительная связь по шкале принятия себя с вербальной агрессией ($r = 0,459$; $p = 0,011$) и отрицательная связь с показателем «Aw» потребности требуемого аффекта ($r = -0,504$; $p = 0,004$) указывают на то, что чем более человек удовлетворен своими характеристиками, тем он более откровенен в выражении эмоций и тем менее испытывает потребность в аффективных (близких и интимных) отношениях.

По шкале притяжения других обнаружена достоверная положительная связь с показателем

«Ае» потребности выраженного аффекта ($r = 0,376$; $p = 0,04$) и достоверная отрицательная связь со шкалой негативизма ($r = -0,403$; $p = 0,027$). Исходя из этого, можно предположить, что чем выше потребность больных в общении и взаимодействии с другими, тем более они склонны устанавливать близкие и эмоционально насыщенные отношения и тем меньше проявляют пассивно-оборонительную позицию в общении.

Непримение других людей тесно связано с индексом враждебности ($r = 0,365$; $p = 0,048$) – с обидой и подозрительностью в отношении других людей.

По шкале эмоциональный комфорт установлена положительная достоверная связь со шкалой физической агрессии ($r = 0,489$; $p = 0,006$); со шкалой вербальной агрессии ($r = 0,514$; $p = 0,004$); с индексом агрессивности ($r = 0,475$; $p = 0,008$), а также достоверная отрицательная связь с показателем «Aw» потребности требуемого аффекта ($r = -0,379$; $p = 0,039$). Из этих данных следует, что чем более люди определены в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям, тем более они уверены в своем поведении и более осторожны при выборе лиц, с которыми создают более глубокие эмоциональные отношения.

Шкала эмоционального дискомфорта коррелирует со шкалой косвенной агрессии ($r = 0,401$; $p = 0,028$); со шкалой чувства вины ($r = 0,401$; $p = 0,028$); с индексом враждебности ($r = 0,472$; $p = 0,008$). Наиболее достоверная корреляция была выявлена со шкалой обиды ($r = 0,553$; $p = 0,002$) – чем более проявляется неуверенность, подавленность и вялость к окружающей действительности, тем больше пациенты неудовлетворены другими людьми и склонны быть более обидчивыми. Враждебность же по отношению к другим может проецироваться на собственную персону, которая проявляется в убежденности, что они плохие люди и связанную с ощущениями угрызений совести.

Рассматривая корреляционный анализ по шкале внутреннего контроля можно отметить, чем выше внутренний контроль, тем больше подозрительности и более проявлений физической и вербальной реакции в поведении людей. Это может быть объяснено тем, что обнаружена достоверная положительная связь со шкалой физической агрессии ($r = 0,401$; $p = 0,028$); со шкалой подозрительности ($r = 0,439$; $p = 0,015$); со шкалой вербальной агрессии ($r = 0,45$; $p = 0,13$) и с индексом агрессивности ($r = 0,389$; $p = 0,034$).

Обнаружена достоверная положительная связь по шкале внешнего контроля со шкалами

косвенной агрессии ($r=0,395$; $p=0,031$); раздражения ($r=0,363$; $p=0,048$); обиды ($r=0,416$; $p=0,022$); чувства вины ($r=0,464$; $p=0,1$) и с индексом враждебности ($r=0,39$; $p=0,034$). Это свидетельствует о том, что пациенты склонны обижаться на несправедливость жизни, на судьбу, склонны также к проявлению зависти и ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия.

Обнаружена отрицательная достоверная связь по шкале внешнего контроля с показателем «Ie» выраженной потребностью включения ($r=-0,37$; $p=0,044$) и шкалой «Iw» требуемой потребности включения ($r=-0,434$; $p=0,017$). Исходя из приведенных результатов, можно предположить следующее – экстернальность локуса контроля, которая связана с враждебностью по отношению к людям, показывает склонность пациентов избегать людей и довольствоваться малым кругом общения. Чем меньше ощущают внешний контроль, тем большая реальная включенность – более чувствуют себя значимой и ценной личностью.

По шкале доминирования корреляционная связь со шкалой вербальной агрессии ($r=0,453$; $p=0,012$) и с индексом агрессивности ($r=0,408$; $p=0,025$) говорит о том, что чем выше у испытуемых уровень стремлений к лидерству, тем более выражение негативных чувств происходит

как через крик, визг, так и через содержание словесных ответов. Наблюдается склонность личностно значимые задачи решать за счет других путем крика, проклятий и угроз.

Корреляционный анализ по шкале ведомость обнаруживает достоверную положительную связь с показателем «Се» выраженной потребности в контроле ($r=0,564$; $p=0,001$) – чем более желание быть подчиненным, тем более индивид старается брать на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью.

Обнаруженная достоверная положительная связь по шкале эскапизма со шкалами косвенной агрессии ($r=0,501$; $p=0,005$); обиды ($r=0,487$; $p=0,006$) и с индексом враждебности ($r=0,376$; $p=0,04$) дает нам возможность предположить, что избегание проблемных ситуаций связано с обидчивостью («излишней ранимостью») и враждебностью по отношению к окружающим.

В среднем по выборке индекс социально-психологической адаптированности высокий. Это свидетельствует о компенсаторных тенденциях у пациентов в отношении к себе самому и требованиям действительности.

На третьем этапе с помощью непараметрического теста Мани-Уитни для независимых выборок были определены значимые различия распределения признаков между экспериментальной группой и группой сравнения (табл.1)

Таблица 1

Значимые различия исследованных показателей у больных экспериментальной группы и группы сравнения

	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level	Z	p-level	Valid N	Valid N	2*1 sided
1	772	1058	307	-2.114	0.035	-2.115	0.034	30	30	0.034
2	1049	782	317	1.974	0.048	1.980	0.048	30	30	0.048
3	733	1098	268	-2.698	0.007	-2.701	0.007	30	30	0.006
4	759	1071	294	-2.306	0.021	-2.311	0.021	30	30	0.021
5	780	1050	315	-1.996	0.046	-2.000	0.046	30	30	0.046
6	574	1256	109	-5.041	0.000	-5.042	0.000	30	30	0.000
7	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.654	0.000	30	30	0.000
8	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.655	0.000	30	30	0.000
9	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.655	0.000	30	30	0.000
10	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.654	0.000	30	30	0.000
11	465	1365	0	-6.653	0.000	-6.656	0.000	30	30	0.000
12	1079	752	287	2.417	0.016	2.456	0.014	30	30	0.015

1. дезадаптация; 2. ложь “-”; 3. неприятие себя; 4. неприятие других; 5. ведомость; Интегральные показатели: 6. “адаптация”; 7. “самоприятие”; 8. “приятие других” 9. “эмоциональная комфортность”; 10. “интернальность”; 11. “стремление к доминированию”; 12. “AW” - требуемая потребность в аффекте

По значению $p < 0,05$ по всем интегральным показателям видны значимые различия, по показателю «Aw» потребности требуемого аффекта, а также по шкалам дезадаптация, ложь, неприятие себя, неприятие других и ведомость.

Следует отметить, что дезадаптивность в экспериментальной группе проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, а свое гипертрофированное чувство вины испытуемые проецируют на окружающих, тогда как дезадаптивность в сравнительной группе тесно связана с индексом враждебности, индексом агрессивности и подозрительностью. Неприятие других людей в экспериментальной группе тесно связано с обидой и подозрительностью в отношении других людей, тогда как в сравнительной – с обидой и желанием эмоционально-близких отношений с другими людьми. Желание быть ведомым, подчиняться, у больных шизофренией сопряжено со стремлением брать на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью, тогда как в сравнительной группе желание быть ведомым и подчиняться тесно связано с желанием и стремлением быть среди людей, а также с косвенной агрессией.

Результаты проведенного исследования можно интерпретировать следующим образом:

1. По методике диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда: ответственность за события, происходящие в жизни больных шизофренией, принимаются в большей мере на себя, и результаты деятельности объясняются своим поведением, характером, способностями. Данная предпозиция говорит о наличии у пациентов высокого внутреннего, интернального контроля. Уровень адаптивности пациентов тесно связан с ассертивным (уверенным) поведением и что чем выше уровень адаптивности, тем более пациенты требуют, чтобы другие их принимали в общение. В среднем по выборке индекс социально-психологической адаптированности высокий. Это свидетельствует о наличии компенсаторных тенденций у пациентов в отношении к себе самому и требованиям действительности.

2. Данные, полученные с помощью опросника (ОМО) В. Шутца, позволяют констатировать, что для больных шизофренией характерно усреднение показателей во всех областях межличностного общения, у них наблюдается склонность быть крайне осторожными и нерешительными в установлении близких чувственных отношений и по шкале «Iw» – склонность к аутизации и ограничению круга общения. Таким

образом, больные испытывают не только боязнь включения, опирающуюся на убежденность в незначительности и малоинтересности своей личности, но и боязнь аффекции, проявляющуюся по отношению к себе как неприятной и непривлекательной личности.

3. Анализ результатов по методике диагностики состояния агрессии А. Басса и А. Дарки: испытуемые экспериментальной группы сдерживают явную агрессию, поэтому компенсаторно проявляются показатели вербальной агрессии и чувства вины. Высокие показатели вербальной агрессии говорят о том, что пациенты выражают негативные чувства через словесные ответы, у них нет тенденции социально-желательной самопрезентации, как лишенных какой-либо агрессивности.

4. По методике диагностики оценки самоконтроля в общении М. Шнайдера усредненный показатель отражает склонность быть несдержанными в своих эмоциональных проявлениях, но считаться в своем поведении с окружающими людьми.

5. В экспериментальной группе уровень адаптивности тесно связан с ассертивным (уверенным) поведением и что чем выше уровень адаптивности, тем более пациенты требуют, чтобы другие их принимали («включали») в общение (положительная корреляционная взаимосвязь по шкале адаптивности).

Дезадаптивность больных шизофренией проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, и свое гипертрофированное чувство вины испытуемые проецируют на окружающих (связь по шкале дезадаптивности). Чем более человек удовлетворен своими характеристиками, тем он более открыт в выражении эмоций и тем менее испытывает потребность в аффективных (близких и интимных) отношениях (корреляционная зависимость по шкале приятия себя).

Чем выше потребность больных в общении и взаимодействии с другими, тем более они склонны устанавливать близкие и эмоционально насыщенные отношения и тем меньше проявляют пассивно-оборонительную позицию в общении (корреляционная зависимость по шкале приятия других).

Неприятие других людей тесно связано с обидой и подозрительностью в отношении других людей. Чем более люди определены в своем эмоциональном отношении к происходящей действительности, окружающим предметам и явлениям, тем более они уверены в своем поведе-

нии и более осторожны при выборе лиц, с которыми создают более глубокие эмоциональные отношения. Неуверенность, подавленность и вялость пациентов к окружающей действительности приводит к неудовлетворенности другими людьми и склонны быть более обидчивыми. Высокий внутренний контроль объясняет подозрительность пациентов и их склонность к проявлению физической и вербальной агрессии.

Респонденты склонны обижаться на несправедливость жизни, на судьбу, склонны также к проявлению зависти и ненависти к окружающим за действительные и вымышленные действия, что проявляется в их склонности к интригам. Чем меньше ощущают внешний контроль, тем большая реальная включенность – более чувствуют себя значимой и ценной личностью и чем выше у испытуемых уровень стремлений к лидерству, тем более выражение негативных чувств происходит как через крик, визг, так и через содержание словесных ответов. Избегание проблемных ситуаций у испытуемых связано с обидчивостью («излишней ранимостью») и враждебностью по отношению к окружающим.

б. Между исследованными группами боль-

ных установлены значимые различия по всем интегральным показателям, по показателю «Aw» потребности требуемого аффекта, а также по шкалам дезадаптация, ложь, неприятия себя, неприятие других и ведомость. Можно видеть, что дезадаптивность в экспериментальной группе проявляется в стремлении контролировать других из-за чрезмерной обидчивости, а свое гипертрофированное чувство вины испытуемые проецируют на окружающих, тогда как дезадаптивность в сравнительной группе тесно связана с индексом враждебности, индексом агрессивности и подозрительностью. Неприятие других людей в экспериментальной группе тесно связано с обидой и подозрительностью в отношении других людей, тогда как в сравнительной – с обидой и желанием эмоционально-близких отношений с другими людьми. Желание быть ведомым, подчиняться, у больных шизофренией тесно связано со стремлением брать на себя ответственность, соединенную с ведущей ролью, тогда как в сравнительной группе желание быть ведомым и подчиняться тесно связано с желанием и стремлением быть среди людей, а также с косвенной агрессией.

В.А. Абрамов, О.К. Бурцев, Т.Л. Ряполова

ПОКАЗНИКИ ЭФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Донецький національний медичний університет ім.М.Горького

Були досліджені з використанням низки психодіагностичних методик 30 хворих на шизофренію, які пройшли курс реабілітації після першого психотичного епізоду. Показані кореляційні зв'язки показників адаптованості з різними поведінковими характеристиками. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 16-24).

V.A. Abramov, A.C. Burtsev, T.L. Ryapolova

FIGURES OF EFFECTIVENESS OF REHABILITATION INTERFERENCES IN PATIENTS ON SCHISOFRENIA WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPYSODE

Donetsk national medical university by the name of M. Gorky.

30 patients on schisofrenia with the first psychotic epsyode with the use of complex of psychodiagnostic methodics were snvestigated. Correlations of the figures of adaptation with different behavioural characteristics are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 16-24).

Литература

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.Ф. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия, 2001, 3.- с.8-12.
2. Энтони В., Козн М., Фаркас И. Психиатрическая реабилитация. Изд-во «Сфера», Киев, 2001- 279с.
3. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк, «Каштан», 2006. – 267с.
4. Кабанов М.М. Реабилитация психических больных. – Л., Медицина, 1978.- 233с.
5. Коцюбинский А.П., Скорик А.Н., Аксенова Н.О. Шизофрения: уязвимость-диатез-стресс-заболевание.- СПб.: Гиппократ+, 2004.- 336с.

6. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО «Лебедь», Донецк, 2002.-279с.
7. Ю.С. Зайцева. Значение показателя «длительность нелеченного психоза» при первом психотическом эпизоде шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия.2007, 1.- с.72-79.
8. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Кислицкая И.И. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных // Журнал психиатрии и медицинской психологии, 2005, 1(15). – с. 3-9.
9. Марута Н.А., Бачериков А.Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии)

// Международный медицинский журнал. 2002, 8, 1-2.- с. 46-52.

10. Пишель В.Я., Польшваная М.Ю., Гузенко Е.В. Терапия больных, перенесших первый психотический эпизод: реальная клиническая практика// Архів психіатрії.- 2006, 1-4 (44-47).- с.114-117.

11. Юрьева Л.Н. Концепция ранней интервенции в психоз// Архів психіатрії.- 2004, 10, 2(37), приложение.- с.13-16.

12. Марута Н.А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології.- 2007, 11, 1.- с. 21-24.

13. Дорознова А.С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами// Материалы XIV съезда психиатров России.- М., 2005.- с.48.

14. Гузенко Е.В. К вопросу оптимизации психиатрической помощи пациентам с первым психотическим эпизодом // Архів психіатрії.- 2007, 1-2 (48-49).- с. 34-37.

15. Сторожакова Я.А., Холодова О.Е. Первый психотический эпизод: клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным// Социальная и клиническая психиатрия.2000, 10, 2 - с.74-80.

Поступила в редакцию 12.09.2008

УДК 616.89

*М.В. Маркова¹, С.А. Бахтіярова², В.В. Бабич², Н.М. Степанова², І.О. Лисенко²***ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРУ (КОГНІТИВНО-РЕВЕРСИВНИЙ ПІДХІД)**¹Харківська медична академія післядипломної освіти, ²Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, Київ

Ключові слова: когнітивно-реверсивна психотерапія, тривожно-депресивні розлади.

За даними ВООЗ, поширеність неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру (НПРТДС) в 90-і рр. ХХ століття в розвинених країнах Європи й США склала 5–10% у порівнянні з 0,4–0,8% до початку 60-х рр. Таким чином, протягом ХХ століття практично у всіх розвинених країнах миру був зареєстрований екстенсивний ріст НПРТДС і на теперішній час спостерігається тенденція подальшого його росту. Менш чим за 90 років кількість депресивних та/або тривожних хворих, що проходили стаціонарне лікування, збільшилося з 8 % в 1914 р. до 34 % в 1996 р. У той же час у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, НПРТДС можна виявити в 65 % випадків. До того, на сучасному етапі провідними науковцями відмічається наявність патоморфозу НПРТДС. Так, тридцять років тому НПРТДС здавалися гострою хворобою з типовим виходом в повне одужання. На теперішній час перспективні дослідження показали рецидивуючий та хронічний перебіг НПРТДС. У 50 – 85 % випадків за першим епізодом реєструються повторні. Через декілька років у однієї третини пацієнтів зберігається симптоматика депресії. Смертність при НПРТДС майже співпадає з такою при серцево-судинних захворюваннях.

Питанням лікування НПРТДС присвячено чимало робіт, в яких визнається, щов терапії вищезазначених розладів саме психотерапії відводиться провідне місце. В даний час існує майже 1200 методик психотерапевтичного лікування, звичайно різного ступеня ефективності. У 20 столітті широкого поширення набули найрізноманітніші психотерапевтичні методи: психоаналітична, поведінкова, когнітивна психотерапія та багато інших, крім того можливо комплексне використання декількох методів психотерапії.

Оскільки при НПРТДС має місце виражений сплав клінічної картини з особливостями особистості та психотравмуючою ситуацією, не-

від'ємним елементом лікування є психотерапія, зокрема, загальноприйнятим засобом є навіювання, яке часто поєднується з елементами раціональної психотерапії [3, 4]. Особливе місце серед загальноприйнятих методів навіювання належить аутогенному тренуванню, яке для лікування невротичних станів було запропоноване І.Шульцем [6]. В основі існуючих численних модифікацій аутогенного тренування є шість стандартних вправ першого ступеню, які сприяють появі відчуття важкості, тепла, холоду, спокою в певних ділянках тіла, що веде до релаксації, на фоні якої і проводиться самонавіювання за допомогою спеціально розроблених формул, що враховують скарги хворого і симптоматику хвороби. Велику увагу приділяють самостійним тренуванням пацієнтів, причому вони, як правило, ведуть щоденникові записи.

Виявлено, що лікувальне самонавіювання, яке основане на сенсорній репродукції та само-спостереженні, більш результативно, ніж прямі ауто- та гетеросугестії. Широке застосування ця методика одержала в якості психогігієнічного та психопрофілактичного засобу для людей, які перебувають в умовах емоційної напруги та в екстремальних умовах.

Проте, недоліком цієї методики є те, що вона не аналізує і не впливає на конкретні «думки-регулятори», що значною мірою ініціюють патологічні психоемоційні стани (занепокоєння, тривогу, депресивні думки, почуття безсилля тощо).

Останнім часом все більше уваги привертає психокорекційний реверсивний підхід [1, 2]. Реверсивність (взаємооборотність), яка є ключовою дефініцією в реверсивній теорії М.Аптера – динамічне поняття, за допомогою якого пояснюються зміни психологічного стану особи, що відбуваються в потоці щоденного життя. Отже, реверсивність – перехід від одного стану до його протилежності. Вона визначає, наприклад, чому

той, хто був егоїстичний в певний момент, раптово стає альтруїстичним. Реверсивність забезпечує способи реагування на проблеми, які здаються неусувними. Наприклад, якщо проблема не може бути вирішена людиною в одному (цільовому) стані, можливо, вона може бути вирішена, якщо індивід набуває іншого, протилежного (парацільового) стану. Наприклад, в разі неможливості побудови суб'єктом успішної поведінкової стратегії в стані панування, ймовірно вдала її реалізація в стані співпереживання. Для того, щоб процес реверсивності був підконтрольним індивіду, М.Аптер рекомендує використовувати події і ситуації, щоб активізувати «випадкові реверсії», залежні від змінних обставин і ситуацій. Гармонійно функціонуюча всебічно розвинута особистість (fully-functioning person) в залежності від зовнішніх обставин здатна досягати різних станів, тобто проявляти психорізноманітність (psychodiversity). Така людина є стресостійкою та спроможною адаптуватися до різних мінливих впливів навколишнього середовища. Термін, протягом якого особа функціонувала в одному стані, порівняльно з протилежним, називається сальдо станів (state-balance). Наприклад, ситуативним сальдо станів (situational state-balance) де ситуація – робота, є той баланс, який відображає переважання стану панування над станом співпереживання. «Застрягання» індивіду в одному стані і неможливість переходу до протилежного обмежує його мотиваційну різноманітність і, відповідно, негативно впливає на успішне соціальне функціонування. Крім того, перманентне домінування одного з психологічних станів може стати чинником

ризиком розвитку психічної патології, насамперед, непсихотичного регістру тривожно-депресивного спектру.

Загальним недоліком цього підходу є неурядування континуальності психіки в тому розумінні, що кожна з протилежних тенденцій має свою динаміку – від позитивних до негативних проявів.

Широкого розповсюдження на сьогоднішній день набуває також емоційно-раціональна психотерапія А. Елліса [5], яка спрямована на виявленні лікарем-психотерапевтом (психологом) в патологічній психологічній реакції пацієнта помилкового, алогічного елементу, що саме по собі має лікувальний ефект. З урахуванням етнокультуральних аспектів, А. Елліс склав перелік з дванадцяти помилкових установок, якими, згідно його баченню, керуються в своїй поведінці люди західної культури. Наприклад (шостий, за А.Еллісом, помилковий принцип): щоб уникнути невдач необхідно постійно думати про загрожуючі обставини і можливі джерела неприємностей. За А. Еллісом, це невірне переконання. Роздуми про джерело можливих халеп є абсолютно даремними. Така установка погіршує самопочуття, ослаблює волю до життя, формує негативне самопрограмування. Роздуми про невдачі не дозволяють їх уникнути. Проте виключення їх сприяє позитивному психічному стану, оскільки не виснажує пацієнта тривогою та іншими негативними емоційними переживаннями, викликаними неприємними думками і уявленнями.

Аналіз за схемою А.Елліса спрямований на виявлення надмірної, перебільшеної психологічної реакції та помилкового, необґрунтованого, алогічного її елементу (табл. 1).

Таблиця 1

Структура емоційної поведінки (за А.Еллісом) [5]

Ситуація	Емоції	Думки		
		безрозсудні, негативні	суперечливі	розумні, позитивні

А.Елліс будує свій опис поведінки особи у послідовності АВС, де:

А – активація подій та ситуацій;

В – міркування (думки, вірування, переконання), раціональні та ірраціональні, які належать даній особистості і які вона використовує для інтерпретації А;

С – емоційні і поведінкові наслідки, які впливають із особистісних інтерпретацій А.

Співвідношення між А і С – непередбачливі, якщо невідомо В. Так, якщо особистість інтерпретує ситуацію неналежним чином, наслідки також будуть невідповідними.

Недолік підходу А. Елліса – акцент на актив-

ності лікаря, а не самого пацієнта, ігнорування психоритміки, реверсивного характеру психічних процесів [4, 6].

Відповідно до концепції психологічної реверсивності, нами розроблені та впроваджені в

клінічну практику система психотерапевтичних заходів (ПЗ) щодо НПРТДС як варіант когнітивно-реверсивної психотерапії, що спрямовані на активацію психологічних ресурсів хворого для усвідомлення його проблем та одужання.

Задача ПЗ – загострення сприйняття психоритміки, доведення до свідомості пацієнта, з одного боку, циклічності й реверсивності психічних процесів, і, з іншого боку, їх континуальності; усунення негативних або неадекватних психоемоційних способів реагування, активація хворого для усвідомлення його проблем та одужання.

Це досягається в процесі психотерапії акцентуванням на тому, що порушення душевної рівноваги провокується чорно-білим безальтернативним мисленням (“або – або”), а відновлення – пов’язано з включенням механізмів врівноважуючого, альтернативного мислення (“і те – і інше”), яке саме по собі можна вважати мето-

дом ослаблення психоемоційної напруги. Вчинки, що не узгоджені з упередженими поглядами, ігноруються або викликають негативні емоції. Звільнення психіки від безальтернативного мислення підвищує стресостійкість та адаптаційні можливості індивіда.

Система ПЗ здійснюється наступним чином.

Перший (діагностичний) крок – виявлення індивідуальних особливостей психоемоційної сфери хворого за «реверсивним» алгоритмом (I – емоційно-вольова сфера, II – когнітивно-поведінкова сфера, III – нормативність, IV – відношення до реальності, V – попереджувальні механізми психіки, VI – відношення до себе й інших, самоактуалізація – самотрансценденція (самооцінка, ступінь егоцентризму, емпатії та комунікабельності, мотивація досягнень тощо) і визначення, спільно з хворим, напрямів психотерапії, яка здійснюється за умови його активної участі (табл. 2).

Таблиця 2

Приклад першого (діагностичного) кроку

Сфера психіки	Опис можливих протилежних станів	Формули протилежних напрямів психотерапії
Попереджувальні (антиципаційні) механізми психіки	<p><i>Загострення попереджувальних механізмів психіки</i> – посилення мотивації безпеки, прагнення забезпечити себе на усі випадки життя, нав’язливе моделювання загрозливих ситуацій, нав’язливі кошмарні уявлення, катастрофічне фантазування, негативне самопрограмування. Безрадісність, надмірна ощадливість, низька ступінь збереження посмішки на обличчі. Похмуре бачення майбутнього, аспонтанність, зниження почуття гумору та відкритості випадку і тому, що незвідане раніше.</p> <p><i>Послаблення попереджувальних механізмів психіки</i> – зниження чутливості до загрози та здатності до прогнозування віддалених наслідків своїх вчинків, схильність до невиправданого ризику, імпульсивність, необережність; марнотратство, борги, злочинна безтурботність легкомудство.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Послаблення когнітивного самоконтролю. - Корекція схильності до переоцінки реальної небезпеки. - Самовиховання деякого авантюризму. - Усвідомлення дефіциту безпосереднього реагування. - Надання більшої свободи ірраціональним, неконтрольованим думкам і почуттям. - Опора на точку відліку в теперішньому часі, на життя «тут і тепер». <ul style="list-style-type: none"> - Посилення когнітивного самоконтролю. - Корекція схильності до недооцінки реальної небезпеки, надмірної схильності до авантюризму. - Корекція занадтого «зрушення до ризику».

Другим кроком є проведення сеансів поетапної індивідуальної когнітивно-реверсивної пси-

хотерапії, спрямованої на усвідомлення та корекцію виявлених негативних тенденцій (табл. 3).

Таблиця 3

Етапи другого кроку розробленої системи ПЗ

Етап	Зміст психотерапевтичної роботи
I	Дається схвально-позитивна інтерпретація перебільшеної тенденції (наприклад, обачності, боязкості), наводяться приказки, що схвалюють його стратегію, як елемент важливих для виживання передбачувальних елементів психіки, підкреслюються негативні сторони не дуже схвалюваної в таких випадках протилежної тенденції (відчайдушності, необачності).
II	Дається м'яка і обережна інтерпретація можливих негативних наслідків такого психологічного «перекосу», неодмінно підкреслюючи, що, по суті, наші недоліки – зовсім <i>не недоліки</i> , а <i>надлишки</i> життєво потрібних і важливих тенденцій
III	Апеляція до спогадів пацієнта про протилежний життєвий досвід: пережитих ситуаціях «переклинювання», «перемикання» на сплески авантюризму, відваги, подолання страху, зваженого і виправданого ризику.
IV	Підкреслюється думка, що пацієнт зовсім не потребує <i>перебудови</i> свого внутрішнього світу, але, можливо, потребує його « <i>добудови</i> ». Для більшої переконливості доречно звести воедино приказки-антоніми («антиприказки») і протилежні психотерапевтичні альтернативи.

Третій крок – ситуативна когнітивно-реверсивна психотерапія, яка проводиться з урахуванням етнокультуральних аспектів та базується на застосуванні «реверсивної» народної мудрості. Наводимо варіанти ситуативної когнітивно-реверсивної психотерапії при ситуаціях повсякденного життя (табл. 4). Пошук альтернативного вирішення проблеми в результаті такої «конструктивної суперечки» з самим собою сприяє звільненню від безальтернативних шаблонів мислення, негативних емоцій та поведінкових стратегій, які стають фактором розвитку психічного або психосоматичної патології. Проте універсальних рецептів та мішеней психотерапії бути не може. В одних випадках (навіть у одного і того ж хворого) актуалізуються у зв'язку із блокуванням проблеми релаксації, в інших, навпаки, – проблеми мобілізації тощо).

Ефективність запропонованої системи ПЗ підтверджується наведеними клінічними прикладами.

Хворий А., 45 років, держслужбовець. Діагноз: Генералізований тривожний розлад (F 41.1) Скарги на почуття постійної знервованості, внутрішньої напруги, підвищеної занепокоєності і побоювання щодо повсякденних подій і проблем, м'язову напругу, серцебиття, пітливість, пригніченість, труднощі в засинанні, постійне відчуття безвихідності. Патологічний стан триває більше 7 місяців. Захворів гостро, після психоемоційного стресу: жінка дізналась про на-

явність в нього тривалих позашлюбних стосунків з «подругою дитинства». На тлі подружніх негараздів захворіла донька, якій необхідне складне хірургічне втручання. Не зважаючи на те, що відразу перервав зв'язок з коханкою, не сподівається на відновлення у повному обсязі сімейних стосунків, до чого прагне. Побоюється, що хворобу доньки «пороблено» колишньої коханкою, відчуває свою провину за появу у дитини хвороби. До дружини ставиться з великою повагою, але впевнений, що вона не пробачить йому зради, «разбитого не склеїш» тощо.

Після проведення когнітивно-реверсивної психотерапії, спрямованої на спільний пошук «рятувальних» ідей («заклеєний посуд два віки живе»), корекцію нав'язливого моделювання загрозливої ситуації, у пацієнта змінилось ставлення до неадекватних хворобливих думок, відмічено загальне заспокоєння, впевненість в одужанні, в нормалізації сімейних стосунків. Відмічені позитивні зрушення психоемоційного стану за клінічними шкалами MADRS і CAS та тесту САН (табл. 5).

Хворий Б., 52 роки, підприємець. Діагноз: Змішана тривожна і депресивна реакція (F 42.22). Захворів гостро, після того, як зрозумів, що його компаньйон, який за деякий час до того вийняв з обороту фірми велику суму грошей (ніби-то на короткий час), уїхав на постійне місце перебування за кордон і вертатися не збирається. Протягом місяця після цієї події став

відмічати втрату інтересу до роботи, яка раніше була на першому місці в ієрархії його пріоритетів, відсутність реакцій на події, які раніше б викликали в нього активний відгук, ранне (на 2–3 години) пробудження, постійну знервованість, тривогу, відчуття безпорадності, безнадійності, вагоме зменшення лібідо, серцебиття, бурління в животі. Відмічає втрату віри в себе, власні сили, вдачу.

Після проведення психотерапії, спрямованої

на посилення позитивної самооцінки, мотивації досягнення, послаблення акценту на запобіганні невдач, відмічені позитивні зрушення психоемоційного стану (за клінічними шкалами MADRS і CAS та тесту САН) (табл. 6) та нівелювання вегетативної симптоматики. Пацієнт висловлює намір щодо зміни способу життя, буде реалістичні плани стосовно розвитку бізнесу та пошуку інвестицій, відмічає покращання загального самопочуття.

Таблиця 4

Приклади ситуативної когнітивно-реверсивної психотерапії (третій крок)

Ситуація	Емоції	Думки		
		безрозсудні негативні	суперечливі	розумні позитивні
Дружина сказала: «Ненавиджу!». Він хлопнув дверима, всю ніч проходить по вулицях.	Злість, образа. Кошмарні уявлення, моделювання загрозливих ситуацій.	Розлучення! Нарешті дізнався про її істинні почуття. Це треба було стільки років прикидатися! На такому падлі догодило одружитися! І не утримала ж, коли йшов. Ходи тепер голодний по вулицях, як дурень. Мало, що на роботі сьогодні хтось знає що. І така зустріч. Спеціально доводить, щоб в труну загнати.	Але ж я дійсно затримався. А вона стільки разів попереджала, щоб дзвонив. Ревнує, занепокоїться. А я сам хіба не ненавиджу її іноді? Правильно говорять: «Від любові до ненависті – один крок».	Може, остигнула, жалкує? «Б'є – значить любить». Може, все-таки кохає? Може, теж не спить, божеволіє, де я. Плаче, бідолаха. Додому, додому!
«Трудоголік» дозволив собі розслабитися, відклав справи, які начебто не терплять відкладання	Незадоволеність собою, відчуття провини.	Біс мене смикнув піти на цю вечірку. Порожня витрата часу. Правильно говорять: «Без діла жити – тільки небо коптити».	«Справа не вовк, в ліс не втече» Почекають справи. Звикли всі на мені їздити. Вірно говорять: «Від роботи коні дохнуть».	«Змішуй справу з відпочинком – проживеш свій вік з веселощами» Так і треба. А то життя не бачиш. Все робота і робота. Зовсім вже здичавів з цією роботою.
Чуйна людина відмовила комусь в проханні	Докори сумління	Треба всім допомагати. Егоїст я останній.	«Розірвися хоч надвоє – скажуть, чому не вчетверо». Не «сонечко – всіх не обігрієш».	Так, мабуть, мені ще належить повчитися говорити «ні» без відчуття вини. «Попит – не гріх, відмова – не біда». «Він плаче – просить, ти реви – не давай». «Розумій, кому добро твориш».

Ефективність застосування когнітивно-реверсивної психотерапії на прикладі наведених клінічних випадків

Методичний інструментарій	До застосування психотерапії		Після застосування психотерапії		
	Хворий А.	Хворий Б.	Хворий А.	Хворий Б.	
MADRS, бали	17	44	6	7	
CAS, бали	24	24	8	7	
САН, бали	самопочуття	0,1	0,14	5,7	5,7
	активність	0,14	1,4	5,1	5,9
	настрій	0,12	0,12	6,3	6,8

Таким чином, застосування даної системи ПЗ сприяє у пацієнта:

- подоланню опору й анозогнозії, формуванню комплайєнсу;
- цільового впливу на locus minoris resistentia;
- виявленню позитивного «ядра» особистості й можливих альтернативних напрямків самореалізації;
- пробудження й посилення мотивації досягнення;
- формування нових успішних стереотипів поведінки в «кризових» ситуаціях;
- корекції нереалістичних домагань, формуванню адекватної самооцінки, зміцнення віри в себе;
- удосконаленню комунікативних навичок, моделюванню нових стереотипів спілкування;
- подоланню особистісної дезінтеграції, відновленню цілісності особистості;
- досягненню самоконтролю над доцільним,

із психотерапевтичної точки зору, поведінням;

- формуванню й посиленню мотивації соціально-адаптивної стратегії поведінки, конструктивному самоствердженню на соціально-значимому полі.

До того ж, апеляція в психотерапевтичних цілях до народної мудрості відповідає загальносвітовій тенденції розвитку етнокультуральної психотерапії, зокрема, в руслі вітчизняної духовної культури.

Таким чином, звільнення психіки від безальтернативного мислення підвищує стресостійкість та адаптаційні можливості. Сприяючи відновленню душевної рівноваги, дана система ПЗ дозволяє підвищити ефективність лікування невротичних розладів, в тому числі коморбідних із соматичною патологією, сприяє посиленню мотивації до змін, відкриттю в собі нових можливостей.

М.В. Маркова, С.А. Бахтиярова, В.В. Бабич, Н.М. Степанова, І.А. Лысенко

ПСИХОТЕРАПИЯ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА (КОГНИТИВНО-РЕВЕРСИВНЫЙ ПОДХОД)

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии МЗ Украин, Киев

Представлена система психотерапевтических мероприятий непсихотических психических расстройств тревожно-депрессивного спектра, разработанных на основе когнитивно-реверсивного психотерапевтического подхода. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 2 (19). — С. 25-31).

M.V. Markova, S.A. Bahtiyarova, V.V. Babich, N.M. Stepanova, I.A. Lisenko

THE PSYCHOTHERAPY TO NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS OF THE ANXIOUS-DEPRESSED SPECTRUM (KOGNITIVE-REVERSIBLE APPROACH)

Kharkov medical academy of afterdiploma education, Ukrainian SRJ of social and forensic psychiatry. Kyev

The system of psychotherapy measures of nonpsychotic mental disorders of the anxious-depressed spectrum, developed on the basis of cognitive-reversible psychotherapy approach, is presented. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 25-31).

Литература

1. Аптер М. За пределами черт личности: реверсивная теория мотивации. – Луцк: MEDIA, 2005. – 401 с.
2. Бахтиярова С.А..Азбука самопонимания. Реверсивный психоанализ. – К.: Росава ЛТД, 2002. – 454 с.
3. Карвасарский Б.Н. Психотерапия – М.: Медицина, 1985. – 389 с.
4. Свядоц А.М. Неврозы.– М.: Медицина, 1982. – 281 с.
5. Эллис А., Ландж А. Не давите мне на психику! Искусство психологической самозащиты. – Спб.: Питер Пресс, 1997. – 224 с.
6. Schultz J.H. Das autogene Training. – Stuttgart, 1973. – 201 p.

Поступила в редакцию 2.10.2008

УДК 616.89

М.А. Денеко

СИСТЕМНО-СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ РАЗНЫХ ТИПАХ СПЕЦИФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Полтавская областная психоневрологическая больница им. А.Ф.Мальцева

Ключевые слова: женщины, специфические расстройства личности, сексуальная дезадаптация.

Проблема нарушения сексуального здоровья супругов активно разрабатывается сексологами и психологами, но, к сожалению, до сих пор не теряет своей актуальности [1, 4 и др.]. Это объясняется сложностью его генеза, многообразием причин и полиморфностью клинических проявлений и, главное, тем обстоятельством, что в развитии супружеской дезадаптации огромную роль играют особенности личности каждого из супругов и их сочетание в паре. Между тем нарушение сексуального здоровья супружеской пары при расстройстве личности у одного из супругов (прежде всего у жены) очень мало изучено, этой проблемы касаются лишь единичные работы [3].

Сложный феномен сексуальной дезадаптации требует системного подхода к его исследованию, в особенности если учесть специфику разных типов расстройства личности у женщин.

Методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [2] мы обследовали 320 супружеских пар со специфическим расстройством личности у жены и сексуальной дезадаптацией. Эмоционально неустойчивый тип расстройства был диагностирован у 53 пациенток, ананкастный у 46, демонстративный у 51, зависимый у 53, шизоидный у 45, диссоциальный у 27, параноидный у 30, тревожный у 15.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья проводили по его компонентам и составляющим, определяя состояние и долю участия нарушения каждого из них в генезе имеющейся у супругов сексуальной дезадаптации в зависимости от типа расстройства личности у женщин.

Полученные в результате исследования данные обобщены в представленной таблице.

Таблица

Нарушение компонентов и составляющих сексуального здоровья у обследованных супругов при разных типах специфического расстройства личности у женщин, %

Компоненты и составляющие	Тип специфического расстройства личности								Всего, n=320	
	Эмоционально неустойчивый, n=53	ананкастный, n=46	демонстративный, n=51	зависимый, n=53	шизоидный, n=45	тревожный, n=15	диссоциальный, n=27	параноидный, n=30		
Социальный, составляющие:	социокультурная	58±7	87±5	80±6	100-2	60±8	71±12	92±5	87±6	78±3
	информационно-оценочная	42±7	63±7	61±7	81±5	74±7	80±11	85±7	87±6	69±3
		17±5	38±7	26±6	36±7	22±6	27±12	33±9	24±8	28±3
Психологический	100-2	100-2	100-2	100-2	100-2	100-7	100-4	100-3	100-3	100-3
21±6	15±5	18±5	12±5	4±3	13±9	11±6	17±7	14±3		
Социально-психологический	100-2	100-2	100-2	100-2	100-2	100-7	100-4	100-3	100-3	100-3
Биологический, составляющие:	нейрогуморальная	-	66±7	80±6	92±4	87±5	87±9	33±9	24±8	59±3
		6±4	9±4	12±5	9±4	15±6	13±9	7±5	10±6	10±3
	психическая	100-2	100-2	100-2	100-2	100-2	100-7	100-4	100-3	100-3
15±5	13±5	10±4	17±5	18±6	18±6	22±8	24±8	24±8	17±3	
гениральная	17±5	17±6	22±6	9±4	9±4	34±13	15±7	7±5	15±3	
9±4	6±4	12±5	2±2	13±5	27±12	18±8	10±6	10±3		

Примечание. В числителе указано количество женщин, в знаменателе число мужчин. Нейрорегуляторная составляющая биологического компонента сохранна у всех обследованных.

Как видно из приведенных в таблице данных, при эмоционально неустойчивом расстройстве личности социокультурная составляющая социального компонента была нарушена у большинства супругов из-за несоответствия у них уровней общей и сексуальной культуры, расхождения их этических и эстетических установок, а также вследствие наличия у женщин дисгармоничных и девиантных вариантов сексуальной культуры. Информационно-оценочная составляющая данного компонента оказалась нарушенной почти у половины женщин и значительно реже у мужчин вследствие недостаточной и неправильной информированности в области психогигиены половой жизни.

Психологический компонент был поражен у всех женщин по причине имеющегося у них специфического расстройства личности и у 21 ± 5 % мужчин в результате наличия у них невротических реакций на дезадаптацию. Эта патология оказывала негативное влияние на их сексуальное поведение, полоролевое поведение, типы сексуальной мотивации, мотивы и формы полового акта.

Нарушение социально-психологического компонента, отмечавшееся у всех супружеских пар, было обусловлено межличностным конфликтом супругов, связанным с отсутствием у них чувства взаимной любви, несоответствием семейно-ролевого поведения, доминирующей мотивации, ценностных ориентаций, желаний в проведении досуга.

Биологический (анатомо-физиологический) компонент сексуального здоровья был поражен у всех женщин за счет психической составляющей вследствие наличия у них расстройства личности. Эта составляющая была нарушена и у части мужчин из-за их невротических реакций на межличностную и сексуальную дезадаптацию. Ослабление у части женщин генитальной составляющей было обусловлено хроническим воспалением внутренних половых органов. Нейрогуморальная составляющая этого компонента была сохранна у всех женщин и ослаблена у отдельных мужчин вследствие задержки полового развития.

У женщин с эмоционально неустойчивым расстройством личности, как показало обследование, определялась в 78 ± 5 % случаев средняя, у остальных сильная половая конституция. У мужчин также чаще отмечалась средняя половая конституция (80 ± 5 %), 19 ± 5 % из них принадлежали к сильному ее типу, и у трех человек была слабая половая конституция.

При составлении структурной решетки нарушения сексуального здоровья выяснилось, что непосредственной его причиной было стержневое поражение психологического, социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья. Нарушение социального и других составляющих биологического его компонента служило патопластическим фактором развития супружеской дезадаптации и усугубляло ее течение.

При ананкастном типе расстройства личности социальный компонент сексуального здоровья у подавляющего большинства супружеских пар был нарушен за счет социокультурной составляющей, что было связано с несоответствием у супругов типов сексуальной культуры, причем у $2/3$ женщин отмечался дисгармоничный, у остальных девиантный ее вариант, а также с разным уровнем общей культуры и расхождением морально-этических установок супругов. Информационно-оценочная составляющая была нарушена у большинства женщин и у многих мужчин вследствие низкого уровня осведомленности в вопросах секса и неправильной оценки ими своих сексуальных проявлений из-за незнания нормы и физиологических колебаний сексуальной функции. Нарушение данной составляющей приводило к сексуально-эротической дезадаптации мужа и жены в результате неправильного и не соответствующего желанием каждого из них проведения предварительного, заключительного периодов и самого полового акта.

Поражение психологического компонента сексуального здоровья, наблюдавшееся у всех женщин и части мужчин, было связано с неприятием одним из супругов личностных и характерологических черт другого и наличием у женщин внутриличностного конфликта.

Социально-психологический компонент был поражен у всех супружеских пар вследствие межличностного конфликта, обусловленного теми же причинами, что и при эмоционально неустойчивом расстройстве личности у жены, т.е. отсутствием чувства любви, несоответствием ролевых позиций и т.д.

Биологический компонент сексуального здоровья, как и в предыдущей группе супружеских пар, был поражен у всех женщин и у части их мужей за счет психической составляющей, нарушенной по аналогичным причинам, т.е. вследствие расстройства личности у женщины и невротических реакций на сексуальную дезадаптацию и межличностный конфликт у их мужей.

Однако в отличие от предыдущей группы, у большинства женщин была нарушена нейрогуморальная составляющая этого компонента по причине задержки пубертатного развития.

Половая конституция женщин в большинстве случаев ($66 \pm 7\%$) была слабой, у остальных средней. К среднему типу половой конституции принадлежало и подавляющее большинство мужчин.

При составлении структурной решетки нарушения сексуального здоровья выяснилось, что стержневым в данной группе супружеских пар, т.е. причиной сексуальной дезадаптации было сочетанное поражение психологического, социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента по описанным выше причинам. Нарушение остальных компонентов и составляющих способствовало возникновению супружеской дезадаптации и усугубляло ее течение.

При демонстративном расстройстве личности у женщин также наблюдалось сочетанное нарушение компонентов и составляющих сексуального здоровья. Социальный компонент был поражен, прежде всего, за счет социокультурной составляющей. Почти у всех женщин отмечался невротический тип сексуальной культуры, а у мужчин преобладали либеральный и примитивный ее типы. Информационно-оценочная составляющая была нарушена более чем у половины женщин, реже у мужчин, вследствие их недостаточной и неправильной информированности в вопросах секса.

Психологический и социально-психологический компоненты сексуального здоровья были поражены, как и в предыдущих группах, у всех женщин в результате наличия у них внутриличностного и межличностного конфликтов, что оказывало отрицательное влияние на их сексуальное поведение и межличностные контакты. У мужчин эти компоненты нарушались значительно реже.

Поражение биологического компонента сексуального здоровья, наблюдавшееся у всех женщин и у сравнительно небольшой части мужчин за счет психической составляющей, обуславливалось теми же причинами, что и в предыдущих группах обследованных. Нейрогуморальная составляющая, в отличие от этих групп, была нарушена у подавляющего большинства женщин, но также вследствие задержки соматосексуального развития в пубертатный период, у мужчин эта составляющая была ослаблена значительно реже. Причинами нарушения генитальной со-

ставляющей биологического компонента у женщин, наблюдавшегося несколько чаще, нежели в предыдущих группах, были хронические воспалительные заболевания половых органов, а у мужчин хронический простатит.

При составлении структурной решетки нарушения сексуального здоровья супружеской пары, в которой жена страдает демонстративным расстройством личности, выявлено сочетанное стержневое поражение психологического, социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента, которое было непосредственной причиной сексуальной дезадаптации у обследованных супружеских пар. Ослабление остальных компонентов и составляющих сексуального здоровья супругов служило патопластическим или усугубляющим дезадаптацию фактором.

Анализ состояния сексуального здоровья супругов при зависимом расстройстве личности у жены, как видно из данных той же таблицы, показал, что у всех супружеских пар этой группы была поражена социокультурная составляющая социального компонента и социально-психологический компонент. У всех женщин отмечалось также поражение психологического компонента и психической составляющей биологического компонента. Причинами их поражения были те же факторы, что и в рассмотренных выше группах обследованных. У женщин с зависимым расстройством личности чаще, чем во всех других группах обследованных, была нарушена нейрогуморальная составляющая биологического компонента сексуального здоровья по причине задержки полового развития, которая привела к формированию у них слабой половой конституции.

У мужей больных все нарушения, за исключением, как уже указывалось, поражения социально-психологического компонента и социокультурной составляющей социального компонента, встречались намного реже, чем у их жен.

При составлении структурной решетки нарушений сексуального здоровья женщин с зависимым расстройством личности было установлено, что причиной дезадаптации супругов послужило сочетанное стержневое поражение психологического, социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента. Нарушение остальных компонентов и составляющих сексуального здоровья способствовало развитию супружеской дезадаптации и усугубляло ее.

В отличие от рассмотренных групп при ши-

зоидном расстройстве личности у женщин социальный компонент был поражен чаще за счет информационно-оценочной, а не социокультурной составляющей, вследствие неправильной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни, а социокультурная составляющая была ослаблена из-за несоответствия у них в основном уровня общей культуры.

Поражение психологического компонента имело место у всех женщин, а социально-психологического у всех супружеских пар вследствие внутрличностного конфликта у женщин и межличностного конфликта супругов. У мужчин психологический компонент был нарушен в единичных случаях.

Биологический компонент сексуального здоровья, как и в предыдущих группах обследованных, был поражен у всех женщин в связи с наличием у них специфического расстройства личности и у части их мужей из-за личностной реакции на межличностную и сексуальную дезадаптацию. Нарушение нейрогуморальной составляющей этого компонента, наблюдавшееся у подавляющего большинства больных и у части их супругов, было результатом задержки полового развития.

Составление структурной решетки нарушений сексуального здоровья показало, что причиной сексуальной дезадаптации супружеских пар при шизоидном расстройстве личности у жены было, как и в других группах, сочетанное стержневое поражение психологического и социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента, тогда как ослабление остальных компонентов и составляющих сексуального здоровья служило фактором, способствующим развитию сексуальной дезадаптации и усугубляющим ее.

Эти же причины обусловили формирование сексуальной дезадаптации и при тревожном (ук-

лоняющемся), диссоциальном и параноидном расстройствах личности у женщин. Но при последних двух типах расстройства была существенно реже нарушена нейрогуморальная составляющая биологического компонента сексуального здоровья, а следовательно реже встречалась слабая половая конституция, и чаще была поражена психическая составляющая этого компонента у мужчин из-за наличия у них невротических реакций на супружескую дезадаптацию.

В целом системно-структурный анализ сексуального здоровья супружеских пар, в которых жены страдали специфическим расстройством личности разных типов, показал, что причиной имеющейся у них сексуальной дезадаптации является сочетанное стержневое поражение психической составляющей биологического компонента, психологического и социально-психологического компонентов. При этом можно отметить определенную зависимость поражения компонентов сексуального здоровья от типа расстройства личности у женщин. Так, нарушение информационно-оценочной составляющей социального компонента реже отмечается при эмоционально неустойчивом и чаще при параноидном расстройстве у женщин, а нарушение нейрогуморальной составляющей биологического компонента не встречается при эмоционально неустойчивом и реже, чем в других случаях, наблюдается при параноидном и диссоциальном расстройствах, в то же время оно намного чаще имеет место при зависимом расстройстве личности у женщин.

Выявленные особенности нарушения сексуального здоровья при специфических расстройствах личности разных типов у женщин следует учитывать при разработке методов дифференцированной психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары с указанной психопатологией у жены.

М.О. Денeko

СИСТЕМНО-СТРУКТУРНИЙ АНАЛИЗ ПОРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ПРИ РІЗНИХ ТИПАХ СПЕЦИФІЧНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ У ЖІНОК

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня ім. А.Ф. Мальцева

Наведено результати обстеження дезадапованих подружніх пар зі специфічними розладами особистості у жінок. Визначено причини й механізми розвитку дезадаптації та її особливості при різних типах розладу. Зроблено висновок про необхідність урахування виявлених особливостей при диференційованій психотерапевтичній корекції порушення сексуального здоров'я подружньої пари у разі такої патології у жінки. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 32-36).

M.O. Deyneko

SYSTEMIC-STRUCTURAL ANALYSIS OF SEXUAL HEALTH DISORDERS IN DIFFERENT TYPES OF SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS IN WOMEN

Poltava regional psychoneurological hospital by the name A.F. Maltsev

The findings of investigation of deadapted spouses with specific personality disorders in women are presented. The causes and mechanisms of deadaptation disorders and their peculiarities at different types of disorders were distinguished. It is concluded about the necessity to consider the revealed peculiarities at differentiation of psychotherapeutic correction of sexual health disorders in the spouses in case of this pathology in the woman. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 32-36).

Литература

1. Горпинченко И.И. Психология сексуальности // Сексология и андрология. К.: Абрис, 1997. С. 67–77.
2. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. М.: Per Se, 2002. 879 с.

3. Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Метод. рекомендации. Сочи, 1988. 119 с.
4. Скрипников А.Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин. Харьков: Основа, 2001. 274 с.

Поступила в редакцию 26.09.2008

УДК 159.9:616.8+616.89]-082.6-032.82

*Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, А.В. Андренко***ОСОБЛИВОСТІ СПРИЙНЯТТЯ МЕДИЧНИМИ СПЕЦІАЛІСТАМИ ТЕРАПЕВТИЧНОГО СЕРЕДОВИЩА МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ПСИХОНЕВРОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Ключові слова: терапевтичне середовище, психоневрологічний заклад, медичні спеціалісти, міжособистісні відносини, соціальна реабілітація, психологічна корекція

Будь-який процес лікування, тим більш хворих на хронічні психоневрологічні розлади, має значущу психосоціальну компоненту, тому обов'язково слід враховувати основні клінічні і психологічні характеристики всіх учасників лікувально-реабілітаційного процесу, а також передбачати спеціальні дії, спрямовані на корекцію мотиваційних утворень і поведінкових стратегій хворих, що впливають на загальну ефективність лікувально-реабілітаційних програм [1].

Ефективність лікувально-реабілітаційних заходів часто багато в чому залежить не тільки від адекватності технік і технологій, що використовуються, але і від безлічі психологічних чинників і умов. До фундаментальних психологічних чинників, що опосередковують все різноманіття лікувально-реабілітаційних втручань, відносяться система міжособистісних відносин пацієнта і медичних спеціалістів [2]. Характер цих взаємовідносин, у свою чергу, істотною мірою залежить від мотивації пацієнта, що визначає його участь в лікувально-реабілітаційному процесі. У контексті визначених складних проблем необхідно перейти від вивчення важливих, але окремих питань, до системного і комплексного аналізу існуючих об'єктивних та суб'єктивних компонентів лікувального процесу. У рамках такого підходу найбільш продуктивним, на наш погляд, є дослідження терапевтичного середовища (ТС) лікувального закладу.

В Україні першою монографією, узагальнюючою досвід створення та комплексного розвитку ТС психіатричного стаціонару, постала книга В.І. Литвиненка [3]. Ним були ретельно проаналізовані структура взаємин, що складається в психіатричній клініці, психологічні аспекти професійної діяльності персоналу, особливості

середовищного реагування пацієнтів. Були проведені організаційні заходи з формування в психіатричній лікарні ТС високого рівня, на чолі яких було поставлено поліпшення соціально-психологічного клімату в колективі, ретельна психологічна підготовка та постійна робота з персоналом [3].

Дослідження в галузі психології лікувального процесу, як правило, розглядають різні аспекти контакту пацієнта з лікарем і медичним персоналом [4, 5-7]. Вивчався образ „ідеального” лікаря у хворих на невротичні розлади [20]. Були виділені особистісні якості лікаря, які були найбільш суб'єктивно значущі для хворих, і описана типологія „еталонних” якостей лікаря як людини та професіонала [5].

Особливе місце в функціонуванні ТС надається молодшим спеціалістам з медичною освітою, акцентується обов'язковість спеціальної їх психологічної та етичної підготовки [8]. Велика увага придається створенню атмосфери взаємної поваги, партнерства, „терапевтичного союзу”, а також залученню до психотерапевтичної роботи близького оточення хворих [8, 9].

На теперішній час залишається невизначеним комплекс факторів і умов, що обумовлюють той чи інший тип взаємовідносин у системі „хворий-медичний фахівець”. Практично не вивчено систему оцінок та експектацій різних груп медичних фахівців (лікарів, молодших спеціалістів з медичною освітою тощо) стосовно ролі взаємин „лікар-пацієнт”, „лікар-родичі пацієнта”, „пацієнт-медсестра” тощо в терапевтичному процесі. Отже проведення спеціального комплексного дослідження, присвяченого вищезазначеній проблематиці, є доцільним і має велике медико-соціальне значення.

Матеріал та методи дослідження

Метою даного дослідження стало вивчення особливостей сприйняття медичними спеціалі-

стами терапевтичного середовища сучасного медичного закладу психоневрологічного профілю.

В дослідженні використовувались авторська методика „Рівень ТС” та оригінальна анкета в двох варіантах - для лікарів та молодших спеціалістів з медичною освітою (на дані наукові розробки було зареєстровано завершену технологію за № 0606U000032 та подано Заявку на реєстрацію авторського права).

Авторська методика „Рівень ТС” застосовувалась для оцінки характеристик терапевтичного середовища. Стимульний матеріал методики представляє собою 2 бланки з десятима шкалами на кожному. Перше дослідження (перший бланк) було направлено на оцінку наявних характеристик ТС, друге дослідження (другий бланк) мало за мету оцінювання суб’єктивної важливості характеристик ТС. На шкалах розташовано континуум оцінок від мінімального 1 бала до максимальних 10 балів. Кожна з шкал призначалась для оцінки обстежуваним конкретних характеристик ТС шляхом вибору відповідної бальної оцінки, де 1

бал відповідав оцінці „дуже низько” або „зовсім не важливо”, а 10 балів - „дуже високо” або „абсолютно необхідно”. Обробка отриманих результатів полягала в підрахунку балів за кожною шкалою, сумарного показника та показника дисоціації між результатами першого і другого дослідження.

Розроблені нами анкети було спрямовано на дослідження оцінок медичних спеціалістів обстановки і режиму відділення, різних аспектів лікувального процесу, стосунків „лікар-хворий”, „хворий-хворий”, лікар-родичі хворого”, „хворий-медсестра”, „медсестра-родичі хворого” тощо в терапевтичному процесі. Обстежуваному пропонувалось відповісти „так”, якщо він згоден з твердженням анкети, або „ні”, якщо не згоден з ним.

Отримані результати було опрацьовано за допомогою математико-статистичних методів (застосовувались t-критерій Стьюдента, ц-критерій Фішера).

Результати дослідження та їх обговорення

В дослідженні брали участь 42 лікарів, які працюють в стаціонарах медичних закладів психоневрологічного профілю. З них - 19 психіатрів та 23 невролога. Вік обстежуваних становив: до 30 років – у 5 осіб (11,9%), 30-50 років – у 26 лікарів (61,9%), старше 50 років – 11 лікарів (26,2%). Стаж роботи до 5 років мали 3 лікарів (7,2%), 5-10 років – 12 осіб (28,5%), більше 10 років працювали 27 лікарів (64,3%).

Також було обстежено 20 молодших спеціалістів з медичною освітою, які працюють в

психіатричних і неврологічних стаціонарах. Це були жінки віком: до 30 років – 5 осіб (25,0%), 30-50 років – 14 осіб (70,0%), старше 50 років – 1 особа (5,0%). Стаж роботи до 5 років мали 2 особи (10,0%), 5-10 років – 3 особи (15,0%), більше 10 років працювали 15 медсестер (75,0%).

Результати дослідження характеристик терапевтичного середовища за оцінками лікарів, що проводилось за допомогою методики „Рівень ТС”, представлено на рис. 1.

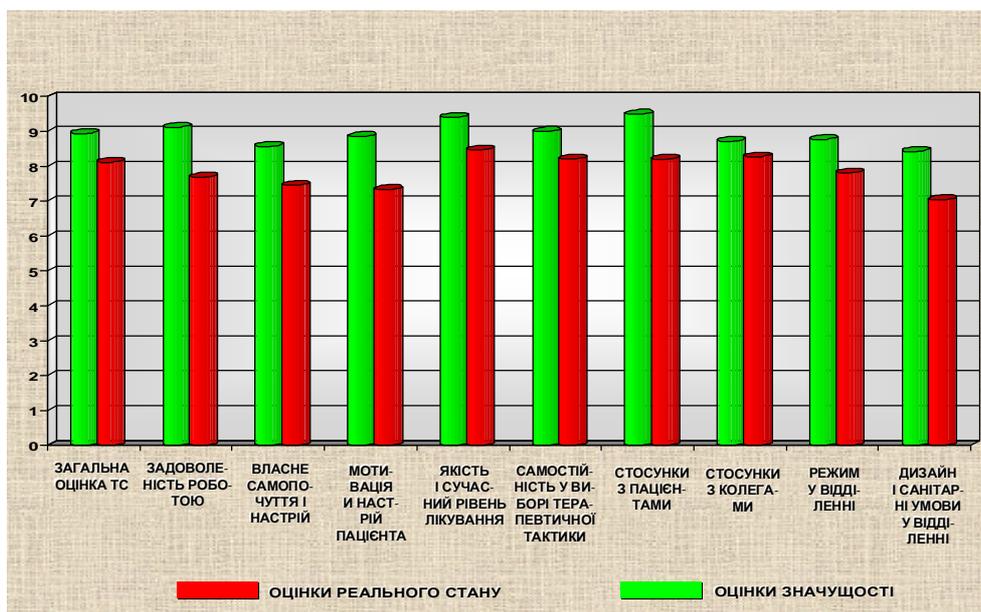


Рис.1. Оцінки лікарями реального стану і суб’єктивної значущості параметрів терапевтичного середовища

Слід зазначити, що оцінки терапевтичного середовища знаходились в діапазоні вище середнього, що в цілому свідчить про високу оцінку лікарями терапевтичного середовища закладу, де вони працюють. Найбільш високо лікарі оцінили такі параметри ТС, як „Якість і сучасний рівень лікування” (8,47±2,56 бала), „Стосунки з колегами” (8,27±1,71), „Самостійність у виборі тактики лікування” (8,21±1,62). Найнижче ними було оцінено „Дизайн і санітарні умови відділення” (7,04±0,69 бала), „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування” (7,33±1,52), „Ваше самопочуття і настрої” (7,45±0,82).

Достовірних відмінностей в оцінках наявних характеристик терапевтичного середовища між лікарями-психіатрами та лікарями-неврологами не відзначалось.

Серед суб’єктивно найбільш важливих параметрів ТС лікарі визначили „Взаємини з пацієнтами” (9,49±2,17 бала), „Якість і сучасний рівень лікування” (9,40±1,03), „Ваша задоволеність роботою” (9,12±1,84). Найменш важливими параметрами терапевтичного середовища було відзна-

чено такі, як „Дизайн і санітарні умови відділення” (8,43±0,82), „Ваше самопочуття і настрої” (8,57±1,62 бала), „Стосунки з колегами” (8,72±1,84). Достовірних відмінностей між показниками психіатрів і неврологів не виявлено.

Оцінки ТС за ступенем значущості були вищими за попередні, що може свідчити про сприйняття лікарями „суб’єктивно найбільш важливих” характеристик ТС як „бажаних” і оцінювання їх як „ідеальних”. Найбільшу дисоціацію між „наявними” та „бажаними” оцінками в цілому по групі лікарів було отримано за такими параметрами, як „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування”, „Ваша задоволеність роботою” та „Дизайн і санітарні умови відділення”. Практично співпадали „наявні” та „бажані” оцінки стосунків з колегами і самостійності у виборі тактики лікування. Отже, можна вважати, що образ терапевтичного середовища у лікарів-психіатрів і лікарів-неврологів практично ідентичний.

Результати дослідження основних характеристик ТС за оцінками медсестер відображено на рис. 2.

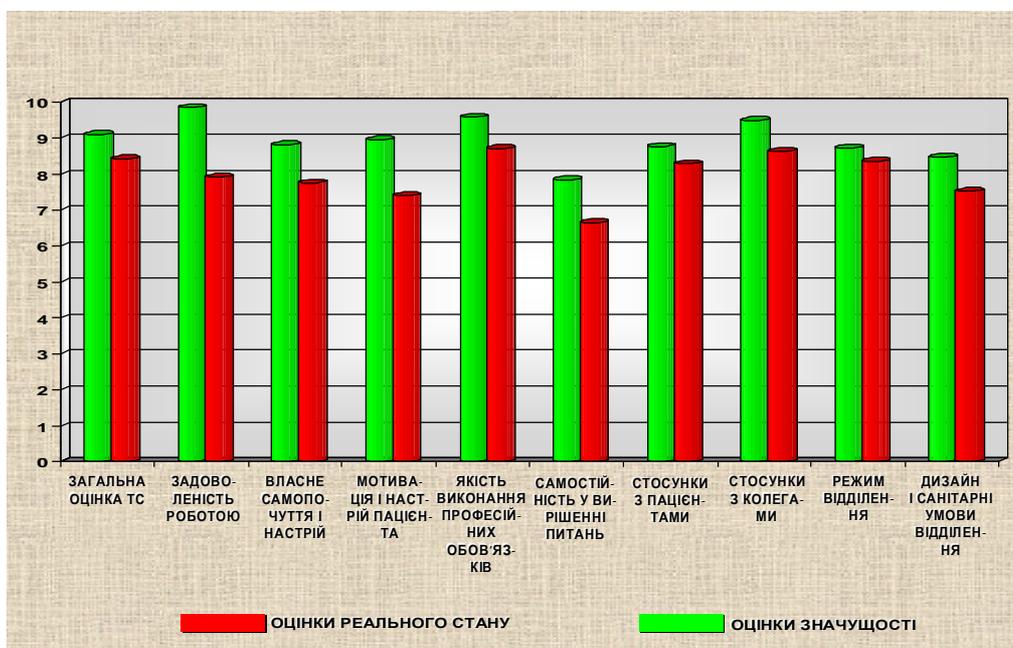


Рис. 2. Оцінки медсестрами реального стану і суб’єктивної значущості параметрів терапевтичного середовища

Слід зазначити, що оцінки ТС знаходяться в діапазоні також вище середнього, що в цілому свідчить про високу оцінку медсестрами терапевтичного середовища медичного закладу, де вони працюють. Найбільш високо медсестри оцінили такі параметри терапевтичного середовища, як „Якість виконання Вами професійних обов’язків” (8,71±2,17), „Стосунки з колегами” (8,63±2,51 бала), „Загальна оцінка терапевтич-

ного середовища у відділенні” (8,42±2,41 бала). Найнижче ними було оцінено „Самостійність у вирішенні робочих питань” (6,65±1,53 бала), „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування” (7,40±1,90), „Дизайн і санітарні умови відділення” (7,52±1,33 бала).

Найбільш важливими характеристиками ТС медсестри вважали наступні: „Ваша задоволеність роботою” (9,85±3,05 бала), „Якість ви-

конання Вами професійних обов'язків" (9,58±2,72), „Стосунки з колегами" (9,49±2,77 бала). Найменш важливими, за думкою медсестер, є „Самостійність у вирішенні робочих питань" (7,84±1,15 бала), „Дизайн і санітарні умови відділення" (8,47±2,12), „Режим відділення" (8,72±1,83 бала). Достовірних відмінностей в оцінках наявних та суб'єктивно важливих характеристик терапевтичного середовища не відзначалось.

Найбільшу дисоціацію між „наявними" та „найбільш важливими" („бажаними") оцінками в цілому по групі медсестер було отримано за такими параметрами, як „Ваша задоволеність роботою", „Бажання і настрої пацієнта в процесі лікування", „Самостійність у вирішенні робочих питань". Ці дані можуть свідчити про приховану незадоволеність роботою, що, можливо, пов'язана з особливостями контакту з хворими на психоневрологічні розлади та суб'єктивним відчуттям недостатньої самостійності у вирішенні робочих питань. Практично співпадали „наявні" та „бажані" оцінки за такими параметрами, як „Режим відділення" та „Стосунки з колегами".

При порівнянні оцінок ТС лікарів та середнього медичного персоналу слід зазначити, що медсестри в цілому більш високо оцінюють всі параметри терапевтичного середовища. Всі групи медичних спеціалістів практично задовольняють такі параметри ТС, як дизайн, санітарні умови і режим відділення, а також стосунки з колегами. Однак лікарі вважають, що користуються достатньою самостійністю у виборі тактики лікування, а медсестри відчувають себе позбавленими самостійності у вирішенні робочих питань. Як лікарі, так і медсестри прагнуть відчувати більшу задоволеність від роботи.

Таким чином, основними позитивними параметрами реальної картини ТС за оцінками лікарів були наступні: високий рівень надання медичної допомоги, можливість професійної самореалізації та конструктивні стосунки з пацієнтами. Негативним параметром реальної картини ТС була недостатня мотивація до лікування з боку пацієнтів. В „ідеальній" картині ТС домінують такі параметри: наявність продуктивного терапевтичного альянсу, високий рівень надання медичної допомоги, власна задоволеність роботою.

В структурі реального ТС за оцінками медичних сестер домінує такий позитивний параметр, як професійне і міжособистісне функціонування, а такі параметри, як самостійність у вирі-

шенні робочих питань, роль хворого у терапевтичному процесі отримали найнижчі оцінки. Основною характеристикою „ідеального" ТС медичні сестри вважають задоволеність від роботи і високу якість виконання професійних обов'язків.

Результати анкетування психіатрів і неврологів щодо особливостей взаємодії лікаря з хворими та їх родичами в умовах лікувального процесу показали: 95,3% лікарів (94,7% психіатрів і 95,6% неврологів) вважають, що взаємовідношення лікаря та пацієнта, а також вільне спілкування родичів хворого з лікарем мають велике значення для успішності лікувального процесу в цілому. 100,0% лікарів свідчать, що хворі мають можливість обговорювати з лікарем тактику терапії та зміни стану свого здоров'я в процесі лікування. 90,5% лікарів (94,7% психіатрів та 86,9% неврологів) вважають, що при виборі лікування важливо пояснювати пацієнту необхідність призначення того чи іншого препарату. 95,3% лікарів (89,4% психіатрів та 100,0% неврологів) згодні, що пацієнти повинні мати можливість обирати лікаря.

81,0% лікарів (73,6% психіатрів і 86,9% неврологів) вважають, що у лікувальному процесі вони повинні враховувати установки і побажання хворих, однак 26,4% психіатрів та 13,1% неврологів ($p < 0,05$) не поділяють цю думку. Завжди відповідати на питання пацієнтів про різні процедури та консультації вважають за потрібне 59,3% лікарів (47,3% психіатрів і 69,5% неврологів, ($p < 0,05$)).

На питання щодо впливу власного самопочуття і настрою лікаря на його ставлення до хворого „Так, значною мірою впливає" відповіли 54,4% лікарів (39,2% психіатрів, 73,6% неврологів ($p < 0,05$)). Також 80,9% лікарів (78,9% психіатрів і 82,6% неврологів) признають, що у вільний час думають про роботу.

За результатами анкетування, 95,0% медсестер вважають, що пацієнти їх відділень мають змогу кожного дня спілкуватись з персоналом. На питання, чи потрібно пояснювати хворому необхідність призначення того чи іншого препарату, 80,0% медсестер відповіли позитивно, в той час як 20,0% опитуваних вважають, що цього робити не слід. Тезу про те, що хворі повинні взагалі мати можливість обговорювати тактику і особливості лікування підтримують 60,0% медсестер. 90,0% медсестер вважають, що вони повинні враховувати установки та побажання хворих в процесі лікування. Однак, 75,0% медсестер вважають, що вони не мають права роз'яс-

нювати результати обстежень і аналізів, бо це знаходиться поза їх компетенцією.

Думку, що родичі та близькі пацієнтів за необхідності можуть вільно спілкуватися з медсестрами, поділяють 60,0% обстежених, а 40,0% - не згодні з нею. Лише третина середнього медперсоналу (30,0%) згодна у разі звертання відповідати на питання родичів пацієнтів. 100,0% опитаних прагнуть мати гарні стосунки з колегами та мати почуття задоволеності від своєї роботи.

Отже, неврологи частіше за психіатрів схильні вільно спілкуватися з пацієнтом, обговорювати необхідність призначення тих чи інших препаратів, враховують їх зручність для пацієнта, а також вважають за правило у лікувальному процесі керуватися установками і побажаннями хворих та завжди відповідати на питання пацієнтів про різні процедури та консультації. Неврологи стовідсотково поділяють думку про те, що пацієнти повинні мати можливість обирати лікаря, тоді як частина психіатрів з цим не згодна. Однак психіатри більш схильні залучати до лікувального процесу рідних та близьких пацієнта. Тобто, неврологи більшою мірою дотримуються принципів партнерства саме у взаєминах з пацієнтами, в той час як психіатри у терапевтичному процесі більше спираються на мікросоціальне оточення хворих. Разом з тим, слід зазначити, що у стосунках з хво-

рими неврологи на відміну від психіатрів більшою мірою піддаються впливу свого настрою та власного самопочуття.

Більшість медсестер, з одного боку, демонструють готовність надавати допомогу хворим, ставитись до них з турботою та увагою, однак, з іншого - лише незначна частка медсестер згодна відповідати на питання пацієнтів щодо результатів обстежень, лікування взагалі і спілкуватись з їх родичами. Також близько половини з обстеженого нами середнього медичного персоналу вважають, що хворі не повинні взагалі обговорювати тактику і особливості лікування, не схильні надавати пацієнту та його родичам роз'яснення за результатами обстежень і аналізів, а також інформацію стосовно захворювання взагалі. Отже, посилаючись на інструкції, медсестри дистанціюються від хворих і їх близьких, певною мірою формалізують виконання своїх функціональних обов'язків, що заважає створенню та реалізації партнерських стосунків у терапевтичному процесі.

Результати даного дослідження доцільно враховувати при створенні програм організаційних, психоосвітніх та психокорекційних заходів, спрямованих на оптимізацію терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю та підвищення якості лікувально-реабілітаційного процесу в цілому.

Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, А.В. Андренко

ОСОБЕННОСТИ ВОСПРИЯТИЯ МЕДИЦИНСКИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СРЕДЫ МЕДИЦИНСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины

Изучены представления разных групп медицинских специалистов о реальной и идеальной терапевтической среде современного медицинского учреждения психоневрологического профиля. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2008. — № 2 (19). — С. 37-42).

L. Shestopalova, V. Kozhevnikova, A. Andrenko

PECULIARITIES OF PSYCHO-NEUROLOGICAL INSTITUTION'S THERAPEUTIC MILIEU BY OPINION OF MEDICAL SPECIALISTS

Institute Neurology, Psychiatry and Narcology AMS of Ukraine, Kharkiv

It was presented the results of investigation of modern psycho-neurological institution's therapeutic milieu (TM) by opinion of doctors (psychiatrists and neurologists) and nurses. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 37-42).

Література

1. Шестопалова Л.Ф. Медико-психологічні проблеми сучасного лікувально-реабілітаційного процесу // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т.15, вип. 1(50), додаток. – С. 249.
2. Козьявкін В.І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації пацієнтів із дитячим церебральним паралічем // Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (метод проф. Козьявкіна В.І.). Наукові розробки: під заг.ред.проф. Козьявкіна В.І. – Львів-Трускавець: Інститут проблем медичної реабілітації, 2001. – С. 10-12.
3. Литвиненко В.И. Терапевтическая среда психиатрического стационара. - Полтава, 1995. - 114 с.
4. Кабанов М.М., Вайзе К. Социально-трудовая реабилитация психически больных // Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В.Морозова. В 2-х т. Т.ІІ. - М.: Медицина, 1988. - С.593-607.
5. Ташлыков В.А. Клинико-психологическое исследование «внутренней картины болезни» при неврозах в процессе их психотерапии // Журн. невропат. и психиатр. - 1981, Вып. 11., - С. 1704-1708.
6. Кабанов М.М. Новое в теории и практике реабилитации психически больных. - Л.: Ленингр. НИ психоневрол. ин-т, 1985. – 155 с.
7. Hogarty G. E. et al. Персональная терапия: ориентированная на расстройство психотерапия при шизофрении./ Внебольничная помощь и психиатрическая реабилитация. Под ред. Jaar van Weeghel. – К.: Сфера, 2002. – С. 246-260.
8. Кабанов М.М. Охрана психического здоровья и проблемы стигматизации и комплайенса. // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. - Т.8, вып. 2. - С. 58-62.
9. Новые достижения в терапии психических заболеваний. Под ред. профессора С.Н. Мосолова. – М.: ЗАО „БИНОМ”. - 2002. – 624 с.

Поступила в редакцию 15.05.2008

УДК 616.891.4-055.2:616.69

*Н.В. Гавенко***ТИПОЛОГИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ СЦЕНАРИЕВ У МУЖЕЙ ПАЦИЕНТОК С НЕВРАСТЕНИЕЙ В СЕКСУАЛЬНО-ДЕЗАДАПТИРОВАННОМ СУПРУЖЕСТВЕ**

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: сексуальные сценарии у мужчин, неврастения, сексуальная дезадаптация.

В последние годы на Украине неуклонно растет число разводов среди пар среднего и молодого возраста. Важную роль в данном явлении занимает такая причина, как сексуальная дезадаптация, которая чаще наблюдается при заболевании одного из супругов каким-либо невротическим расстройством.

Изучая сексуальную дезадаптацию супружеской пары необходимо учитывать не только

идеалтипические сценарии женщин, больных неврастением, но и сценарии их мужей. В зависимости от сочетания сексуальных сценариев супружеской пары у супругов может наблюдаться как адаптация, так и дезадаптация. Для изучения адаптивных и дезадаптивных сочетаний сексуальных сценариев необходимо исследовать их типологию не только у женщин, но и у мужчин.

Материалы и методы исследования

Эмпирической базой данного исследования являются 110 структурированных «Сексуальных автобиографий», содержащие нарратив об интимной жизни 110 мужчин, жены которых страдали неврастением.

Исследование проводилось с целью идентификации индивидуальных сексуальных сцена-

риев у мужей пациенток, необходимых для диагностики неконгруэнтных (дезадаптивных) сценарных типосочетаний сексуальности в дезадаптированных супружеских парах. Ниже представлены описания идентифицированных нами идеалтипических сценариев и их частотное распределение в группе.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение идеалтипических сексуальных сценариев в группе мужей

женщин с неврастением представлено в таблице 1.

*Таблица 1***Распределение идеалтипических сексуальных сценариев в группе мужей женщин, больных неврастением**

Тип сценария	Число мужчин (n=110)	% (n=110)
Брачно-пронатальный	45	40,9%
Романтический	5	4,6%
Коммуникативный	12	10,9%
Гедонистический	8	7,3%
Рыночный (бартерный)	40	36,3%

МУЖСКОЙ РОМАНТИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ.

История сексуальной жизни в данном сценарии репрезентируется как совокупность сексуальных эпизодов, общим для которых являются любовные отношения. Типичные фразы смысловых секвенций (содержательно законченных

эпизодов) мужских нарративов: «Без любви не возбуждаюсь» (мужчина, 46 лет); «Секс без любви не настоящий» (мужчина, 34 года) и т.п.

Основанием для вступления в сексуальные отношения у мужчин с романтическим сценарием являлась любовь. Сексуальная инициация у всех мужчин осуществлялась с женщиной, к

которой мужчина испытывал сильное чувство влюбленности. В данном сценарии партнер по сексуальному взаимодействию определен как «любимая» или «любовница».

Сексуальное удовольствие и удовлетворенность прямо связаны с силой и напряженностью любовного чувства. Для интимных нарративов характерны фразы: «Я был влюблен... Никогда, и ни с кем, я не испытывал большего наслаждения» (мужчина, 28 лет); «любовь заставляла трепетать во мне что-то... что раньше молчало... все обострялось... это было просто фантастика» (мужчина 35 лет).

В контингенте здоровых мужчин, по данным литературы [2] в мужской версии романтического сценария любовь является следствием сексуального влечения, любовь в рассказе – это приложение к сексу: «... поводом для какого-либо романа было, конечно, какое-то желание физической близости» (мужчина, 57 лет). «Я был влюблен как сумасшедший, половые отношения тоже, безусловно, играли большую роль» (мужчина, 60 лет). Сравнивая мужскую и женскую версию сценария, автор пишет о том, что «женский романтический сценарий – это связный рассказ о любви – сексе, мужской романтический сценарий – это набор эмоционально окрашенных сексуальных эпизодов... Женщина вступает в сексуальные отношения, потому что испытывает сильные чувства, а мужчина влюбляется, потому что испытывает сексуальное влечение. Вывод автора респондирует с результатами исследований в области социологии эмоций и социологии маскулинности: по данным S. Jackson [3], сексуальное желание и любовь более тесно связаны у женщин, чем у мужчин. Для мужчины проявление эмоциональности (чувства любви) проблематизирует маскулинность [3], и поэтому он самоограничивает себя. Наши исследования подтверждают, что в романтическом сценарии влюбленный мужчина – это мужчина желающий, стремящийся к обладанию женщиной, которую он любит.

Степень вербализации секса в мужской версии романтического сценария низкая: сексуальные вопросы не обсуждаются с партнером и не описываются в биографиях. В отношениях обсуждается не секс, а чувства. Сексуальные техники описываются редко.

В романтическом сценарии сексуальная компетентность для мужчины – это сексуальное обладание объектом любви-страсти либо любви привязанности. Сексуальная компетентность мужчины с романтическим сценарием понима-

ется как «любовная потентность»: подтверждение мужественности осуществляется благодаря реализованной способности «любить» и быть «любимой», способности быть объектом любви-желания.

Наши исследования подтверждают гендерное различие смыслового значения сексуальной компетенции. Заключая, можно отметить, что мужской и женский романтический сценарий воплощает в себе традиционные сексуальные представления, зафиксированные на территориях стран СНГ. В нашем исследовании данный сексуальный сценарий составил 4,6%.

МУЖСКОЙ КОММУНИКАТИВНЫЙ СЦЕНАРИЙ.

В данном сценарии история сексуальной жизни репрезентируется мужчинами как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом которых является общение. Диапазон применения категории общения достаточно широк: «коммуникация» включает «общий круг, совместную работу, взаимопонимание, дружбу, человеческие отношения».

В мужской версии коммуникативного сценария основанием для вступления в сексуальные отношения является сексуальное влечение, стремление нравиться и доставлять удовольствие партнерше, а также общие интересы, эмоциональный контакт. Сексуальная инициация в наших исследованиях осуществлялась с женщиной, к которой мужчина испытывал дружескую симпатию, которой доверял, которую идентифицировал как «друга», человека «своего круга». Секс являлся естественным продолжением дружбы и составной ее частью.

В данном сценарии партнер по сексуальному взаимодействию определен как «друг», с которым интересно и приятно общаться (Смыслы коммуникации, общения могут сильно различаться и варьировать от дружбы (секс=дружба) до эмоциональной близости и интимной эротической коммуникации (секс=интимность)). Сексуальные отношения описываются как серия параллельных или последовательных связей, где одни имеют стабильный характер, а другие – кратковременный.

В данном сценарии сексуальное удовольствие и удовлетворенность у мужчин зависит от «качества» коммуникации. Для интимных нарративов характерны фразы: «Меня возбуждают разговоры с ней... касание рук, глаз... слов... после этого... яркий секс...» (мужчина, 42 лет); «мы общаемся, обсуждаем новинки кино. последние книги... пьем шампанское...потом как-то все

естественно заканчивается сексом... Без всего этого ... все как-то не очень» (мужчина, 34 года). Степень вербализации секса в мужской версии коммуникативного сценария высокая: техники, позы, ощущения, проблемы контрацепции открыто и охотно обсуждаются партнерами.

В коммуникативном сценарии сексуальная компетентность для мужчины это «коммуникативная потентность» - способность вступать и поддерживать сексуальные отношения (сексуально коммуницировать) с женщиной-другом. В сексе мужчин стремиться не к обладанию объектом сексуального желания (как в романтическом сценарии), а к коммуникации с ним. Мы полагаем, что для мужчины-друга коммуникация является следствием сексуальных отношений и составляет фон репрезентуемого нарратива, что подтверждает тезис о меньшей ориентации мужчин на интимность, постулированный в работах P. Mansfield and J. Collard [4], J. Duncombe and D. Marsden [5]. В отличие от мужчин с коммуникативным сценарием секс для женщин является следствием и приложением к личностной коммуникации, «выражение ее другими средствами», идентичность женщины в сексуальной сфере выстраивается как идентичность «женщины-подруги».

Наши исследования подтверждают гендерное различие смыслового значения сексуальной компетентности у лиц с коммуникативным сценарием. Заключая, можно отметить, что мужской и женский романтический сценарий воплощают в себе менее традиционные сексуальные представления, зафиксированные на территориях стран СНГ [2]. Данный сексуальный сценарий встречался у 10,9% обследованных мужчин.

МУЖСКОЙ БРАЧНО-ПРОНАТАЛЬНЫЙ СЦЕНАРИЙ.

У мужчин с брачно-пронатальным сценарием история сексуальной жизни репрезентируется как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом для которых являются семейно-брачные отношения. Другими словами, в мужской версии сексуальная биография – это история сексуальных взаимоотношений с женой. В изученных нами мужских нарративах ключевыми для смысловых секвенций являлись фразы типа: «Секс у меня был только с женой... вот уже 10 лет и в сторону я не смотрел... да и за чем?.. Все что мне нужно... я имею дома» (мужчина, 44 года); «Я стал мужчиной с женой... с тех пор ничего не менялось» (мужчина, 29 лет).

Основанием для вступления в сексуальные отношения у мужчин с брачно-пронатальным

сценарием в наших исследованиях являлись наличие сексуального влечения к конкретной женщине и желание иметь регулярные сексуальные отношения с конкретной женщиной. В мужских нарративах акцентированы описания телесной и/или сексуальной привлекательности будущей жены, мотивы соперничества с другими мужчинами из-за будущей жены, предложение женитьбы, основанное на решении в условиях соперничества с другими мужчинами - претендентами. Брак рассматривается как социально одобряемая традиционная регламентация, которая формально обеспечивает мужчине статус единственного сексуального партнера конкретной женщины и ограничивает претензии других мужчин на этот статус. В этом мужской сценарий отличается от аналогичного женского: в женском брачно-пронатальном сценарии основанием для вступления в сексуальные отношения является собственно брак – социально одобряемая традиционная регламентация начала половой жизни с лицом противоположного пола. «Женщины вступают в брачные сексуальные отношения для того, чтобы родить ребенка, исполняя “супружеский долг”» [2]. Сексуальная инициация в мужском варианте брачно-пронатального сценария в большинстве случаев (80%) происходила с будущей женой и только у 20% мужчин с женщиной, которая заведомо не рассматривалась как потенциальный брачный партнер (ситуативная инициация). Иницирующая женщина при ситуативной инициации принадлежала к маргинальной группе (проститутка, «общая девочка в молодежной группировке», доступная знакомая на «тусовке» и пр.). В описаниях первого сексуального опыта акцентируются либо телесная (сексуальная) привлекательность супруги (случайной партнерши), либо контекст, в которой инициация осуществлялась (алкоголизация – «был пьян... ничего не помню...»... «все на нее залезли и я залез» и пр...). Описания сильных любовных чувств не характерны. Заметим, что в женском варианте брачно-пронатального сценария потеря девственности осуществляется с человеком, к которому женщина испытывает симпатию, почти всегда – с мужем.

В данном сценарии партнер по сексуальному взаимодействию всегда определен как «жена». Она имеет особый статус, с ней строятся отношения, которые могут быть охарактеризованы как «ответственные». Сексуальные отношения практически во всех биографиях описываются как жизнь в браке, в котором значимы

сексуальное влечение и «качество» брака, понимаемое как «качество человеческих отношений». При этом «качество» в отношениях отождествлено с «ответственностью» («за семью», «за детей»), с «человеческой привязанностью» и «верностью». Смену сексуального партнера детерминирует его физическая утрата (развод или смерть жены). Параллельные браку сексуальные связи не приветствуются. Если они и имеют место, то носят ситуативный, эпизодический характер.

Сексуальное удовольствие в мужском брачно-пронатальном сценарии не связано с силой чувств. Сексуальная удовлетворенность отождествлена с генитальным оргазмом, неизменно возникающем при исполнении «супружеского долга». Предполагается при этом, что женщина также всегда получает удовлетворение.

Степень вербализации секса в мужской версии брачно-пронатального сценария низкая: техники, позы, ощущения, проблемы контрацепции не обсуждаются ни с брачным партнером, ни с друзьями, ни с родственниками. В нарративах типичны фразы: «это лишнее», «о чем можно говорить... живем как можем», «об этом говорить не принято» (мужчина, 46 лет) и т.п.

В основе сексуальной компетентности мужчины в данном сценарии находится реализация полового влечения, направленность сексуального действия на привлекательный (телесно) объект и на сексуальное удовлетворение. Значение секса сводится к его приложению к браку и рассматривается как «рутинная», но приносящая удовольствие деятельность. Сексуальная компетентность мужчины тождественна физической потентности (возможности) регулярно вступать в сексуальные отношения с супругой. Для мужчины с брачно-пронатальным сценарием средством подтверждения своей социальной компетентности является удовлетворение сексуального влечения (своего и жены) в браке.

Как показали наши исследования, брачно-пронатальный сексуальный сценарий наиболее часто встречается у мужчин в возрасте 36-48 лет и составляет 40,9% обследованных.

МУЖСКОЙ ГЕДОНИСТИЧЕСКИЙ СЦЕНАРИЙ.

История сексуальной жизни репрезентируется у мужчин с гедонистическим сценарием как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом для которых являются удовольствие. Другими словами, в мужской версии сексуальная биография – это история о сексуальных наслаждениях, пережитых и доставленных. В изу-

ченных нами мужских нарративах ключевыми для смысловых секвенций являлось фразы типа: «Секс – это то чем я живу... Это естественно (мужчина 26 лет); «Ни дня без женщины! Ни дня без удовольствия!» (мужчина 47 лет); «Когда я занимаюсь сексом - я чувствую себя живым» (мужчина, 20 лет).

Основаниями для вступления в сексуальные отношения в рассматриваемом сценарии являются: интенсивные сексуальные реакции – сексуальное возбуждение, требующее немедленного удовлетворения (в интимном нарративе описывается как «удовлетворение [сексуального] аппетита», «чувства [сексуального] голода»); наличие доступного «свежего» сексуального партнера («интрижка на стороне»). Общим для всех оснований является установка на получение наслаждения и предоставление наслаждения другому человеку.

В данном сценарии партнер по сексуальному взаимодействию определен как лицо доставляющее и получающее удовольствие (т.е. как собственно «сексуальный партнер»). Его смену детерминирует биологическая («природная») потребность, сексуальная привлекательность доступного партнера, ситуационные и провокативные факторы. Секс описывается как автономная сфера. Сексуальные отношения отделены от брака и любви, в них вступают последовательно и параллельно вплоть до группового секса и серии случайных связей.

Сексуальное удовольствие и удовлетворение в этом сценарии – обязательный и ценный элемент сексуальных отношений. В мужской версии гедонистический сценарий предстает как выражение мужской природы – секс и сексуальное взаимодействие является самоцелью. При этом секс – это эротическое самоценное взаимодействие, подразумевающее взаимное удовольствие.

Сексуальные взаимодействия, контрацепция в гедонистическом сценарии – предмет постоянного обсуждения. Техники описываются детально: сексуальные акты, ощущения, «аксессуары». В словаре секса центральное место занимают категории собственно секса. Сексуальность отождествлена как набор телесных практик и телесного опыта, приводящего к удовольствию.

Сексуальная компетентность в этом сценарии – это опыт, знания, навыки, ориентация на удовольствие собственное и партнера. Компетентный желающий мужчина – это тот, который реализует свою сексуальную потенцию.

Наше исследование показало, что данный сексуальный сценарий наблюдается у 7,3% обследованных мужчин.

МУЖСКОЙ РЫНОЧНЫЙ (БАРТЕРНЫЙ) СЦЕНАРИЙ.

Мужчинами с рыночным сценарием история сексуальной жизни репрезентируется как совокупность сексуальных эпизодов, общим фреймом для которых являются обмен.

В изученных нами мужских нарративах ключевыми для смысловых секвенций (содержательно законченных эпизодов текста) являлись фразы типа: «Я плачу и получаю все, что хочу» (мужчина, 34 года); «Она имеет все: дом, машину, личного косметолога – от нее требуется лишь три раза в неделю сделать меня счастливым» (мужчина, 49 лет); «Не нравится – верну ее на панель, где она начинала» (мужчина 40 лет).

Мужчина вступает в сексуальные отношения для удовлетворения сексуальных потребностей, которое он оплачивает, а женщина – для получения материальных благ [2]. Добрачный период у мужчин с рыночным сценарием описан как опыт платных отношений с лицом противоположного пола. Сексуальная инициация у всех мужчин в нашем исследовании была осуществлена проституткой.

Типичные партнеры в данном сценарии – это случайные знакомые, отношения имеют как кратковременный (проституция), так и длительный («спонсорство» или «содержанство») характер, по сути представляющие договор. Мужчина с рыночным (бартерным) сценарием вступая в брак, стремится к «узаканиванию» понятных ему и привычных отношений с женщиной через заключение «брачного контракта», в котором фиксируются не только порядок и процедура раздела имущества при разводе, но и принципы, регулирующие сексуальные отношения в браке. Жена воспринимается как «содержантка». Отношения описываются как договор, фактически как «скрытая форма проституции». Параллельно официальному браку мужчина «содержит» еще одну женщину или нескольких женщин. Внебрачные партнерши – это «молодые девочки, которые не считают себя проститутками, но готовы проводить время с людьми постарше за деньги» [1], либо знакомые по добрачному периоду проститутки.

Сексуальное удовольствие и удовлетворение женщины в этом сценарии не предусматривается. Акцентируется собственное удовлетворение и удовлетворенность. В данном сценарии с партнером обсуждаются проблемы предохранения,

заболеваний, «материального благополучия мужчины»; собственно секс предметом обсуждения не является. В мужских сексуальных биографиях описываются сексуальные техники, практика использования контрацептивов. В словаре секса центральное место занимают категории «цена» и «ресурс» [2].

Сексуальная компетентность в этом сценарии – это опыт, знания, навыки, ориентация на собственное удовольствие. Социальная компетентность мужчины в таких сексуальных отношениях – это его материальный статус, способность купить сексуальные услуги.

Рыночный сексуальный сценарий по частоте выявления занимает второе место среди идентифицированных сценариев в данной группе. Заметим, что данный сценарий не воплощает в себе традиционные сексуальные представления, зафиксированные на территориях стран СНГ и является, на наш взгляд, следствием наблюдаемой в Украине интенсивной либерализации и коммерциализации сексуальности. Этот сексуальный сценарий наблюдался у 36,3% обследованных мужчин.

Выводы:

Проведенное нами исследование идеалтипических сексуальных сценариев мужей женщин с неврастенией в сексуально-дезаптированном супружестве, позволило сделать ряд обобщений.

1) Репрезентируемые истории индивидуального сексуального опыта всегда наделены смыслом, который присваивают им рассказчики. Истории, кроме изложения событий (последовательности практик), имплицитно и эксплицитно включают их интерпретацию и оценку. Фреймы описания сексуальной жизни (сценарии) представляют собой совокупность значений или интерпретаций, как то, посредством чего человек рассматривает событие происходящее с ним и значимым другим [6].

2) Проведенное исследование выявило существование сексуальной полисценарности у мужчин и детерминированную этим множественность ее значений и интерпретаций.

3) Подтверждено, что для каждого мужского сексуального сценария характерен специфический общий фрейм (фрейм-маркер), с помощью которого может быть установлена (выделена, идентифицирована) категория, в которую «помещена» сексуальная жизнь человека, относительно чего она измеряется, оценивается, и каким образом данные категории образуют идеалтипические сценарии.

4) Установлено, что общим фреймом репре-

зентрируемой сексуальности независимо от пола в «брачно-пронатальном» сценарий является «семейно-брачные отношения», в «романтическом» - «любовь», в «коммуникативном» - «общение», в «гедонистическом» - «удовольствие», в «рыночном» («бартерном») – «обмен».

5) Выявлено, что мужские идеалтипические сексуальные сценарии имеют сквозную общую категорию, а женские таковой не имеют.

6) Выделена общая для всех мужских сценариев сквозная категория - «сексуальная компетентность»: в основе сексуальной компетентности мужчины независимо от сценарного типа находится реализация сексуального влечения, направленность сексуального действия на привлекательный (телесно) объект и на сексуальное удовлетворение. В женских сценариях общая подобная категория отсутствует.

7) Выделен сексуальный сценарий, в котором

системно осуществляется дегуманизация женщины (последняя воспринимается как «поставщик», «продавец» сексуальных услуг, как «полезная и приятная вещь», а не как личность). Данный сценарий («рыночный») отнесен нами к условно дезадаптогенному: при отсутствии конгруэнтному ему сценарию у женщины он способен детерминировать развитие первичной (сценарной) сексуальной дезадаптации в супружеской паре.

Методика «анализа категоризации» [2,6], является необходимой процедурой для доказательной диагностики сексуальной дезадаптации в супружеской паре. С помощью сценарнарной идентификации можно определить наличие потенциально дезадаптогенных индивидуальных сексуальных сценариев, установить их роль как в сексуальном адаптогенезе пары в целом, так и в развитии и течении невротического расстройства.

Н.В. Гавенко

ТИПОЛОГІЯ СЕКСУАЛЬНИХ СЦЕНАРІЇВ В ЧОЛОВІКІВ ПАЦІЄНТОК З НЕВРАСТЕНІЄЮ У СЕКСУАЛЬНО-ДЕЗАДАПТОВАНОМУ ПОДРУЖЖІ

Харківський національний медичний університет

Нами вивчено сексуальні сценарії в чоловіків у сексуально-дезадаптованому подружжі де жінка страждає на неврастенію. Дослідженню підлягали 110 подружніх пар, де жінка хвора на неврастенію. Встановлено ознаку умовно дезаптогенного чоловічого сексуального сценарію. Розглянуто гендерні особливості чоловічих та жіночих однотипових сценаріїв. Проведене дослідження виявило наявність сексуальної полідисциплінарності у чоловіків та детермінуючу цим велику кількість її значень та інтерпретацій. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 43-48).

N. V. Gavenko

TYPOLOGY OF SEXUAL SCENARIOS IN HUSBANDS OF PATIENTS WITH NEURASTHENIA IN SEXUAL-DYSADEPTED MATRIMONY.

Kharkiv National Medical University

The sexual scenarios in neurasthenic patients' husbands in sexual-dysadopted matrimony were investigated. The 110 married couples with wife suffered from neurasthenia were examined. The type of conditionally dysadopted male sexual scenario was marked out. The gender features of male and female single-type scenarios were discussed. The research discovered existence of sexual polyscenario in men and plurality of its meanings and interpretations determined by it. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 43-48).

Литература

1. Garfinkel H. Studies in ethnomethodology. Englewood Cliff, New Jersey: Prentice Hall, 1967. — 237 p.

2. Тёмкина А. Сценарии сексуальности и гендерные различия // В поисках сексуальности / Под. ред. Е. Здравомысловой и А. Тёмкиной. — СПб.: «Дмитрий Буланин», 2002. — С.559-587.

3. Jackson S. Even Sociologist Fall in Love: An Exploration in the Sociology of Emotions //Sociology, 1993. - Vol.27. - №2. —

P.201-222.

4. Mansfield P, Collard J. The Beginning of the rest of your Life? A Portrait of Newly -wed Marriage. - London, Macmillan,1988,

5. Duncombe J., Mardsen D. Love and Experience. — Columbus, 1993, Ohio.—356 p.

6. Goffman E. Frame Analisis. An Essay on the Organization of Experience. — Boston, Northeastern Universitu Press, 1974.

Поступила в редакцию 21.05.2008

УДК 564.75.05:057.1-056.22:616.002.5

*И.И. Кутько, В.М. Фролов, Г.С. Рачкаускас, Н.А. Пересадин***ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПОЛИОКСИДОНΙΑ И ГАЛАВИТА ПРИ СИНДРОМЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ИХ ВЛИЯНИЕ НА ИММУННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Луганский государственный медицинский университет, Луганский институт труда и социальных технологий

Ключевые слова: синдром психоэмоционального выгорания, полиоксидоний, галавит, иммунные показатели

Синдром психоэмоционального выгорания (СПЭВ) – довольно часто встречающееся патологическое состояние, которое впервые было описано в 1974 г. американским психиатром Х. Дж. Фроуденбергом при обследовании врачей-психиатров и средних медицинских работников, профессионально связанных с обслуживанием больных психиатрического профиля [2, 14]. Классическая характеристика синдрома выгорания заключается в наличии у больных состояния хронической усталости и повышенной утомляемости, общего недомогания с выраженными явлениями разочарования и деморализации, непосредственно связанными с их профессиональной деятельностью [8, 9, 15]. В ходе клинико-психологических исследований было установлено, что формирование СПЭВ тесно связано с выполнением в течение достаточно длительного времени работы с постоянной выраженной психоэмоциональной перегрузкой и постепенно формирующейся вследствие этого психологической зависимостью от неё, что ведет к накоплению последствий хронического стресса (дистресса) и истощению ресурсов жизненной энергии [18 – 20]. В клиническом плане СПЭВ характеризуется развитием пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств, которые проявляются преимущественно астенической, астено-депрессивной или астено-невротической симптоматикой [2, 8, 18]. Больных с наличием СПЭВ беспокоит чувство постоянной усталости, общей слабости, разбитости, выраженного недомогания, повышенной физической и интеллектуальной утомляемости, иногда ломоты во всем теле, ощущение «опустошенности» головы [19]. Для этих пациентов характерна также озабоченность по поводу выполнения своих профессиональных обязанностей, страх не успеть завершить к установленному сроку порученное им дело,

нарушения сна, диффузные головные боли, снижение общего эмоционального тонуса [18, 20].

Важным аспектом анализируемой проблемы является также то, что с усугублением проявлений СПЭВ снижаются показатели иммунитета и естественной антиинфекционной резистентности [16]. В клиническом плане это нередко обуславливает значительное учащение заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями, повторными ангинами, а также формирование хронической патологии бронхиальной системы и ЛОР-органов [2, 16]. Наиболее часто СПЭВ возникает у учителей, преподавателей колледжей и вузов, врачей и медицинских сестер психиатрических клиник, менеджеров, торговых агентов, социальных работников и лиц других профессий, связанных с постоянным общением со значительным количеством людей; так, в последнее время появились сообщения о нередком наличии СПЭВ у работников правоохранительных органов и пенитенциарной системы [1, 9, 14, 15].

Несмотря на внушительное количество работ, посвященных синдрому выгорания в мировой научной литературе и разработке определенных подходов к его диагностике, проблема патогенеза и лечения СПЭВ остается практически не изученной. В большинстве публикаций приводятся лишь общие рекомендации, касающиеся необходимости проведения психологического тренинга, психотерапии и использования методов аутогенной тренировки [1, 2, 18]. Однако при этом отмечается, что психологические методы эффективны на ранних стадиях СПЭВ, тогда как подавляющее большинство больных с данной патологией обращается к врачу уже в развернутой стадии синдрома выгорания, когда у них выявляются психосоматические нарушения с астено-невротической либо астено-депрессивной симптоматикой на фоне вторичного имму-

нодефицита II – III степени [18, 19].

Наше внимание привлекла возможность использования для лечения СПЭВ комбинации современных иммуномодулирующих препаратов – полиоксидония и галавиту. Полиоксидоний (ПО) является высокомолекулярным физиологически активным соединением, которое обладает выраженной иммуотропной активностью [6]. ПО оказывает влияние на все звенья защиты организма от чужеродных агентов антигенной природы, повышая пониженные и понижая повышенные показатели иммунитета, т. е. является истинным иммуномодулятором [10]. Мишенями для ПО являются клетки фагоцитарной системы и естественные киллеры [5]. Он может стимулировать или оказывать стимулирующий эффект на продукцию клетками макрофагально-моноцитарного ряда IL-1b, IL-6, TNFb и б-интерферона [11]. Исходя из этого ПО эф-

фективен при лечении различных патологических состояний, сопровождающихся формированием вторичных иммунодефицитов [12, 17].

Галавит – иммуномодулирующий препарат, который регулирует синтез цитокинов макрофагами (ИЛ-1, ИЛ-6, ФНО-б и др.) и лимфоцитами (ИЛ-2), стимулирует фагоцитарную активность нейтрофилов при исходном ее дефиците [3]. Наряду с этим он влияет на синтез антител, регулирует пролиферативную функцию Т-лимфоцитов, стимулирует активность НК-клеток при их недостаточности [4]. Имеются клинические наблюдения об эффективности галавита при лечении больных с пограничными нервно-психическими расстройствами [13].

Целью работы явилось изучение влияния полиоксидония и галавита на иммунные показатели при синдроме психоэмоционального выгорания.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 134 пациента с установленным экспертным путем диагнозом СПЭВ по данным анамнеза и клинико-психологического обследования по существующим критериям (согласно МКБ-10, эти больные отнесены к рубрике F 43.2 – расстройства адаптации. Возраст наблюдавшихся пациентов составлял от 24 до 48 лет, среди них было 62 (46,3%) мужчины и 72 (53,7%) женщины. В профессиональном плане среди обследованных было 39 (29,1%) учителей средних школ, гимназий, лицеев, преподавателей средних и высших специальных учебных заведений, 26 (19,4%) средних и младших медицинских работников (медицинских сестер, медрегистраторов, младших медицинских сестер по уходу), 25 (18,7%) врачей, 44 (32,8%) - менеджеров, администраторов, бухгалтеров, социальных работников. По данным анамнеза продолжительность заболевания с выраженной клинической манифестацией у обследованных составила от 2 до 4 лет.

Все больные СПЭВ, которые находились под наблюдением, были разделены на 2 группы – основную (65 пациентов) и группу сопоставления (69 больных), которые рандомизированы по полу, возрасту и клиническому диагнозу. Пациенты основной группы получали галавит в среднетерапевтической дозе, а полиоксидоний вводился по 6 мг внутримышечно через день – 5 инъекций, затем 2 раза в неделю – еще 10 инъ-

екций препарата (всего на курс – 90 мг ПО). Пациенты группы сопоставления получали только общепринятое лечение.

Наряду с углубленным клиническим и патопсихологическим обследованием все пациенты наблюдались у квалифицированного психолога и тестировались с применением вопросника «Профессиональное выгорание», разработанного на основе модели К. Маслач и С. Джексона [2]. У лиц с установленным диагнозом СПЭВ проводили также изучение содержания циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови методом преципитации в растворе полиэтиленгликоля (ПЭГ) с молекулярной массой 6000 дальтон. Молекулярный состав ЦИК анализировали с помощью дифференцированной преципитации в 2%, 3,5% и 6% растворах ПЭГ [16]. При этом определяли крупномолекулярные (>19S), средномолекулярные (11S-19S) и мелкомолекулярные (<11S) фракции иммунных комплексов, содержание которых вычисляли в % и в г/л.

Статистическую обработку полученных результатов исследования осуществляли на персональном компьютере Intel Pentium III 800 с помощью многофакторного дисперсионного анализа с использованием пакетов лицензионных программ Microsoft Office 97, Microsoft Excel Stadia 6.1 / prof и Statistica [7].

Результаты и их обсуждение

В результате проведенных клинических наблюдений было установлено, что к наиболее ха-

рактерным жалобам у больных СПЭВ относились: общая слабость и недомогание, головные

боли, усиливающиеся при умственной нагрузке профессионального характера, напряжение мышц шеи и спины, чувство их скованности; практически у всех обследованных отмечалась также эмоциональная нестабильность, неустойчивость и частые смены настроения, сниженная работоспособность и плохой аппетит. Среди ча-

стных жалоб были также диффузная головная боль, головокружение.

Проведенные исследования показали, что у больных СПЭВ отмечалось повышение уровня ЦИК – в среднем в 1,62 раза по отношению к норме в основной группе и в 1,57 раза по сравнению с группой сопоставления (табл. 1).

Таблица 1

Уровень ЦИК и их молекулярный состав у больных СПЭВ до начала лечения (M±m)

Лабораторные показатели	Норма	Группы обследованных больных		P
		основная (n=65)	сопоставления (n=69)	
ЦИК, г/л в том числе: (>19S), % г/л	1,88±0,03	3,05±0,12***	2,96±0,11***	>0,1
	44,5±2,3	34,5±2,0**	35,8±2,1**	>0,1
	0,84±0,04	1,05±0,06**	1,06±0,06**	>0,1
(11S-19S), %	30,5±2,0	38,2±2,1**	37,4±1,8**	>0,1
	г/л	0,57±0,04	1,17±0,06***	1,11±0,05***
(<11S), %	25,0±1,6	27,3±1,7**	26,8±1,8**	>0,1
	г/л	0,47±0,03	0,83±0,05***	0,79±0,05***

Примечание: критерий P вычислен между аналогичными показателями основной группы и группы сопоставления, вероятность различий относительно нормы * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001.

Молекулярный состав ЦИК у обследованных характеризовался повышением как относительного, так и абсолютного содержания среднемолекулярных иммунных комплексов, (11S-19S) а также фракции низкомолекулярных (<11S) ЦИК. Так, в основной группе средний показатель абсолютного содержания а также фракции среднемолекулярных ЦИК составил 1,17±0,06 г/л,

что в 2,1 раза выше нормы; в группе сопоставления – 1,11±0,05 г/л, т.е. в 2 раза выше нормы (P<0,01). Соответственно этому средняя концентрация низкомолекулярных (<11S) ЦИК в основной группе в 1,8 раза выше нормы, в группе сопоставления – в 1,7 раза, т.е. соответственно 0,83±0,05 г/л и 0,79±0,05 г/л при норме 0,47±0,03 г/л (P<0,01).

Таблица 2

Уровень ЦИК и их молекулярный состав у больных СПЭВ после завершения лечения (M±m)

Лабораторные показатели	Норма	Группы обследованных больных		P
		основная (n=65)	сопоставления (n=69)	
ЦИК, г/л в том числе: (>19S), %	1,88±0,03	2,02±0,08	2,44±0,09**	<0,05
	44,5±2,3	43,2±1,8	38,2±1,6**	<0,05
	г/л	0,84±0,04	0,87±0,04	0,93±0,04*
(11S-19S), %	30,5±2,0	30,6±1,8	36,2±1,6*	=0,05
	г/л	0,57±0,04	0,62±0,04	0,88±0,04**
(<11S), %	25,0±1,6	26,2±1,5	25,6±1,4	>0,01
	г/л	0,47±0,03	0,53±0,03	0,63±0,03**

Примечание: критерий P вычислен между аналогичными показателями основной группы и группы сопоставления, вероятность различий относительно нормы * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001.

В основной группе больных параноидной шизофренией к моменту завершения курса лечения, уровень ЦИК снизился до верхней границы нормы и составил в среднем по группе 2,02±0,08 г/л. В этот период в группе сопоставления уровень ЦИК равнялся в среднем

2,44±0,09 г/л, т.е. был в 1,3 раза выше нормы (P<0,05). Как видно из таблицы, молекулярный состав ЦИК в основной группе на момент завершения курса энтеросорбции и иммунореабилитации нормализовался как в плане соотношения фракций различной молекулярной массы,

так и в отношении их абсолютного содержания. В то же время в группе сопоставления, которая лечелась общепринятыми средствами, несмотря на некоторую тенденцию к снижению среднемолекулярной фракции, ее содержание оставалось достоверно выше показателя нормы ($P < 0,05$).

Таким образом, полученные данные позволяют считать, что применение комбинации ПО и галавита в комплексной терапии больных со СПЭВ патогенетически оправдано и целесообразно, поскольку позволяет обеспечить нормализацию уровня ЦИК и их молекулярного состава.

Выводы

1. Для больных СПЭВ характерно наличие астено-невротической или астено-депрессивной симптоматики в виде общей слабости и недомогания, диффузных головных болей, усиливающихся при умственной нагрузке профессионального характера, напряжения мышц шеи и спины, чувства их скованности; выраженной эмо-

циональной нестабильности, неустойчивости и частых смен настроения, снижения работоспособности.

2. Для большинства больных СПЭВ установлено нарушение иммунного гомеостаза в виде существенного повышения уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови, особенно за счет наиболее патогенных (токсигенных) средне- (11S – 19S) и мелкомолекулярных (<11S) фракций.

3. Включение комбинации иммуномодуляторов ПО и галавита в комплекс лечебных средств у больных СПЭВ оказывает взаимопотенцирующий эффект для обоих препаратов, что обеспечивает восстановление иммунологического гомеостаза, в частности снижение уровня ЦИК в сыворотке крови и нормализацию их молекулярного состава.

4. Полученные данные позволяют считать целесообразным и клинически перспективным включение комбинации ПО и галавита в комплекс лечебных средств у больных СПЭВ.

I.I. Kutko, V.M. Frolov, G.S. Rachkauskas, M.O. Peresadin

ЕФЕКТИВНІСТЬ ПОЛІОКСИДОНІУ І ГАЛАВІТА ПРИ СИНДРОМІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ ТА ЇХНІЙ ВПЛИВ НА ІМУННІ ПОКАЗНИКИ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України, Луганський державний медичний університет, Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня

Для хворих СПЕВ характерне порушення імунологічних показників, що характеризується підвищенням рівня ЦІК у сироватці крові за рахунок найбільш патогенних середньо- та дрібномолекулярних фракцій. Включення комбінації поліоксидонію та галавіту в комплекс лікувальних засобів у хворих СПЕВ забезпечує відновлення імунологічного гомеостазу, що дозволяє рекомендувати включення даних препаратів в лікувальний комплекс при СПЕВ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 49-53).

I.I. Kutko, V.M. Frolov, G.S. Rachkauskas, M.O. Peresadin

EFFICIENCY OF POLYOXIDONIUM AND GALAVITUM AT THE BURN-OUT SYNDROME: INFLUENCE ON THE IMMUNE PARAMETERES

Institute of neurology, psychiatry and narcology of the AMS Ukraine, Lugansk state medical university, Lugansk regional clinical psychoneurology hospital

For patients there with burn-out syndrome characteristic violation of immunological indexes, that is characterized by the increase of the level CIC in the whey of blood due to the most pathogenic average- and smallmolecular factions. Including of combination of polyoxidonium and galavitum in the complex of treatment at the patients burn-out syndrome provides renewal of immunological homeostasis, that allows to recommend including of these preparations in a medical complex at burn-out syndrome. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 49-53).

Литература

1. Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении. — СПб.: Питер, 1999. — 216 с.
2. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. — СПб.: Питер, 2005. — 336 с.
3. Галавит. Клиническое использование и механизмы действия. — М.: Арг-лестница, 2003. — 109 с.
4. Галавіт: інструкція для медичного застосування препарату / Затверджена 14.03.05 Наказом МОЗ України №106.
5. Дьяконова В.А., Климова С.В. Взаимодействие полиоксидония с клетками периферической крови человека // Аллергия, астма и клиническая иммунология. — 2001. — №7. — С. 68.
6. Кузнецова Л.В., Фролов В.М., Высочин Е.В. Полиоксидоний — иммуномодулирующий препарат нового поколения // Украинский медицинский альманах. — 2007. — Том 10, №2. — С. 195 — 201.
7. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Основные принципы применения статистических методов в клинических испытаниях. — Киев: Морнион, 2002. — 160 с.
8. Лукьянов В.В. Синдром эмоционального «выгорания» и механизмы психологической защиты у психиатров-наркологов // Наркология. — 2007. - № 3. — С. 47 — 51.
9. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический

журнал. – 2001. – Т. 2, №1. – С. 23-26.

10. Петров Р.В., Хаитов Р.М., Некрасов А.В. и др. Полиоксидоний -иммуномодулятор последнего поколения: итоги трехлетнего клинического применения // Аллергия, астма и клиническая иммунология. – 1999. – №3. – С. 3-6.

11. Пинегин Б.В., Некрасов А.В., Хаитов Р.М.. Иммуномодулятор полиоксидоний: механизмы действия и аспекты клинического применения // Цитокины и воспаление. – 2004. – Т. 3, № 3. – С. 41-47.

12. Пинегин Б.В., Ильина Б.В., Латышева Т.В. и др. Клинические аспекты применения иммуномодулятора полиоксидония: Методическое пособие для врачей. – М., 2004. – С. 23

13. Применение галавита при лечении больных с пограничными психическими расстройствами / В кн.: Александровский Ю.А., Чехонин Ю.П. Клиническая иммунология пограничных психических расстройств. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – С. 210 – 235.

14. Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. – 2002. – Т.2, № 3. – С.

18-25.

15. Форманюк Т.В. Синдром «эмоционального сгорания» как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. – 1994. – № 6. – С. 36-42.

16. Фролов В.М., Пересадин Н.А., Кутько И.И. Синдром психоэмоционального выгорания: иммунные нарушения и рациональные подходы к иммунокоррекции // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наукових праць. – Київ; Луганськ; Харків, 1993. – Вип. 1. – С. 216-232.

17. Хаитов Р.М, Пинегин Б.В. Полиоксидоний: новые аспекты применения // Новые лекарства. – 2003. – №3. – С. 21 – 24.

18. Юрьева Л.Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников (формирование, профилактика, коррекция). – Киев: Сфера, 2004. – 272 с.

19. Dick M.J. Burnout in doctorally prepared nurse faculty // Journal of Nursing Education. – 1992. – V. 31. – P. 341-346.

20. Freudenberger H. J. Staff burn – out // Journal of Issues. – 1974. – V. 30. – P. 159-165.

Поступила в редакцию 11.02.2008

УДК 616.89 -008.442.4: (618.177 – 06: 618.12 – 002 – 036.1)

*С.Б. Лях***ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО И СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПРИ АНАНКАСТНОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У МУЖЧИН.**

Центр акушерства, гинекологии и репродуктологии г. Сумы

Ключевые слова: ананкастное расстройство личности, психосексуальное, соматосексуальное развитие, девиации психосексуального развития

Психосексуальное и соматосексуальное развитие являются важнейшими компонентами онтогенеза психической и сексуальной сферы [1, 2].

Известно, что нарушения сексуального поведения чаще всего являются следствием нарушения общего психического, психосексуального и соматосексуального развития.

В современных медицинских исследованиях и клинической практике все больше внимания уделяется изучению индивидуальных особенностей психического и полового развития при различных типах расстройств личности у мужчин [1,3,4].

Индивидуальное психосексуальное и соматосексуальное развитие, отличаясь достаточной вариабельностью в темпах и сроках появления отдельных клинических признаков приводит к неоднозначным изменениям индивидуально-психологических особенностей личности и, в общем, и сексуальном поведении [1,2,3,4,6,7,8].

Дисгармоничное половое созревание [1,2,4] достаточно часто является основой формирования акцентуированных черт характера [4, 7] и становится благоприятной почвой для формирования и закрепления дезадаптивных форм поведения, сексуально-поведенческой и сексуально-психологической дезадаптации [7,8].

Целью настоящей работы было изучение особенностей психосексуального и соматосексуального развития при ананкастном расстройстве личности у мужчин.

Работа выполнена в соответствии с планом научных исследований Харьковской медицинской академии последипломного образования «Профилактика нарушений сексуального здоровья» (№ государственной регистрации 0103U004036).

Во всех супружеских парах у мужей наблюдалось ананкастное расстройство личности.

Под наблюдением находилось 93 супружеские пары, обратившиеся за психотерапевтической

кой и сексологической помощью.

Во всех супружеских парах у мужей наблюдалось обсессивно-компульсивное расстройство.

Преобладающее большинство пациентов – 67 (72±5%) были в возрасте от 23 до 30 лет, 15(16±4%) - в возрасте 31-40 лет, остальные 11 человек (12±4%) – 41- 45 лет. В основном мужья и жены относились к одной возрастной группе, за исключением 6 супружеских пар, в которых жены были в возрасте на 10-15 лет моложе своих мужей (все эти супруги состояли во втором браке).

Среди находившихся под наблюдением супружеских пар были выделены две группы. В первую вошла 61 (66±5%) супружеская пара с первичной сексуальной дезадаптацией супругов, во вторую – 32(34±5%) супружеские пары, в которых у супругов отмечалась первичная социально-психологическая дезадаптация.

Проводились клиничко-психопатологическое, специальное сексологическое исследование с использованием углубленного изучения специального сексологического анамнеза и статистическая обработка полученных данных.

При изучении соматического состояния у мужчин не было выявлено заболеваний, которые могли бы отрицательно влиять на сексуальную функцию, за исключением застойного простатита, диагностированного у 17±4% человек, развившегося в результате нерегулярной половой жизни и могущего несколько ослабить их потенцию.

Изучение особенностей соматосексуального развития обследованных в ходе специального сексологического исследования показало, что сравнительно небольшое число из них – 14 мужчин (15±3%) и 9 женщин (10±3%) в обеих группах развивались ускоренно, опережая своих сверстников в росте, массе тела и физической силе примерно на 1,5-2 года. 10 мужчин (11±3%)

и 8 женщин (9±3%) несколько отставали в физическом развитии, были более слабыми. Приблизительно у 1/3 обследованных и у 76 женщин (82±4%) – темпы соматосексуального развития были нормальными, и по своему физическому развитию не отличаясь от сверстников.

Результаты изучения темпов соматосексуального развития больных и их жен представлены в табл. 1.

Из данных таблицы видно, что нарушения темпов полового развития у мужчин встречалось чаще, чем у их жен. Особенно часто у мужчин отмечалось дисгармоничное половое созревание

37 (40±5%). На втором месте у мужчин было ускоренное соматосексуальное развитие 14 (15±4%). Оно характеризовалось ранним пробуждением либидо (к 9 – 10 годам), и ранним развитием вторичных половых признаков.

При дисгармоничном характере соматосексуального развития была нарушена последовательность появления признаков полового созревания. Если у одних пациентов вторичные половые признаки были сформированы к 13 – 15 годам, а появление сексуальных интересов и первые поллюции отмечались в 16 – 17 лет, то у других отмечалась обратная зависимость.

Таблица 1

Характеристика темпов соматосексуального развития обследованных супругов

Темп развития	Группы супружеских пар				Всего, n=93	
	первая, n=61		вторая, n=32		абс. ч	%
	абс. ч	%	абс. ч	%		
Ускоренный	$\frac{9}{5}$	$\frac{10\pm3}{5\pm2}$	$\frac{5}{4}$	$\frac{5\pm2}{4\pm2}$	$\frac{14}{9}$	$\frac{15\pm4}{10\pm3}$
Замедленный	$\frac{7}{5}$	$\frac{8\pm3}{5\pm2}$	$\frac{3}{3}$	$\frac{3\pm2}{3\pm2}$	$\frac{10}{8}$	$\frac{11\pm3}{9\pm3}$
Дисгармоничный	$\frac{27}{-}$	$\frac{29\pm5}{-}$	$\frac{10}{-}$	$\frac{11\pm3}{-}$	$\frac{37}{-}$	$\frac{40\pm5}{-}$
Нормальный	$\frac{18}{51}$	$\frac{19\pm4}{5\pm5}$	$\frac{14}{25}$	$\frac{15\pm4}{27\pm5}$	$\frac{32}{76}$	$\frac{34\pm5}{82\pm4}$

Примечание. В числителе – количество мужчин, в знаменателе - число женщин, данные в %. То же и в последующих таблицах.

Полученные нами в ходе изучения параметров и сроков соматосексуального развития не совпадают с данными при проведении аналогичных исследований А.Н.Скрипниковым [10] согласно которым, основным типом нарушения явился задержанный характер соматосексуального развития. При изучении особенностей соматосексуального развития при ананкастном расстройстве личности у мужчин с использованием специального сексологического анамнеза удалось установить, что пробуждение платонического компонента полового влечения у мужчин отмечалось в возрасте 6-7 лет – 11±3%; 7-8 лет – 43±5%. У остальных обследованных становление платонического компонента либидо приходилось на возраст ранее 6 лет. Становление эротического компонента либидо у мужчин

отмечалось в возрасте: 9-10 лет – у 14±4%; 10-11 лет – у 47±5%; 11-12 лет – у 25±5%. Формирование сексуального компонента полового влечения завершалось в 12-13 лет у 24±4%, 13-14 лет у 41±5% обследованных. Возраст первого семяизвержения был соответственно – 11-12 лет у 9±3%; 13-14 лет – у 35±5% и 14-15 лет – у 38±5% обследованных.

Первые сексуальные интересы, любопытство, направленное на половые признаки, сексуальные игры у 9 (10±3%) мужчин и 5 (5±2%) женщин проявлялись уже в 5 – 7 – летнем возрасте; у 20 (22±4%) мужчин и 33 (35±5%) женщин – в 10 – 15 лет; у 64 (69±5%) мужчин и 55 (59±5%) женщин – в 15 – 19 – лет.

Ранняя (допубертатная) мастурбация наблюдалась у 7 (8±3%), юношеская – у 33 (35±5%)

обследованных; у их жен соответственно у 5 (5±2%) и у 34 (36±5%).

Следует отметить, что 32±5% обследованных вообще в силу убежденности в неправильности такого вида сексуального удовлетворения присутствующему типу расстройства личности перфекционизму отрицали сам факт наличия мастурбации.

В большинстве случаев (63±5%) регулярную половую жизнь обследованные начали в возрасте 20-23 лет; переход в условно-физиологический ритм у 73±5% супружеских пар наступил через 2-3 года после начала регулярной половой жизни. Этот феномен по нашим наблюдениям также объясняется убежденностью и стремлением во всем следовать правилам, порядку, присутствующим мужчинам с изучаемым типом расстройства личности.

Изучение общего психического развития находившихся под нашим наблюдением супругов показало, что они в большинстве случаев не отставали в своем психическом развитии от сверстников. Учиться в школе все обследованные начали своевременно, но интерес к учебе проявляли избирательно.

Интересы, стремления, эмоциональные реакции, характерологические черты, а также поведение обследованных пациентов в препубертатный и пубертатный периоды имели ряд особенностей. Еще в детском возрасте для них были характерны чрезмерная добросовестность, склонность к различного рода сомнениям, некоторая прямолинейность. Такие дети были достаточно чувствительны к игнорированию их мнения, склонны к чрезмерной детализации, в их поведении усматривалась тенденция к соблюдению порядка, приверженность и стремление в любой ситуации поступать по правилам, озабоченность деталями, чрезмерная склонность к сомнениям, нередко сочетающаяся с безапелля-

ционной категоричностью суждений, которые, как правило, мешали поддерживать нормальные отношения в семейном окружении и со сверстниками.

Указанные особенности личности с возрастом имели отчетливую тенденцию к усилению. В подростковом периоде в отличие от своих сверстников они становились более консервативными и ригидными. Поведенческие стереотипы у таких подростков сопровождалась соответственно повтором действий, навязчивыми ритуалами мытья, очищения. Весьма часто они старались избегать какого-либо сравнения. Эти расстройства постепенно принимали монофазный характер с отчетливой фиксацией на obsessивных переживаниях с кем-нибудь из своих сверстников. Генерализация и систематизация психических и поведенческих расстройств реализовались путем усиления ассоциаций, вызываемых окружающими предметами. Весьма часто устрашающие представления вызывали ранние индифферентные объекты, которым пациенты теперь приписывали еще и фантастические свойства.

Ведущими патохарактерологическими проявлениями у наших пациентов были осторожность, озабоченность деталями, стремление к совершенству, повышенная педантичность в сочетании с ригидностью и упрямством, появлением настойчивых и нежелательных мыслей и влечений.

Среди супругов наших пациентов почти у половины были выявлены акцентированные черты характера: истероидного – у 20 (22±4%), тревожно-мнительного – у 15 (16±4%) и астено-невротического типа у 10 (12±4%) обследованных, что также не способствовало развитию продуктивного межличностного контакта и сохранению семейной адаптации.

Результаты изучения темпов психосексуального развития супругов приведены в табл. 2.

Таблица 2

Характеристика темпов психосексуального развития супругов

Развитие	Группы супружеских пар				Всего, n=93	
	первая, n=61		вторая, n=32			
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%
Преждевременное	21	34±6	10	16±5	31	33±5
	5	8±4	4	12±6	9	10±3
Задержанное (ретардация)	12	20±5	10	16±5	22	24±4
	6	10±4	8	25±8	14	15±4
Нормальное	28	46±6	12	38±9	40	43±5
	50	82±5	20	61±9	70	75±5

Несмотря на то, что у значительной части наблюдений (43±5%) темпы психосексуального развития были нормальными, наличие преждевременного (33±5%) и ретардированного (24±4%) психосексуального развития в препубертатном и пубертатном возрасте, придавая всему процессу психосексуального развития характер дисгармоничного, что приводило к нарушению процесса коммуникации с представителями противоположного пола, формированию и закреплению заместительных и суррогатных форм сексуальной активности.

Формирование полового самосознания, осознание своей половой принадлежности и ее необратимости произошло в 2 года у 7 (18±4%) мужчин первой и 3 (9±5%) – второй группы; в 3 года – у 45 (74±6%) мужчин первой и у 24 (75±8%) – второй группы; в 4 года – соответственно у 9 (15±5%) и у 5 (16±7%) мужчин.

По данным изучения специального сексологического анамнеза этап формирования полового самосознания проходит у обследованных с запаздыванием на 1-3 года у 9 (10±3%) из общего числа обследованных. Внешне это проявлялось в запаздывании интереса к половым различиям у сверстников и взрослых, к собственным половым признакам и условно-сексуальным играм, требующим различения своей принадлежности к соответствующему полу. В возрасте 5-6 лет у 9

(10±3%) обследованных отмечается транзиторно проявляющийся феномен утраты осознания собственного пола. Это проявлялось в том, что мальчики начинали ощущать себя девочками, соответствующим образом себя вели и упорно откликались только на выбранные или придуманные ими самими женские имена. Такое состояние длилось от нескольких дней до двух недель.

У (75±5%) женщин темпы психосексуального развития были нормальными.

При сопоставлении темпов соматосексуального и психосексуального развития у большинства мужчин первой и половины – второй группы были обнаружены асинхронии полового созревания, которые представлены в табл. 3.

Как видно из данных таблицы 3, наиболее частыми в обеих группах обследованных были сложные асинхронии у мужчин. Сложные асинхронии характеризовались сочетанием ускоренного соматосексуального и ретардацией психосексуального развития или наоборот. Этот вариант асинхронного психосексуального развития у мужчин с ананкастным расстройством личности наблюдался в обеих клинических группах с первичной сексуальной и социально-психологической дезадаптацией.

У женщин асинхронии полового созревания встречались гораздо реже и в основном простые и сочетанные.

Таблица 3

Асинхронии полового развития супругов

Группа супружеских пар	Асинхронии						Всего, n=93	
	Простые		Сочетанные		Сложные		абс. ч	%
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%		
Первая, n=61	<u>2</u>	<u>3±2</u>	<u>10</u>	<u>16±5</u>	<u>23</u>	<u>38±6</u>	<u>35</u>	<u>38±5</u>
	3	5±3	3	5±3	2	3±2	8	9±3
Вторая, n=32	<u>1</u>	<u>3±3</u>	<u>4</u>	<u>12±6</u>	<u>7</u>	<u>22±7</u>	<u>12</u>	<u>13±4</u>
	2	6±4	2	6±4	-	-	4	4±2

На этапе формирования психосексуальных ориентаций дефекты развития на предыдущих этапах становились наиболее заметными. Эмоциональная неадекватность, неспособность и нежелание войти в мир другого, отсутствие практических навыков в выражении собственных чувств, подозрительность, конфликтность, трудность общения, особенно с лицами противоположного пола, в большинстве случаев приводили к возникновению сексуальных девиаций.

О девиациях психосексуального развития можно судить по данным, приведенным в табл. 4.

Примечание: из сексуальных девиаций у мужчин активный флагелланнизм (получение удовольствия при бичевании женщины), несколько реже садизм и копрофемиа (получение удовольствия при произнесении бранных, нецензурных слов и выражений), сексуальная девиация (мазохизм) отмечались в единичных случаях практически одинаково часто среди мужчин

и женщин в обеих группах. Наиболее часто встречающийся в наших исследованиях активный флягелланнизм был связан с убежденнос-

тью мужчин с изученным типом расстройства личности в неправильном поведении женщины, сомнениях в ее супружеской верности.

Таблица 4

Характеристика девиаций психосексуального развития супругов

Показатель	Группы супружеских пар				Всего, n=93	
	первая, n=61		вторая, n=32			
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%
Полоролевое поведение						
Нормальное						
Маскулинное	3	5±3	2	6±4	5	5±2
Фемининное	40	66±5	27	84±6	67	72±5
Гиперролевое						
Гипермаскулинное	7	11±4	1	3±3	8	9±3
Гиперфемининное	11	18±5	2	6±4	13	14±4
Трансформация						
Патологическое						
Гиперролевое поведение						
Садизм	5	8±4	3	9±5	8	9±3
Копрофемия	7	11±4	3	9±5	10	11±3
Активный флягелланнизм	13	21±5	8	13±4	21	22±4
Мазохизм	3	5±3	1	3±3	4	4±2
	2	3±2	1	3±3	3	3±2

Таким образом, проведенное исследование показало, что у подавляющего большинства мужчин имелись нарушения полового созревания, главным образом, дисгармоничное соматосексуальное развитие. Нарушения темпа психосексуального развития отмечались у большинства, а девиации - у всех мужчин. У 1/3 мужчин с ананкастным расстройством личности наблюдалось преждевременное психосексуальное развитие и у (22±4%) – задержанное. Дисгармоничный характер соматосексуального развития заключался в нарушении последовательности появления при-

знаков полового созревания. Более чем у половины из них имели место асинхронии полового созревания, главным образом сложные.

Полученные данные анализа особенностей психосексуального и соматосексуального развития при изучаемом типе расстройства личности подтверждают необходимость проведения среди детей и подростков соответствующих психокоррекционных мероприятий, препятствующих усилению и заострению патохарактерологических черт и развитию социальной и межличностной дезадаптации.

С.Б. Лях

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО І СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ЗА АНАНКАСНОГО РОЗЛАДУ ОСОБИСТОСТІ У ЧОЛОВІКІВ

Центр акушерства, гінекології і репродуктології м.Суми.

Вивчені особливості психосексуального та соматосексуального розвитку за ананкастного розладу особистості у чоловіків. Досліджено становлення сексуальності, роль соматогенних, психогенних і соціогенних факторів у психосексуальному та соматосексуальному розвитку за ананкастного розладу особистості. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 54-59).

**FEATURES PSYCHOSEXUAL AND SOMATOSEXUAL DEVELOPMENTS AT ANANKASNY
FRUSTRATION OF THE PERSON AT MEN**

The center of obstetrics, gynecology and reproductology Sumy

Features psychosexual and somatosexual developments are investigated at anankasny frustration of the person at men.

The role somatogenic, psychogenic and sociogenic factors in psychosexual and somatosexual development is shown at the given pathology.(The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 54-59).

Литература

1. Маслов В.М., Ботнева И.П., Васильченко Г.С. Девиации психосексуального развития: Справочник. Сексопатология. – М.: Медицина, 1990. – С. 405-436.
2. Скородок Л.М., Савченко О.Н. Нарушения полового развития у мальчиков. – М.: Медицина, 1984. – С. 237.
3. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576с.
4. Луценко А.Г. Асинхронии психосексуального развития – Харьков: Основа, 1996.-207 с.
5. Имшенецкая Л.П. Сексуальные расстройства у мужчин // Сексол. и андрол. – Киев, 1997. – С.176- 210.
6. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Эйдемиллера. – Спб.: Речь, 2005. – 1120с.
7. Васильченко Г.С., Дейнега Г.Ф., Решетняк Ю.А. Принципы диагностики расстройств психической составляющей // Сексопатология / Под ред. проф. Васильченко Г.С. – М., 1983 – Т.2. – С. 9-13.
8. Коломиец В.П., Подшивалов К.В. Влияние акцентуаций характера мужчин на формирование сексуально-психологической дисгармонии // Пробл. совр. сексол. и сексопатол.: Сб. матер., науч.- практ. конф. сексопатологов. – М., 1996.- С.39-40.
9. Келли Гари Ф. Основы современной сексологии // Пер. с англ. – СПб: Питер, 2000.- 896 с.
10. Скрипніков А.М. Порушення здоров'я сім'ї при розладі особистості у чоловіків. – Харків: Основа, 2001. – 274 с.

Поступила в редакцию 4.10.2008

УДК 616.85-051:78:371.1

*В.А. Абрамов, О.И. Осокина, А.К. Бурцев***УРОВЕНЬ САМОАКТУАЛИЗАЦИИ У МУЗЫКАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: самоактуализация, невротические расстройства, музыкально-педагогические работники.

Адаптация к профессиональной деятельности является важным аспектом психического здоровья трудящихся и зависит от ряда психодиагностических характеристик, определяющих уровень эмоционального напряжения, устойчивость к стрессу, энергетический потенциал, особенности микросоциального взаимодействия и степень адекватности межличностных взаимоотношений [1,2]. В некоторых работах [3-8] проанализирована роль самоактуализации и эмоционального выгорания в возникновении психической дезадаптации в педагогической профессии, причем выгорание авторами рассматривалось как неотъемлемое явление в рамках самоактуализации. Как известно, и педагогическая, и музыкальная деятельность относятся к творческому труду, а самореализация личности наиболее полно проявляется именно через создание творческих продуктов [9]. Актуальность изучения самоактуализации у музыкально-педагогических работников с невротическими расстройствами связана с данными о том [3,9,10], что невро-

тические личности значительно меньше склонны к самоактуализации, так как контролируют свои эмоции и поступки, подавляют свои чувства и желания, борются со своей природой, менее склонны к проявлению своих потенциальных возможностей, а при наличии у человека невротических симптомов – своего рода «лечением» считалась именно самоактуализация или самопостижение. Кроме того, некоторые исследователи отмечали значительно меньшую подверженность самоактуализированных личностей эмоциональному выгоранию, которое в известной мере, присуще лицам «помогающих» профессий [11] и способствует развитию невротических проявлений. Целью нашего исследования было изучение уровня самоактуализации у музыкантов-педагогов с невротическими расстройствами. Знание этого аспекта позволяет определить роль самоактуализации в развитии невротического процесса и помогает психотерапевту наметить пути при осуществлении психокоррекционных вмешательств.

Материал и методы исследования

Основную группу составили 152 музыкально-педагогических работника в возрасте от 20 до 55 лет с невротическими расстройствами (из них 80 человек имели субклинический уровень расстройств (СНР), 72 человека – невротические расстройства клинически выраженные). Контрольную группу составили 116 здоровых, адаптированных музыкантов-педагогов. С целью исключения неврозоподобных состояний в настоящее исследование не включались лица с органической мозговой дисфункцией, а также имеющие хронические заболевания в период обострения, и лица старше 55 лет вследствие высокой вероятности развития у них атеросклеротических изменений.

Основными методами исследования были клиничко-анамнестический, клиничко-патопсихо-

логический (использовался опросник невровов Е. Александровича [14]), экспериментально-психологический (использовался стандартизованный опросник личностной ориентации (ЛиО) (Э. Шостром, 1963) в адаптации А.А. Руквишниковой (1996)[12]) и методы математической статистики (статистическая обработка полученных результатов проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [13]). Приводились значения медианного значения распределения признака (Me) и ошибка медианы (m). При сравнении более двух выборок между собой использовался метод множественных сравнений: дисперсионный анализ и метод множественных сравнений Шеффе, в случае нормального закона распределения или критерий Крускала-Уоллиса и критерий Данна, в слу-

чае отличия закона распределения от нормального. Во всех случаях проверки статистичес-

ких гипотез критический уровень значимости составлял 0,05.

Результаты исследования и их обсуждение

Под самоактуализацией понимается установка личности на развитие и полное раскрытие своих потенциальных возможностей, что является внутренней основой самореализации. Самореализация осуществляется в процессе сотрудничества с другими людьми, актах социального взаимодействия, в постановке социально значимых целей. Самоактуализация считается переходящим состоянием, однако, чем большее количество времени человек самореализовывает свои способности в общественно значимой деятельности, тем более самоактуализированной, более полноценной и зрелой личностью он считается. Самоактуализированная личность является наиболее компетентной во времени, живет по принципу «здесь и теперь», ее ориентации

на прошлое и будущее используются для решения текущих задач и связаны с целями настоящего.

Для оценки общего уровня самоактуализации нами исследовались средние значения основных шкал методики ЛиО (табл.1).

У музыкально-педагогических работников с невротическими расстройствами клинического уровня средние значения шкал Тс и I были ниже оптимальных величин (менее 50Т), характерных для самоактуализирующихся личностей, а при СНР показатель шкалы Тс соответствовал оптимальной величине (50Т-60Т), в то время как по шкале I – был ниже ее (менее 50Т), однако достоверных различий средних величин по данным шкалам выявлено не было ($p > 0,05$).

Таблица 1

Средние значения базовых шкал опросника ЛиО в исследуемых группах

Шкалы	СНР (Me±m)	Невротические расстройства (Me±m)	Контрольная группа (Me±m)	Уровень значимости различия (p)
Тс	51±1	38±1	54±2	$p_1 < 0,01^*$; $p_2 < 0,01^*$; $p_3 < 0,01^*$;
I	45±1	40±1	50±1	$p_1 < 0,01^*$; $p_2 > 0,05$; $p_3 < 0,01^*$;

Примечания: при проведении анализа использовался метод множественных сравнений (критерий Крускала-Уоллиса, критерий Данна); p_1 – достоверность различий средних значений показателей при невротических расстройствах и СНР; p_2 – достоверность различий средних значений показателей у музыкантов-педагогов с СНР и в контрольной группе; p_3 – достоверность различий средних значений показателей у музыкантов-педагогов с невротическими расстройствами и в контрольной группе. * – различия статистически значимы, при $p < 0,05$. Тс - шкала «временной компетентности»; I – шкала «направленности на себя».

В контрольной группе средние значения шкал ЛиО соответствовали показателям, характерным для взрослых самоактуализирующихся личностей (50Т-60Т), и достоверно превышали значения шкал Тс и I у музыкантов-педагогов с невротическими расстройствами ($p < 0,01$) и шкалы Тс у респондентов того же контингента с СНР ($p < 0,01$).

Учитывая то, что самоактуализация у одной и той же личности имеет свойство меняться во времени, то есть иногда личность внутренне направлена, иногда направлена на других, целесообразным было изучение баланса между внутренней и внешней направленностью, также как и между компетентностью и некомпетентностью во времени. С этой целью нами были рассчитаны и интерпретированы относительные оценки шкал «Времени» и «Опоры» в исследуемых профессиональных контингентах. Отношение Вре-

мени – есть отношение временной некомпетентности к временной компетентности (Тi/Тс). Отношение Опоры выражается как отношение ориентации на других к внутренней ориентации (О/И). Распределение респондентов изучаемых контингентов в зависимости от временной компетентности и внутренней направленности представлено в табл. 2.

Относительные оценки Времени рассматривались в следующих числовых интервалах: 1) более 1:3 – эти значения свидетельствовали о некомпетентном использовании времени, так соотношение 1:3 предполагало, что личность является некомпетентной 1/4 часть своего времени; 2) 1:6 – 1:3 - значения данного интервала свидетельствовали о тенденции личности к самоактуализации по показателю данной шкалы; 3) менее 1:6 – числовые значения в этом интервале были характерны для самоактуализирую-

щихся личностей, компетентно использующих свое время. Так, при соотношении 1:8 можно сказать, что личность является некомпетентной во времени 1 час из каждых 8 часов или 1/9 часть своего времени.

Относительные оценки Опоры рассматривались в следующих числовых интервалах: 1) бо-

лее 1:1,5 – свидетельствует о несамоактуализирующейся по показателю данной шкалы личности; 2) 1:2,5 – 1:1,5 – тенденция к самоактуализации в отношении внутренней направленности; 3) менее 1:2,5 – значения, предполагающие преимущественную направленность личности на себя, а не опору на внешние влияния.

Таблица 2

Распределение испытуемых в зависимости от относительных оценок шкал временной компетентности и внутренней направленности

Относительные шкалы и их значения		Основная группа				Контрольная группа (n=116)		Уровень значимости различия (p)
		СНР (n=72)		Невротические расстройства (n=80)				
		Абс.ч.	%±m%	Абс.ч.	%±m%	Абс.ч.	%±m%	
Тi/Tc	>1:3	12	16,7±4,4	45	56,3±5,5	4	3,4±1,7	<0,001
	1:6 – 1:3	27	37,5±5,7	30	37,5±5,4	46	39,7±4,5	
	<1:6	33	45,8±5,9	5	6,3±2,7	66	56,9±4,6	
О/И	<1:2,5	-	-	-	-	2	1,7±1,2	0,50
	1:2,5 – 1:1,5	2	2,8±1,9	2	2,5±1,7	6	5,2±2,1	
	>1:1,5	70	97,2±1,9	78	97,5±1,7	108	93,1±2,4	

Примечания: при проведении анализа использовался метод множественных сравнений (критерий с2, критерий Мараскуилло); относительные шкалы: Тi/Tc – отношение времени, О/И – отношение опоры.

В основной группе некомпетентными во времени были 45 человек (56,3±5,5%) с невротическими расстройствами клинического уровня, у 30 человек (37,5±5,4%) отмечалась тенденция к самоактуализации по данному показателю (Тi/Tc - в интервале 1:6 – 1:3) и 5 испытуемых (6,3±2,7%) были компетентными большую часть своего времени (Тi/Tc<1:6).

При СНР компетентными во времени были 33 человека (45,8±5,9%), тенденция к самоактуализации отмечалась у 27 испытуемых (37,5±5,7%), несамоактуализированными во времени были 12 человек (16,7±4,4%).

Более половины музыкантов-педагогов контрольной группы были компетентными во времени – 66 (56,9±4,6%), 4 (3,4±1,7%) – являлись некомпетентными во времени и 46 (39,7±4,5%) – имели тенденцию к самоактуализации по данному показателю шкалы.

Выявлены статистически значимые различия между группами по относительной шкале Тi/Tc

(p<0,001 по критерию с2). При проведении парного сравнения выявлены статистически значимые отличия по этому параметру между всеми подгруппами (p<0,05 по критерию с2).

В основной группе по относительной шкале О/И 78 (97,5±1,7%) музыкально-педагогических работников с невротическими расстройствами были ориентированы вовне (О/И>1:1,5), у 2 (2,5±1,7%) наблюдалась тенденция к самоактуализации в отношении выбора направленности. Среди музыкантов-педагогов с СНР опора на других отмечалась у 70 (97,2±1,9%) испытуемых, тенденция к самоактуализации по данному показателю – у 2 (2,8±1,9%) человек. Ни один из респондентов основной группы не был достаточно ориентирован на себя, чтобы считаться самоактуализированной личностью по шкале «Опоры».

В контрольной группе 2 (1,7±1,2%) здоровых музыканта-педагога были большую часть времени ориентированы на себя, что соответство-

вало понятию о самоактуализации, 108 (93,1±2,4%) человек были в большей степени ориентированы на других и 6 (5,2±2,4%) – находились на пути к самоактуализации по показателю данной шкалы.

Не было выявлено статистически значимого различия между группами по относительной шкале О/І (p=0,50 по критерию с2).

Временная компетентность и направленность на себя – являются основными характеристиками, присущими самоактуализирующейся личности. Компетентные во времени респонденты живут по принципу «здесь и теперь», их ориентация на прошлое и будущее используется для решения текущих задач и связана с целями настоящего. Они меньше обременены чувствами вины, сожаления и обиды от прошлого. Наличие у респондентов временной некомпетентности предполагает чрезмерную озабоченность прошлым и будущим в сравнении с настоящим, что мешает жить и решать проблемы настоящего. Ориентировка на прошлое включает чувство вины, раскаяния, сожаления, обвинения и обиды, а ориентация на будущее – жизнь идеалистическими целями, планами, ожиданиями, предсказаниями, страхами.

Респонденты с ориентацией на себя в большей степени направляются внутренней мотивацией, а не внешними влияниями, руководствуются внутренними побуждениями, являются более независимыми в своих решениях, свободными от ригидной приверженности социальным давлениям и ожиданиям. Респонденты с ориентацией вовне характеризуются сверхчувствительностью к мнениям других людей в вопросах внешней конформности, поиском одобрения со стороны окружающих, стремлением понравиться, что становится высшей целью. Главным контролирующим чувством внешненаправленных респондентов становится страх или тревога за колеблющиеся голоса авторитетов или равной группы, а манипуляции в форме обеспечения постоянного принятия себя в группе являются главным способом их отношений.

Для более глубокого исследования особенностей самоактуализации музыкально-педагогических работников с невротическими расстройствами, нами были изучены показатели подшкал методики ЛиО, каждая из которых измеряла концептуально важный элемент самоактуализации.

По большинству подшкал методики ЛиО более высокие значения показателей отмечались в

контрольной группе, в то время в основной группе – они были в большинстве своем ниже оптимального уровня (менее 50Т). У музыкантов с клинически выраженными невротическими расстройствами средний показатель подшкалы Sa (51±2Т) соответствовал оптимальной величине (50Т-60Т), а у респондентов с СНР оптимальные средние значения отмечались по подшкалам Sa (51±1,36Т), Nc (50±1Т) и С (51±2Т); показатели остальных подшкал в основной группе были ниже 50Т (табл. 3).

В основной группе значимые различия были выявлены по следующим подшкалам: «Ценность самоактуализации» - SAV (p<0,05); «Экзистенциальность» - Ex (p<0,01); «Природа человека» - Nc (p<0,05); «Принятие агрессии» - А (p<0,05).

Достоверные различия среди музыкантов-педагогов с невротическими расстройствами и здоровыми испытуемыми были обнаружены по подшкалам: «Ценность самоактуализации» - SAV (p<0,01); «Экзистенциальность» - Ex (p<0,05); «Реактивная чувствительность» - Fr (p<0,01); «Спонтанность» - S (p<0,01); «Самоуважение» - Sr (p<0,01); «Природа человека» - Nc (p<0,05); «Синергия» - Sy (p<0,05); «Способность к интимным контактам» - С (p<0,05). Наиболее значимыми среди респондентов основной группы с СНР и контрольной группой были различия по следующим подшкалам: «Реактивная чувствительность» - Fr (p<0,05); «Спонтанность» - S (p<0,05); «Самоуважение» - Sr (p<0,01); «Принятие агрессии» - А (p<0,05).

Профиль музыкально-педагогических работников с невротическими расстройствами клинического уровня характеризовался низкими средними значениями показателей всех подшкал методики ЛиО (менее 50Т), за исключением подшкалы Sa (51Т±2) (рис.1). Это предполагало наличие у респондентов низкого общего уровня самоактуализации, что проявлялось догматичностью, негибкостью поведения с ригидной приверженностью принципам и установленным стереотипам (подшкала Ex); незначительно выраженной чувствительностью к чувствам и нуждам других людей, низкой способностью к эмпатии (подшкала Fr); трудностями в установлении теплых, доверительных взаимоотношений, не обремененных ожиданиями и обязательствами (подшкала С); низкой самооценкой, самоуважением, неверием в свои силы, недооценкой собственной значимости и утратой в связи с этим субъективно хорошего самочувствия (подшкала Sr).

Средние значения показателей подшкал методики ЛиО у музыкантов-педагогов с невротическими расстройствами и в контрольной группе

Подшкалы	СНР (n=72) (Me±m)	Невротические р-ва (n=80) (Me±m)	Контрольная группа (n=116) (Me±m)	Уровень значимости различия (p)
SAV	47±1	44±1	50±1	$p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,05^*$ $p_3 < 0,01^*$
Ex	46±1	41±2	46±1	$p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,01^*$ $p_3 < 0,05^*$
Fr	40±1	40±1	46±1	$p_1 < 0,05^*$; $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,01^*$
S	45±2	44±1	51±1	$p_1 < 0,05^*$; $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,01^*$
Sr	43±1	45±1	52,5±1	$p_1 < 0,01^*$; $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,01^*$
Sa	51±1	51±2	51±1	$p_1 > 0,05$; $p_2 > 0,05$ $p_3 > 0,05$
Nc	50±1	49±1	50±1	$p_1 > 0,05$; $p_2 < 0,05^*$ $p_3 < 0,05^*$
Sy	48±1	46±1	52±1	$p_1 > 0,05$; $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,05^*$
A	41,5±1	46±2	46±1	$p_1 < 0,05^*$; $p_2 < 0,05^*$ $p_3 > 0,05$
C	51±2	48±1	51±1	$p_1 > 0,05$; $p_2 > 0,05$ $p_3 < 0,05^*$

Примечания: при проведении анализа использовался метод множественных сравнений (критерий Крускала-Уоллиса, критерий Данна); p_1 – достоверность различий средних значений показателей при СНР и в контрольной группе; p_2 – достоверность различий средних значений показателей при невротических расстройствах и СНР; p_3 – достоверность различий средних значений показателей при невротических расстройствах и в контрольной группе; * – различия статистически значимы, при $p < 0,05$. SAV – подшкала ценности самоактуализации; Ex – подшкала экзистенциальности; Fr – подшкала реактивной чувствительности; S – подшкала спонтанности; Sr – подшкала самоуважения; Sa – подшкала принятия себя; Nc – подшкала природы человека; Sy – подшкала синергии; A – подшкала принятия агрессии; C – подшкала способности к интимным контактам.

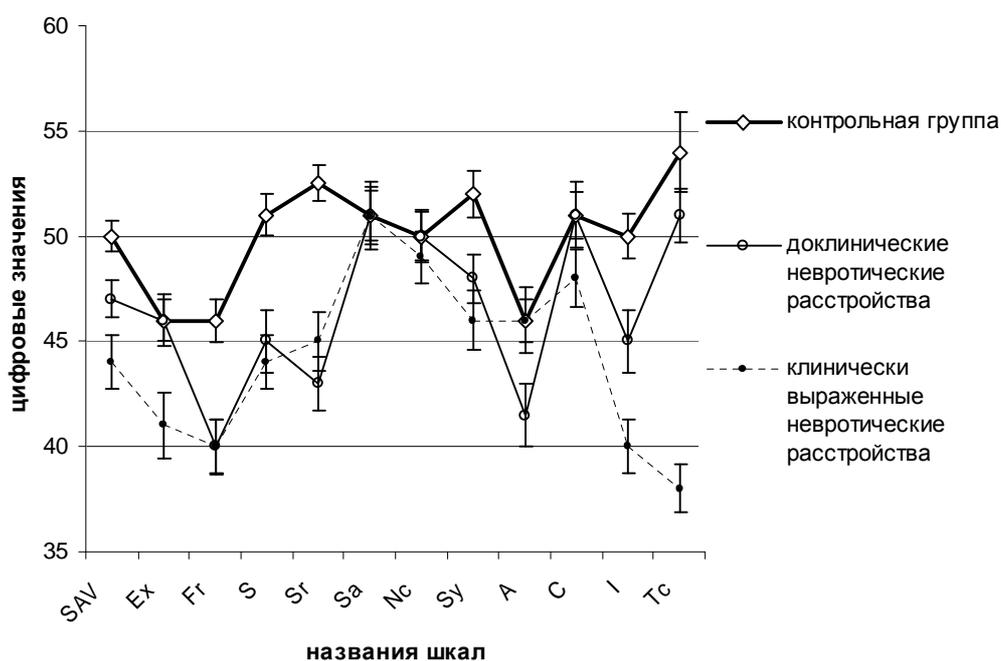


Рис. 1 Профили респондентов основной и контрольной групп по уровню самоактуализации. Указаны значения медианы признака и ошибки медианы

Несмотря на достаточный уровень самоактуализации по шкале Sa, свидетельствующий о принятии себя, несмотря на свои слабости и недостатки, респонденты с невротическими расстройствами в значительно меньшей степени разделяли ценности, характерные для самоактуализирующейся личности, по сравнению со здоровыми испытуемыми (подшкала SAV). Низкие значения подшкал A, Sy и S (менее 50Т) у музыкантов-педагогов с клинически выраженными невротическими расстройствами свидетельствовали об отрицании, непринятии, подавлении и избегании проявления таких чувств, как гнев, агрессия, страх, обида. Характерен повышенный уровень контроля за своими эмоциями, осторожность, умеренность во всем, боязнь выражать свои чувства в поведении, а также неспособность респондентов быть целостными в проявлении антагонистических чувств, превзойти дихотомию. Характерный для самоактуализации свободный выход эмоциональных реакций по «требованию» внешней ситуации, жестко контролировался несамоактуализирующимися личностями.

По мнению Э. Шострома [14], подобное отрицание нежелательных эмоций «...безусловно является невротическим симптомом, так как худшее, что можно сделать, испытывая гнев – подавить этот всплеск».

У испытуемых с невротическими расстройствами отмечались низкие значения шкалы Nc (менее 50Т), что предполагало непринятие в человеке доброго начала, видение внутренней «сердцевины» человека (потребностей, инстинктов) как изначально злой, требующей строгой цензуры и коррекции со стороны сознания. Это, безусловно, приводило к активному отвержению и подавлению своей внутренней, глубинной природы, что, по мнению многих авторов [9, 15], рано или поздно определяло развитие явных или скрытых форм психических болезней.

Профиль музыкально-педагогических работников с СНР характеризовался оптимальными значениями подшкал Sa, Nc и C (50Т-60Т) и низкими средними значениями по остальным подшкалам методики (менее 50Т) (см. рис. 1). Большое количество оценок, находящихся в диапазоне менее 50Т, позволило нам рассматривать профиль испытуемых с СНР, как профиль несамоактуализирующихся личностей. Это характеризовало их, как недостаточно спонтанных и открытых в проявлении своих чувств, особенно, если речь шла об отрицательных эмоциональных реакциях, таких, как гнев, агрессия.

Подавление неприемлемых для индивида эмоций приводило к нарастанию внутреннего аффективного напряжения, способствовало появлению и закреплению невротических симптомов с невозможностью их самоустранения. Переход СНР в клинически выраженные формы сопровождался повышенной уязвимостью и значительным истощением нервной системы, способность индивида сдерживать свои эмоциональные проявления снижалась, однако, вследствие продолжающегося непринятия индивидом «субъективно нежелательных» эмоций, возрастало чувство недовольства собой. Внимание респондентов больше уделялось своим проблемам и своему психологическому состоянию, отсюда – снижение способности испытуемых с СНР к сопереживанию, эмпатии. Характерными были заниженная самооценка, неуверенность в себе, что, однако, не отражалось в сфере межличностного взаимодействия на способности развивать широкие интимные отношения с людьми. Значение подшкалы Nc, отражающей самоактуализационную способность быть синергистом в понимании дихотомии в природе человека (мужественности и женственности, добра и зла, эгоистичности и бескорыстия, духовного и плотского), у музыкантов-педагогов с СНР соответствовало самой нижней границе оптимально установленной для самоактуализации величины (50Т±1). Выявленные низкие средние значения по подшкале Sy (48Т±1) свидетельствовали об отсутствии целостного принятия респондентами всех своих чувств, невозможность видения противоположностей жизни значимыми: так для данных испытуемых долг не мог превратиться в удовольствие, а удовольствие – в выполнение долга, призвание и профессия – не могут стать одним и тем же. На уровне внутриличностных механизмов понимания дихотомии, это проявлялось в осуществлении менее жесткой цензуры и более гибкого контроля со стороны эго над природными потребностями, что значительно снижало уровень тревожности. Кроме того, влияние суперэго становилось менее значимым в своем воздействии на эго, что находило свое отражение в направленности индивида на свои потребности, а не на потребности и мнения других. Последний факт находил свое отражение в преимущественном выборе самоактуализирующимися респондентами характеристик шкалы «Опоры на себя», а несамоактуализирующихся – «Опоры на других». Респонденты с СНР, также, как и с клинически выраженными невротическими расстройствами, в

значительно меньшей степени разделяли ценности самоактуализации, в отличие от респондентов контрольной группы.

В профиле здоровых, адаптированных музыкально-педагогических работников большинство средних значений показателей подшкал находилось в диапазоне 50Т-60Т, что позволяло считать их самоактуализирующимися личностями.

Таким образом, профиль самоактуализации личности музыкально-педагогических работников с невротическими расстройствами в отличие от показателей самоактуализации при субклинических нарушениях и здоровыми лицами характеризовался низкими средними значениями всех подшкал (меньше 50Т-балов), за исключением подшкалы «принятие себя». У 56,3±5,5% из них выявлено некомпетентное использование времени с неадекватной загруженностью проблемами прошлого и недостаточной реализацией своего потенциала в настоящем, и у 97,5±1,7% - отмечалась ориентация на мнение окружающих

с подавлением своей индивидуальности, чрезмерным контролем за эмоциональными проявлениями и поведением. Низкий уровень самоактуализации проявлялся негибкостью поведения, неспособностью к эмпатии, низкими самооценкой, самоуважением, трудностями при установлении доверительных взаимоотношений, непринятием своей эмоциональности, что приводило к нарастанию внутреннего напряжения и способствовало появлению невротических симптомов. Из вышесказанного следует вывод о необходимости осуществления психотерапевтических мероприятий, направленных на личностный рост по пути самоактуализации, включающий развитие временной компетенции и опоры на внутреннюю направленность, применительно к музыкантам-педагогам с невротическими расстройствами с лечебно-профилактической целью, а также здоровых лиц для повышения уровня стрессоустойчивости, сопротивляемости неблагоприятным факторам и профилактики эмоционального выгорания.

В.А. Абрамов, О.И. Осокіна, О.К. Бурцев

РІВЕНЬ САМОАКТУАЛІЗАЦІЇ У МУЗИЧНО-ПЕДАГОГІЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Робота присвячена вивченню рівня самоактуалізації в музично-педагогічних працівників з невротичними розладами шляхом проведення клініко-патопсихологічного дослідження. На підставі отриманих даних побудований профіль самоактуалізації особистості. Установлено, що рівень самоактуалізації в музично-педагогічних працівників з невротичними розладами характеризується більш низькими показниками, чим у здорових осіб того ж контингенту. Визначено поняття самоактуалізації, розглянута роль основних її складових у розвитку невротичного процесу. Зроблено висновок про необхідність проведення психотерапевтичних заходів з урахуванням рівня самоактуалізації при невротичних розладах у музично-педагогічних працівників. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 60-67).

V.A. Abramov, O.I. Osokina, A.K. Burtsev

LEVEL OF SELF-ACTUALIZATION AT MUSICAL-PEDAGOGICAL WORKERS WITH NEUROTIC DISORDERS

M. Gorky Donetsk national medical university

The given work is devoted the studying of self-actualisation at the musical-pedagogical workers with neurotic disorders by carrying out klinikal-patopsihological research. On the basis of the received data the profile of self-actualisation of the person was constructed. It was established, that level of self-actualisation at the musical-pedagogical workers with neurotic disorders is characterised by lower indicators, than at healthy faces of the same contingent. There was defined the concept of self-actualisation, and the role of its basic components in development of neurotic process was considered. We have done the conclusion on necessity of carrying out the psychotherapeutic actions according to self-actualisation level at the musical-pedagogical workers with neurotic disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 60-67).

Литература

1. Березин Ф.Б., Ланев А.И. Психофизиологические соотношения при пограничных состояниях и психосоматических расстройствах / Ф.Б. Березин, А.И. Ланев // Актуал. вопр. погран. психиатрии. — 1989. — Ч.1. - С. 18-19.

2. Бурцев А. К. Невротические расстройства у работников вычислительных центров (эпидемиология, клиника, динамика, ранняя диагностика и профилактика) : автореф. дис. на соиск. науч. степ. канд. мед. наук : 14.00.16 „Психиатрия” / А. К. Бурцев. — Х., 1996. — 26 с.

3. Агапова М. В. Социально-психологические аспекты эмоционального выгорания и самоактуализация личности : дис.

на соиск. науч. степ. канд. психол. наук : 19.00.05 / М. В. Агапова. — Ярославль, 2004. — 184 с.: ил. - Библиогр.: с. 137 - 150.

4. Ожигова Л. Н. Гендерная интерпретация самоактуализации личности в профессии : на материале педагогической профессии : дис. на соиск. науч. степ. канд. психол. наук : 19.00.07 / Л. Н. Ожигова. — Краснодар, 2000. — 196 с.: ил. - Библиогр.: с. 136 - 160.

5. Осипова Л. В. Роль профессиональной деятельности в самоактуализации современной женщины : дис. на соиск. науч. степ. канд. психол. наук : 19.00.01 / Л. В. Осипова. — СПб., 2004. — 264 с.: ил. - Библиогр.: с. 210 - 223.

6. Рыкова Б. В. Педагогические условия самоактуализации личности будущего учителя в процессе профессиональной подготовки : дис. на соиск. науч. степ. канд. пед. наук : 13.00.08 / Б. В. Рыкова. – Ставрополь, 1999. – 238 с.: ил. - Библиогр.: с. 156 - 165.
7. Горохова М. Ю. Роль личностного фактора в возникновении и развитии феномена «эмоционального выгорания» : дис. на соиск. науч. степ. канд. психол. наук : 19.00.07 / М. Ю. Горохова. – М., 2004. – 242 с.: ил. - Библиогр.: с. 182 - 196.
8. Семиздралова О. А. Профилактика эмоционального выгорания на ранних этапах профессионализации учителя : дис. на соиск. науч. степ. канд. психол. наук : 19.00.07 / О. А. Семиздралова. – М., 2007. – 186 с.: ил. - Библиогр.: с. 166 - 186.
9. Маслоу А. Самоактуализация / А. Маслоу // Психология личности. Тексты / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер. - М., 1982. - С. 53 - 67.
10. Ассаджолли Р. Психосинтез / Р. Ассаджолли. – М., 1994. – С. 24 - 96.
11. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2005. – 336 с.
12. Рукавишников А. А. Опросник личностной ориентации (ЛиО): Рук. – 2-е изд. / А. А. Рукавишников. - Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 1996. – 13 с.
13. Лях Ю. Е. Анализ результатов медико-биологической исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 2004. – Т. 8. - № 1. – С. 155 - 167.
14. Шостром Э. Человек-манипулятор / Э. Шостром. - М.: Изд-во ин-та психотерапии, 2004. - 192 с.
15. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / З. Фрейд. - СПб.: Азбука-классика, 2003. - 480 с.
16. Роджерс К. Клиентоцентрированный подход к терапии / К. Роджерс // Психотерапевтический журнал. – 1998. - №4. – С. 27-33.

Поступила в редакцию 9.09.2008

УДК 616.89-008.441.13-092.9-08:615.846

*В.И. Пономарев***НЕЙРОМЕДИАТОРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПАРОВ АЦЕТОНА У КРЫС ПУБЕРТАТНОГО ВОЗРАСТА И ЕЕ ПОДАВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПУЛЬСНЫХ ТОКОВ КРАЙНЕ ВЫСОКОЙ ЧАСТОТЫ И КРАЙНЕ НИЗКОЙ МОЩНОСТИ**

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: ацетон, биогенные амины, зависимость, сыворотка крови, головной мозг, крысы пубертатного периода, электромагнитные излучения.

Перспективным направлением исследований природы и механизмов патологического влечения подростков к «легким» наркотикам (алкоголь, курение, ацетон, клей «Момент» и др.) является создание реалистических моделей на лабораторных животных с последующим изучением на их основе особенностей не только нейроповеденческих реакций активности мозга, но и биохимических коррелятов развития зависимости [1].

Не менее важным является поиск безмедика-

ментозных методов избавления подростков от возникшей зависимости, к числу которых в последнее время относят использование слабых и сверхслабых полей и электромагнитных излучений [2].

Целью данной работы явилось исследование нейромедиаторных механизмов формирования зависимости от паров ацетона у крыс пубертатного возраста и ее подавления воздействием электромагнитных излучений сверхслабой интенсивности и сверхвысокой частоты.

Материалы и методы исследования

Работа выполнена на 36 белых беспородных крысах-самцах пубертатного возраста. Для эксперимента были отобраны животные строго одного возраста пубертатного периода, массы тела. Поведенчески крысы характеризовались умеренной двигательной активностью и низкой эмоциональностью в тесте «открытого поля». Подобный отбор позволил сформировать однородные группы животных с одинаковыми конституционными особенностями, которые практически однотипно реагировали на действие различных факторов.

Воздействие импульсными токами крайне высокой частоты и крайне слабой мощности осуществляли в течение 10 минут частотой импульсов 5 МГц, длиной волны от 1 мм и мощностью 0,5 мкВт/см² на протяжении 10 дней с использованием аппарата «Рамед эксперт» (ЭМИ КВЧ), разработанным Центром радиофизической диагностики и терапии НАН Украины, сертифицированным и разрешенным для применения в медицинской практике [3, 4].

Животные были разделены на 4 группы, по 9 в каждой:

1 группа – контрольная группа, интактные животные;

2 группа – животные в 1-й день абстиненции после 40-дневного вдыхания паров ацетона;

3 группа – животные в 10-й день абстиненции без воздействия электромагнитными импульсами с помощью аппарата «Рамед эксперт»;

4 группа – животные с 10-дневной абстиненцией, которых в течение 10 дней подвергали воздействию электромагнитными импульсами с помощью аппарата «Рамед эксперт».

Для слежения за развитием влечения у крыс к ацетону использовали прозрачную, герметичную камеру объемом 5 литров, заранее наполненную парами ингалянта. Крысу в камеру помещали на 10 минут. Сеансы ингаляции проводили в течение 40 дней.

Лабиринтная методика, в которой проводили тестирование крыс на влечение к парам ацетона, состояла из двух камер, соединенных лабиринтным переходом. Стенки боковых камер, которые выходили в лабиринтный переход представляли собой открывающиеся заслонки. Во время тестирования крыс размещали в центральной части лабиринта и в течение 10 минут наблюдали за их поведением, регистрировали число побежек к камере, где далее они могли полу-

чать пары ацетона. В процессе эксперимента учитывали количество лабиринтных переходов, выраженность ориентировочно-исследовательских реакций, судорожных проявлений двигательных реакций, признаки груминга (положительного и отрицательного), время замиранья.

Через 40 дней во всех группах прекращали процесс ингаляции ацетона. На следующий день животных 1-й и 2-й групп забивали путем мгновенной декапитации.

Животных 3-й группы содержали еще 10 дней в условиях вивария, с тем, чтобы сравнить их уровни содержания биогенных аминов в сыворотке крови и структурах головного мозга с таковыми у животных 4-й группы, которые в течение этих 10 дней ежедневно подвергались воздействию электромагнитных излучений крайне высокой частоты и крайне низкой мощности. Затем животных 3-й и 4-й групп также забивали путем мгновенной декапитации.

У крыс всех групп определяли уровни содержания биогенных аминов (адреналина, норадреналина, дофамина и серотонина) в сыворотке крови и структурах головного мозга (неокортексе, миндалевидном комплексе, гиппокампе, гипоталамусе). Забор исследуемого материала осуществляли после декапитации животных. Определение биогенных аминов проводили после их очистки на ионообменной смоле [5]. Экстрак-

цию моноаминов из ткани головного мозга и сыворотки крови приносили на лед с помощью экстрагирующей жидкости (0,4 N перхлорная кислота с добавлением 0,01 мл 5% метабисульфита натрия на 1 мл и 0,02 мл 10% ЭДТА на 1 мл). Экстрагированные из тканей моноамины разделяли на фракции в хроматографических колонках с сильноокислой катионнообменной смолой (Dowex 50w x 4; 200-400 mesh, натриевая форма). Содержание моноаминов во фракциях определяли флюорометрическим методом с использованием спектрофотометра Hitachi-M. Флюоресценцию серотонина измеряли при $\lambda=303/330$; норадреналина – при $\lambda=395/495$; адреналина – при $\lambda=385/480$; дофамина – при $\lambda=330/325$. Элюирование дофамина производили с помощью N-этанольной (50%) HCL; серотонина - N-этанольной HCL (после эмоциидофамина); адреналина и норадреналина – N-водной HCL. После эмоции адреналина и норадреналина для определения их концентрации производили дифференциальное окисление (по Осинской).

Статистическую обработку и анализ экспериментальных данных проводили с помощью параметрических и непараметрических методов. Как критерий оценки вероятности изменений, которые наблюдались, использовали t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение.

Полученные результаты представлены в таблицах 1 и 2.

Следует отметить, что содержание адреналина в исследованных нами отделах мозга всех групп животных было очень низким и находилось в пределах погрешности метода. В связи с этим данные относительно его уровня не обсуждаются.

Анализ полученных данных показал, что в группе контроля содержание дофамина, норадреналина и серотонина наибольшим было в гипоталамусе. Серотонин при этом был относительно равномерно распределен во всех изученных структурах головного мозга (таблица 1).

В сыворотке крови у крыс 1-й группы содержание дофамина и серотонина было наибольшим (таблица 2).

После длительной ингаляции паров ацетона в состоянии абстинентного синдрома (2-я группа) отмечена тенденция к повышению уровня содержания биогенных аминов во всех исследованных структурах головного мозга, за исключением дофамина в гипоталамусе и серотонина в неокортексе (таблица 1).

Уровень содержания катехоламинов в сыворотке крови животных этой группы, наоборот, был достоверно снижен, за исключением норадреналина, который был достоверно выше (таблица 2).

У животных в состоянии 10-дневной абстиненции, которые не подвергались воздействию электромагнитных излучений (3-я группа) сохранялась тенденция изменений в том же направлении, что и во 2-й группе. Особенно внимания заслуживает снижение уровня дофамина и повышение норадреналина в гипоталамусе. Серотонин повышался во всех структурах головного мозга, за исключением неокортекса.

Снижение всех биогенных аминов, особенно серотонина, наблюдалось в сыворотке крови в 3-й группе крыс.

В 4-ой группе животных с длительной (в течение 40 дней) ингаляцией паров ацетона и последующей 10-ти дневной абстиненцией (синдром отмены) воздействия электромагнитными импульсами, указанной выше мощности и частоты вызывали значительные (достоверные) из-

менения в уровнях всех изучаемых биогенных аминов, как в мозгу, так и в сыворотке крови,

при этом имелась тенденция приближения к их уровням 1-й группы.

Таблица 1

Содержание биогенных аминов в структурах головного мозга (нмоль/г)

Структуры мозга	1 группа n=9	2 группа n=9	3 группа n=9	4 группа n=9
Дофамин				
Неокортекс	1,49±0,01	2,64±0,11*	3,62±0,12	1,31±0,10**
Гиппокамп	5,32±0,30	6,53±0,16*	6,81±0,16	5,24±0,41**
Гипоталамус	9,11±0,57	6,25±0,21*	4,35±0,11	8,10±0,01**
Миндалина	4,76±0,12	6,89±0,10*	6,87±0,02	4,55±0,12**
Норадреналин				
Неокортекс	1,21±0,01	2,24±0,01*	3,96±0,02	1,17±0,01**
Гиппокамп	0,99±0,05	2,75±0,10*	2,01±0,06	1,08±0,01**
Гипоталамус	5,12±0,04	9,10±0,01*	11,5±0,11	6,37±0,44**
Миндалина	1,58±0,10	2,71±0,01*	3,54±0,05	2,07±0,01**
Адреналин				
Неокортекс	0,04±0,001	0,05±0,001	0,04±0,001	0,03±0,001
Гиппокамп	0,08±0,001	0,06±0,001	0,07±0,001	0,08±0,001
Гипоталамус	1,05±0,001	1,09±0,001	1,22±0,001	1,01±0,001
Миндалина	0,10±0,001	0,09±0,001	0,08±0,001	0,11±0,001
Серотонин				
Неокортекс	5,26±0,01	4,60±0,10	3,28±0,06	5,14±0,01**
Гиппокамп	5,64±0,14	10,22±0,03*	11,45±0,32	5,28±0,06**
Гипоталамус	6,95±0,13	8,65±0,71*	8,96±0,19	6,13±0,02**
Миндалина	5,27±0,11	9,95±0,36*	8,60±0,04	5,25±0,10**
Примечание: * - достоверность различия с группой контроля при p<0,05 ** - достоверность различия с 3-й группой при p<0,05				

Таблица 2

Содержание биогенных аминов в сыворотке крови (нмоль/л) у крыс в состоянии абстиненции вследствие лишения ингаляции паров ацетона и после воздействия электромагнитным импульсом сверхнизкой мощности и сверхвысокой частоты аппаратом «Рамед эксперт», (M±m)

Биогенный амин	1 группа n=9	2 группа n=9	3 группа n=9	4 группа n=9
Дофамин	22,10±1,00	20,03±2,03*	19,61±1,30	26,7±1,02**
Норадреналин	1,44±0,09	2,76±0,03*	2,53±0,01	1,65±0,01**
Адреналин	3,20±0,20	2,81±0,1	2,80±0,01	3,16±0,1
Серотонин	476,03±19,04	302,41±19,67*	233,30±13,60	422,72±18,07**
Примечание: * - достоверность различия с группой контроля при p<0,05; ** - достоверность различия с 3-й группой при p<0,05				

Таким образом, изменения содержания нейромедиаторов у трехмесячных крыс, обнаруженные при продолжительном ингалировании ацетона подтверждают нейрофизиологические особенности реагирования животных данного возраста на употребление летучих органических соединений.

Полученные нами данные свидетельствуют об усилении обмена норадреналина в гипоталамусе при длительном воздействии ацетона (2-я группа), что может быть расценено как критерий эмоционального напряжения, сопровождающегося активацией систем метаболизма этого медиатора.

Исследование серотонинергической системы, косвенно влияющей на адаптационные возможности организма путем воздействия на пластическое обеспечение (обмен белков и нуклеиновых кислот) [6] продемонстрировало ее вовлечение в патологические метаболические процессы (таблица 1), на что указывает повышение уровня содержания серотонина в гиппокампе. Кроме того, серотонин является одним из медиаторов, обеспечивающих функционирование системы положительного эмоционального подкрепления [7].

Снижение уровня дофамина при одновременном повышении уровней содержания норадреналина и серотонина в гипоталамусе в результате продолжительного ингалирования ацетона указывают на дифференцированное включение в активность катехоламин- и серотонинергической систем мозга на фоне общего снижения уровней биогенных аминов в сыворотке крови. Это, очевидно, является одним из механизмов в нейрохимическом обеспечении эмоционального мозга, являющегося первичным субстратом формирования влечения к летучим органическим соединениям.

Исследованиями, проведенными в лаборатории нейрофизиологии НИИ неврологии и психиатрии АМН Украины, установлено, что в качестве пусковых звеньев в развитии влечения к летучим органическим соединениям выступают «рабочие ансамбли»: медиальная обонятельная область – миндалевидный комплекс (50% случаев) или миндалевидный комплекс – медиальная обонятельная область (50% случаев). Латеральный гипоталамус и гиппокамп подключаются к инициации влечения к летучим органическим соединениям на начальных этапах. Лобно-фронтальная кора в формирование этого влечения и абстинентного синдрома включается пос-

ледней [8].

Эти данные подтверждают наши результаты, а именно снижение содержания дофамина и повышение норадреналина в гипоталамусе, свидетельствуют о том, что первой структурой, включающейся в реакцию на введение ацетона, является гипоталамус. Кроме того, повышение уровня серотонина во всех изученных структурах указывает на диффузное включение в активность катехоламин- и серотонинергических систем мозга при общем снижении уровней всех биогенных аминов в сыворотке крови. Это, очевидно, является одним из факторов, обеспечивающих процесс формирования у подростков влечения к летучим органическим соединениям.

Таким образом, выявленные изменения содержания нейромедиаторов у трехмесячных крыс в состоянии абстиненции, до и после воздействия электромагнитным импульсным током подтверждают предположение, что одним из механизмов снижения абстинентного синдрома электромагнитными излучениями является подавление гиперактивности симпатoadренальной системы головного мозга.

Выводы.

1. В патогенезе влечения к ингалированию паров ацетона существенное значение имеет нарушение медиаторных функций нервной системы и связанное с ним изменение содержания биогенных аминов.

2. Мозговая система позитивного подкрепления, включающая эмоциогенные центры лимбической системы – гипоталамус, миндалевидный комплекс, гиппокамп и неокортекс, является нейрофизиологическим субстратом мотивации (влечения) к ингаляции паров ацетона.

3. Хроническая интоксикация крыс парами ацетона приводит к формированию влечения к этому летучему органическому соединению, что подтверждается особенностями диффузного включения в активность катехоламин- и серотонинергической систем мозга при общем снижении уровней всех биогенных аминов в сыворотке крови.

4. Применение электромагнитных излучений крайне высокой частоты и крайне низкой мощности подавляет патологическое влечение к вдыханию паров ацетона, восстанавливая биохимический гомеостаз биогенных моноаминов.

5. Одним из механизмов снижения абстинентного синдрома электромагнитными излучениями является подавление гиперактивности симпатoadренальной системы головного мозга.

НЕЙРОМЕДІАТОРНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ПАРІВ АЦЕТОНУ У ЩУРІВ ПУБЕРТАТНОГО ВІКУ ТА ЇЇ ПРИГНІЧЕННЯ ВИКОРИСТАННЯМ ІМПУЛЬСНИХ ТОКІВ КРАЙ ВИСОКОЇ ЧАСТОТИ ТА КРАЙ НИЗЬКОЇ ПОТУЖНОСТІ

Харківський національний медичний університет

На моделі залежності від парів ацетону у щурів пубертатного віку вивчена роль біогенних моноамінів в біохімічних механізмах виникнення та пригнічення абстиненції впливом на тварин електромагнітними випромінюваннями край низької потужності та край високої частоти. Виявлені зміни змісту біогенних амінів при тривалому інгалюванні ацетону, котрі підтверджують нейрофізіологічні особливості реагування тварин даного віку на вживання летких органічних сполук. Показано позитивний вплив імпульсних токів край високої частоти та край низької потужності: пригнічення потягу до інгалювання парів ацетону, встановлення гомеостазу біогенних моноамінів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 68-72).

V.I. Ponomaryov

NEUROMEDIATOR MECHANISMS OF FORMING OF DEPENDENCE ON ACETONE FUME IN PUBERTY AGE RATS AND ITS SUPPRESSION BY MICROWAVE FREQUENCY AND ULTRALOW POWER IMPULSE CURRENT

Kharciv National Medical University

The role of biogenic monoamines in biochemical mechanisms of origin and suppression of abstinence by influence of microwave frequency and ultralow power on animals were investigated on the model of dependence of acetone fume in puberty age rats. The changes of biogenic amines content in prolonged inhalation of acetone, were discovered. They confirm, neurophysiological features of animals reaction on use of the volatile organic compounds. The positive influence of microwave frequency and ultralow power impuls current was shown: suppression of inclination to inhalation of acetone fume, restoration of biogenic monoamine homeostasis. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 68-72).

Литература

1. Пономарев В.И. Роль индивидуально-личностных факторов в формировании зависимости от летучих органических соединений у детей и подростков/Материалы научного конгресса "Бехтерев-основоположник нейронаук: творческое наследие, история и современность".-Ж. "Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева". - Т. 39, вып.1. - Казань "Медицина",2007.-С.212.
2. Айрапетов Р.Г., Дмитриева Т.Б., Занозин А.В. Клинико-катамнестическое исследование подростков с токсикоманиями / Актуальные вопросы наркологии.- №1. -1991. -С. 25-26.
3. Воробьева Т.М., Гарбузова С.Н., Сергиенко Н.Г. Концептуальная модель сходства и различия формирования нарко- и токсикоманий / Укр. вісник психоневрології. – Харків, 1993. – вип. 1. -С. 28-32.
4. Воробьева Т.М., Волошин П.В., Пайкова Л.Н. и др. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий /Х.; изд-во «Основа» при Харьк. ун-те. – 1993. - 176 с.
5. Colin A., Tor Magrusson "A Procedure for the isolation of noradrenaline (together with adrenaline), Dopamine, 5-hydroxytryptamine and Histamine from the Lane Tissue Sample using a Lingve Column of longly acitic cation exchange Resin" Acta pharmacol. et toxicol., 1978, 42, p. 35-57.
6. Голубков О.З., Рыбалко М.И., Авдеенко А.А. и др. О влиянии атропиновых ком на труднокурабельные эпилептические психозы и обмен серотонина у больных // УП Всес. съезд невропатологов и психиатров (М., 26-30 мая 1981 г.): Тез. докл.-М. - Медгиз, 1981. –Т.3. -С. 137-139.
7. Боянович В.В. Экспериментальное исследование серотонинергических механизмов эмоционального поведения в условиях воздействия на лимбико-кортикальные структуры: Автореф. дисс.к.б.н. –Х., 1979. -27с.
8. Воробьева Т.М. Нейробиология вторично приобретенных мотиваций. /Международный медицинский журнал, №1-2, 2002. -С.211-217.

Поступила в редакцию 24.09.2008

УДК 616.5+616.97+612.79:612.017

*И. А. Бабюк, И. В. Куценко, Л. А. Гашкова, О. Е. Шульц, И. Б. Рымарь, С. И. Найдено,
Ю. П. Савенко*

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ЗУДЯЩИХ ДЕРМАТОЗОВ И СОПУТСТВУЮЩИХ СОМАТО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Донецкий национальный медицинский университет

Ключевые слова: зудящий дерматоз, Хомвио-нервина

По данным литературы у 84% дерматологических больных в клинической картине наблюдается зуд, у 53% из них зуд характеризуется как нестерпимый. Степень интенсивности зуда оценивают с учетом травматизации кожи во время ее расчесывания - эксфолирующий и биопсирующий зуд. Для зуда характерно формирование отделов ирритации в вегетативной нервной системе и нарушения деятельности центральной нервной системы. [2, 4, 8].

Хронические зудящие дерматозы до настоящего времени остаются актуальной проблемой дерматологии из-за их распространенности, увеличения удельного веса тяжелых клинических форм с рецидивирующим течением этих дерматозов, удлинением сроков нетрудоспособности, увеличением случаев инвалидизации приводящих к негативным социально-экономическим последствиям [4, 7].

Хроническое течение большинства кожных болезней формирует у пациентов психосоциальную дезадаптацию в разной степени выраженности. У больных с хроническими зудящими дерматозами часто отмечается депрессивный, тревожно-фобический, неврастенический и астенический синдромы [1, 4].

Если зуд продолжается длительное время, то в коре головного мозга формируется застойный очаг возбуждения. Зуд становится стандартной патологической реакцией на любой раздражитель. В результате длительного расчесывания

кожи снижается порог восприятия рецепторов, возникает «замкнутый круг». Таким образом, восприятие формируется в результате раздражения рецепторов, поэтому для возникновения потенциала действия на мембране нейрона энергия раздражения должна достичь значительного уровня, который является порогом восприятия. Величина порогового раздражителя зависит от порога чувствительности рецепторов. [5,6].

В результате постоянного, интенсивного зуда формируются поведенческая реакция больного, когда пациент в виде навязчивых движений использует различные предметы для расчесывания кожи. [1].

Таким образом, у больных хроническими зудящими дерматозами, на фоне постоянно беспокоящего зуда развивается дополнительный патологический, болезнетворный комплекс, приводящий к истощению нервной системы постоянным ее раздражением. Большинство пациентов оценивают тяжесть своего состояния именно по интенсивности зуда, а не по выраженности кожного поражения, что также негативно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов [1, 3, 7].

Учитывая вышесказанное, целью нашего исследования было изучение эффективности применения нового натуропатического препарата Хомвио-нервин у больных с хроническими зудящими дерматозами.

Материалы и методы исследования

В клинике кожных болезней под наблюдением находилось 64 больных, в том числе 41 мужчина и 22 женщины в возрасте от 19 до 78 лет. По нозологическим формам больные распределились следующим образом: хроническая, распространенная микробная экзема - 26 человек (40,6%), сенильный зуд кожи - 12 человек

(18,7%), диффузный нейродермит - 9 человек (14%), зуд кожи аногенитальной области - 9 человек (14%) герпетиформный дерматит Дюринга - 6 человек (9,3%), узловатая почесуха - 2 человека (3,1%).

Клинические формы дерматозов отличались этиопатогенетическими признаками, но всех их

объединял превалирующий в клинической картине симптом - зуд и больные расценивали зуд как нестерпимый. Из наблюдения были исключены пациенты с тяжелыми декомпенсированными соматическими заболеваниями, больные с онкологическими заболеваниями и беременные и дети. В зависимости от метода лечения пациенты были разделены на две группы. I (основная) группа - пациенты получавшее традиционное лечение с применением гомеопатического препарата Хомвио-нервина (36 человек) и пациенты, получавшие только традиционное лечение - II группа (группа сравнения) - 28 человек.

Пациенты обеих групп до начала лечения подлежали тщательному клинико-лабораторному обследованию. Для объективизации субъективных ощущений - зуда пациентам было предложено оценить зуд по трех бальной шкале - 3 балла - нестерпимый зуд, 2 балла - выраженный зуд, 1 балл - умеренно выраженный зуд, 0 баллов - зуд отсутствует. Из пациентов I (основной группы) на три балла оценили свой зуд 32 пациента (88,8%), на два балла - 3 пациента (8,3%), на один - 1 пациент (2,7%), на 0 баллов ни один пациент. Средняя оценка интенсивности зуда пациентами I группы была 2,9 балла. Из пациентов II группы (группа сравнения) на три балла оценили свой зуд 22 пациента (78,5%), на два балла - 2 пациента (7,1%), на один - 4 пациента (14,2%), на 0 баллов ни один пациент. Средняя оценка интенсивности зуда пациентами II группы была 2,6 балла.

Объективными признаками выраженности зуда были: а) изменения ногтевых пластинок - полированная поверхность и истончение свободного края ногтя; б) наличие на коже экскориаций - степень их выраженности и наличие в очагах поражения рубцовых изменений; в) явлений инфильтрации кожи. Выраженность каждого признака оценивалась по трех бальной шкале (3 балла - выражено, 2 балла - умеренно выражено, 1 балл - слабо выражено, 0 баллов - отсутствует). В среднем пациенты I группы по объективным признакам выраженности зуда были оценены на 8,7 балла, а пациенты II группы на 8,2 балла.

Исходя из полученных результатов, пациентам было предложено оценить влияние зуда на их качество жизни - возникновение проблем на рабочем месте в связи с зудом кожи, нарушение сна в результате зуда, влияние зуда на отношения с половым партнером, наличие раздражительности и плохого настроения в результате постоянного зуда кожи по четырех бальной шкале (отличное качество жизни, хорошее, удовлетворительное, неудовлетворительное).

Пациенты I (основной) группы исходя из предложенных вопросов, в среднем оценили свое качество жизни до лечения 2,0 балла, а пациенты II группы (контрольная группа) в среднем оценили на 2,2 балла.

Результаты оценки субъективных и объективных признаков зуда и влияние его на качество жизни пациентов страдающих хроническими зудящими дерматозами представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты оценки субъективных и объективных признаков зуда и его влияния на качество жизни пациентов (до лечения)

	Группы сравнения	
	I основная группа n=36	II группа сравнения n=28
Средняя оценка выраженности зуда (max 3 балла)	2,9	2,6
Объективные признаки зуда (max 9 баллов)	8,7	8,2
Средняя оценка качества жизни (max 4 балла)	2,0	2,2

Полученные результаты обследования пациентов страдающих хроническими зудящими дерматозами убедительно свидетельствовали о необходимости включения в комплекс лечебных мероприятий препарата, действие которого, направленно на коррекцию психоневротических расстройств у этих пациентов. Таким образом, при хронических зудящих дерматозах, помимо этиопатогенетической направленности терапии необходимым является применение психотропных лекарственных препаратов, позволяющих

корректировать выявленные психоневротические расстройства у пациентов, страдающих хроническими зудящими дерматозами [1, 8].

В качестве патогенетического лечения больным назначали препарат Хомвио-нервин ("Хомвиора", Германия).

Хомвио-нервин является комплексным гомеопатическим средством, относящийся к дневным транквилизаторам.

1 таблетка Хомвио-нервина содержит:

1. Sepia D4 - Чернило каракатицы (64 мг) -

купирует невротические рас-стройства, сопровождаемые тревогой, угнетенным настроением, повышенной раздражительностью, плаксивостью, фобиями, истерическими симптомами;

2. *Ambra grisea* Д2 - Китовый воск (64 мг) - способствует устранению бессонницы;

3. *Nyosciamus niger* ДЗ - Белена черная (32 мг) - применяется в гомеопатической практике при депрессии, истерических симптомах, послеродовых и климактерических психозах, алкоголизме;

4. *Ignatia amara* ДЗ - Игнация горькая (32 мг) - показана при невротических нарушениях сна, зуде.

Фирма изготовитель рекомендует следующие режимы приема Хомвио-нервина: при бессоннице - 4 табл. перед сном; при курсовом лече-

нии невротических расстройств - по 1 табл. 2-3 раза в день.

Исходя из фармакотерапевтических свойств гомеопатического препарата Хомвио-нервина он был включен в комплексное лечение пациентов страдающих хроническими зудящими дерматозами с целью коррекции развившихся у них психоневротических расстройств в дозировке рекомендуемой фирмой изготовителем.

Пациенты обеих групп с хроническими зудящими дерматозами получали традиционную этиотропную терапию, направленную в том числе на ликвидацию зуда. Дополнительно пациенты I группы получали гомеопатический препарат Хомвио-нервин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 1 месяца.

Результаты исследования и их обсуждение

Исходя из результатов обследования, пациентов находящихся под наблюдением было достоверно установлено, что выраженность зуда и его объективные признаки у этих пациентов были ближе к максимальными, причем в I группе эти признаки были несколько выше. Эти пациенты оценивали свое качество жизни как не удовлетворительное. Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым показателям.

По результатам наблюдений пациентов страдающих хроническими зудящими дерматозами достоверным является факт, что у всех наблюдаемых нами пациентов имели место функциональные нарушения центральной нервной системы, проявляющиеся нарушениями в психоэмоциональной сфере, что подтверждалось наличием соответствующих жалоб. Большинство пациентов оценивают тяжесть своего состояния именно по интенсивности зуда, а не по выраженности кожных поражений.

В процессе лечения у пациентов обеих групп отмечалась различная положительная динами-

ка в течение дерматоза. Так, пациенты I группы, получавшие вместе с традиционным лечением гомеопатический препарат Хомвио-нервин (по 1 таб. 3 раза в день) уже к концу первой недели приема препарата Хомвио-нервина отмечали уменьшение выраженности зуда и раздражительности, улучшение сна и настроения. К концу второй недели объективные признаки зуда значительно уменьшились, и к концу четвертой недели пациенты отметили улучшение качества жизни. В то время как пациенты II группы, получавшие только традиционное лечение не имели такой положительной динамики в течение дерматоза и объективные признаки зуда удерживались до конца третьей недели, а изменение выраженности зуда отметили лишь в конце второй недели лечения. Качество жизни пациентов II группы незначительно улучшилось. Результаты субъективных и объективных признаков зуда и его влияния на качество жизни пациентов с хроническими зудящими дерматозами после проведенного лечения отражено в таблице 2.

Таблица 2

Результаты оценки субъективных и объективных признаков зуда и его влияния на качество жизни пациентов (после лечения)

	Группы сравнения	
	I основная группа n=36	II группа сравнения n=28
Средняя оценка выраженности зуда (max 3 балла)	0,2	1,1
Объективные признаки зуда (max 9 баллов)	1,2	3,4
Средняя оценка качества жизни (max 4 балла)	4,1	2,6

Как видно из таблицы 2 у пациентов II группы получавших традиционное лечение после окончания лечения удерживался умеренно вы-

раженный зуд, сохранялись субъективные признаки зуда в виде свежих поверхностных не многочисленных экскориаций и явлений инфильт-

рации кожи в очагах поражения. Качество жизни после проведенного лечения эти пациенты оценивали ближе к удовлетворительному. Пациенты I группы, получавшие наряду с традиционным лечением гомеопатический препарат Хомвио-нервин после окончания лечения практически не испытывали зуда, в очагах поражения удерживались остаточные проявления инфильтрации кожи, и нормотрофические рубцы, а качество жизни эти пациенты оценивали как хорошее.

Выводы

Результаты лечения этих пациентов с применением Хомвио-нервина выглядят достаточно убедительно и наглядно демонстрируют, что применение наряду с традиционным лечением препарата Хомвио-нервин как вспомога-

тельного в лечении таких пациентов в значительной мере является эффективным и целесообразным и существенно помогает улучшить качество жизни таких пациентов. Прием препарата в течение четырех недель способствовал не только исчезновению/снижению интенсивности зуда кожных покровов, но также и нивелированию психо-эмоциональных расстройств. Ни у одного из наблюдаемых нами пациентов не было отмечено побочного действия или непереносимости гомеопатического препарата, что свидетельствует о его высоком профиле безопасности.

Результаты исследований позволяют рекомендовать препарат Хомвио-нервин для широкого использования в комплексном лечении указанных больных.

І. О. Бабюк, І. В. Куценко, О. Є. Шульц, Л. А. Гашкова, І. Б. Римарь, Ю. П. Савенко

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ЛІКУВАННЯ СВЕРБЛЯЩИХ ДЕРМАТОЗІВ ТА СУПУТНІХ СОМАТО-ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Проведено лікування 64 хворих на хронічні сверблячі дерматози. 36 пацієнтів (основна група) отримували традиційне лікування за допомогою нового гомеопатичного препарату Хомвіо-нервін, 28 (контрольна група) лікувалися шляхом тільки традиційного лікування. Результати дослідження наглядно демонструють, що застосування поряд з традиційним лікуванням препарату Хомвіо-нервін як доповняльного у лікуванні таких пацієнтів в значній мірі являється ефективним і доцільним та суттєво допомагає покращити якість життя таких хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 73-76).

I. A. Babuk, I. V. Kucenko, O. E. Shults, L. A. Gashkova, I. B. Ryman, Yu. P. Savenko

MODERN APPROACHES OF TREATMENT OF ITCHING DERMATITIS AND ACCOMPANYING SOMATO-PSYCHIATRIC DISORDERS

Donetsk national medical University named by M. Gorky

64 patients on chronic itching dermatitis have been treated. 36 patients (main group) were being traditionally treated with using new homeopathic medicament Homvio-nervin, 28 (controlled group) were being traditionally treated only. Results of research show that using Homvio-nervin with traditional treatment as additional medicament for such patients is effective and useful and significantly increase quality of patient's life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 73-76).

Література

1. Бабюк І.А. Психосоматические нарушения в дерматологической практике // Здоровье Донбасса.- №2.- 2006.- С. 15-17.
2. Беляев Г.М. Стресс, адаптация, псориаз, планирование научных исследований по проблеме этого заболевания // Дерматология та венерология. 2002. №2(16). С. 1114.
3. Бочаров В.А., Муат А., Тарнопольська С.М. та інші. Регуляторні фактори запально-репаративного процесу при хронічних рецидивних дерматозах // Укр. журнал дерматології, венерології, косметології. - № 1 (8).- 2003.- С. 18-20.
4. Бочаров О.В., Сулик А.Г., Бочаров В.А., Гладчук В.Е. Новые подходы к лечению больных хроническими дерматозами // Журнал дерматологии и косметологии им. И.А.Торсуева. - № 1-2 (12), 2006.- С. 221-222.
5. Буянова О.В., Гринюк СМ. Нові аспекти імунопатології

- псориазу та методи їх медикаментозної корекції // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. 2001. №23. С. 3941.
6. Глухенький Б.Т., Михасева Т.М., Глухенькая А.Б. и др. Опыт лечения алергодерматозов мазью кремген // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. 2001. №23. С. 5657.
7. Проценко Т.В., Кондратенко И.В. Опыт лечения больных угревой болезнью // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. 2001. №2(3). С. 4445.
8. Федотов В.П. Современные вопросы диагностики и терапии дерматомикозов // Дерматовенерология, косметология, сексопатология. 2001. №23(4). С. 510.
9. Nakamura K., Saitoh A., Yasaka N., Furue M., Tamoki K. Molecular mechanism involved in the skin // J. Invest. Dermatol. Symposium Proceedings. 1999, Vol.4. P.169172.

Поступила в редакцию 15.12.2008

УДК: 616.89 – 008.441.33:616.895.4 – 001.8

*И.В. Шалашова***ИССЛЕДОВАНИЕ ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ПСИХОСТИМУЛЯТОРОВ КУСТАРНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ НА МОМЕНТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, г. Харьков

Ключевые слова: психостимуляторы кустарного изготовления, тревожность, депрессия

На протяжении последних 20 лет в стране продолжается стремительный рост наркомании [1, 2].

По расчетам специалистов АМН Украины реальное количество опиоманов превышает 140 тыс. человек [2]. Однако, начиная с 90-х годов, возникла тенденция к росту числа лиц зависимых от иных, неопийных веществ и, в частности, - кустарных психостимуляторов [1, 2]. Они столь популярны благодаря своей дешевизне и доступности. Психостимуляторы легко изготавливают в домашних условиях из лекарственных веществ и других легальных компонентов. Из лекарственных препаратов теофедрин, «Trifed», содержащих эфедрин или псевдоэфедрин, с помощью определенных компонентов, без особого труда синтезируют ПАВ – первитин или псевдоэфедрон. Из лекарственных препаратов «Эффект», «Колдакт», содержащих норэфедрин, путем окисления с помощью перманганата калия, получают ПАВ – катинон [3, 4].

По имеющимся литературным данным картина синдрома отмены первитина практически не отличается от синдрома отмены катинона. В основном, делается акцент на наличие неврологических изменений у больных, употребляющих катинон. Различия в психическом статусе чаще не обнаруживаются. Синдром отмены психостимуляторов характеризуется в основном наличием трех групп расстройств - нарушениями сна, аффективными расстройствами и астеническими явлениями [3, 4]. По нашим наблюдениям, у больных имеются некоторые отличия в психическом статусе синдрома отмены психостимуляторов кустарного изготовления. Тревога и депрессия являются одними из отмеченных нами расстройств, отличающихся у разных групп больных.

Поэтому целью нашей работы было – изучение состояния тревожности и депрессии больных на момент их госпитализации, т.е. в начале лечения.

Материал и методы обследования

Всего было обследовано 111 лиц (мужчин), в том числе 75 лиц, зависимых от кустарно изготовленного метамфетамина (I группа сравнения - шифр диагноза F15.2 по МКБ-10), средний возраст которых – $28,07 \pm 0,64$ лет, и 36 лиц, зависимых от кустарно изготовленного – катинона (II группа сравнения - шифр F.15.2 по МКБ-10), средний возраст – $28,33 \pm 0,8$ лет. Все пациенты обследовались во время пребывания на стационарном лечении в I-м наркологическом отделении городской клинической наркологической больницы №9 г. Харькова (клиническая база отдела профилактики и лечения наркоманий ГУ «ИНПН АМН Украины») в течение 2003-2005 гг.

На момент обследования у всех пациентов

обнаруживались облигатные признаки наркотической зависимости: патологическое влечение к психостимуляторам, рост толерантности, синдром отмены, многочисленные следы от внутривенных инъекций по ходу вен, обострение преморбидных личностных свойств, отрицательные социальные последствия употребления наркотиков.

Состояние тревожности изучалось с помощью психодиагностического метода – шкалы Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л.Ханина [5], а состояние депрессии – с помощью шкалы Hamilton [6]. Полученные таким образом данные обрабатывались методами математической статистики (дисперсионный, корреляционный и регрессионный анализ) [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования больных по опросникам Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ха-

нина и Hamilton, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Результаты психодиагностического исследования больных, зависимых от психостимуляторов I группы и II группы, на момент госпитализации

Показатели	Средние значения ¹⁾ , баллы	
	Зависимые от психостимуляторов I группы (n=75)	Зависимые от психостимуляторов II группы (n=36)
Шкала Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина		
Ситуативная тревожность	59,49 ± 0,69	52,97 ± 0,61 ²⁾
Личностная тревожность	49,41 ± 0,49	46,25 ± 0,57 ²⁾
Шкала Hamilton		
Депрессия	21,04 ± 0,17	19,19 ± 0,44 ²⁾
Примечание: ¹⁾ - средние значения поданы в формате "M ± m"; ²⁾ - разница с зависимыми от метамfetamina по критерию Колмогорова-Смирнова "λ" достоверна (pλ < 0,01).		

1. Шкала Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина

Как видно из таблицы 1, средний уровень ситуативной и личностной тревожности по шкале Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина у обеих групп больных высокий (более 45 баллов). Но у больных I группы он выше, чем у обследованных II группы. Тревожность – это индивидуальная психологическая особенность, заключающаяся в повышенной склонности испытывать беспокойство в самых различных жизненных ситуациях, в том числе и в таких, которые к этому не предрасполагают. Высокий уровень личностной тревожности возможен при восприятии определенных стимулов, которые расценивает человек как опасные, связанные со специфическими ситуациями угрозы его престижу, самооценке, самоуважению. Личностная тревожность является достаточно стабильной чертой личности. Ситуативная тревожность (реактивная тревога) представляет собой сиюминутное переменчивое состояние. Высокий уровень ситуативной тревожности свидетельствует о субъективно тягостных переживаемых эмоциях: напряжении, беспокойстве, озабоченности, нервозности, приступах паники. В группе больных, употребляющих метамfetamin, эмоциональная реакция на раздражитель выше, ярче проявляется тревожностью, страхом, чем в группе больных, употребляющих катинон. Возможно, это связано с эмоциональным обеднением больных II группы вследствие специфики потребляемого психоактивного вещества.

При рассмотрении распределения потребителей метамfetamina (I группа) и потребителей катинона (II группа) по уровням ситуативной

тревожности (рис. 1 «А»), мы можем видеть, что уровень ситуативной тревожности высок в обеих группах (45 баллов и более), но наиболее высокие баллы 55-65 встречаются у потребителей психостимуляторов I группы, а во II группе встречаются у большего количества человек баллы 51-55, по сравнению с I группой и больше 60 баллов больные II группы не имели. Это может свидетельствовать о том, что субъективно переживаемые эмоции, реакции на стрессовую ситуацию ярче выражаются у больных, употребляющих метамfetamin.

При рассмотрении распределения потребителей метамfetamina и потребителей катинона по уровням личностной тревожности (рис. 1 «Б»), имеет место умеренный уровень тревожности (до 45 баллов), который преобладает у большего количества больных из II группы. Высокий же уровень чаще встречается у больных, употребляющих метамfetamin (46-55 баллов). Показатель выше 55 баллов во II группе не встречается вообще. Такое распределение может говорить о том, что предрасположенность к тревожности, которая особенно активизируется при восприятии человеком определенных стимулов, связанных со специфическими ситуациями угрозы его самооценке, самоуважению, ярче выражена у больных I группы, употребляющих метамfetamin.

2. Шкала Hamilton

По шкале Hamilton средний уровень депрессии в I группе достоверно выше, чем во II (таблица 1). В обеих группах он соответствует среднему депрессивному эпизоду.

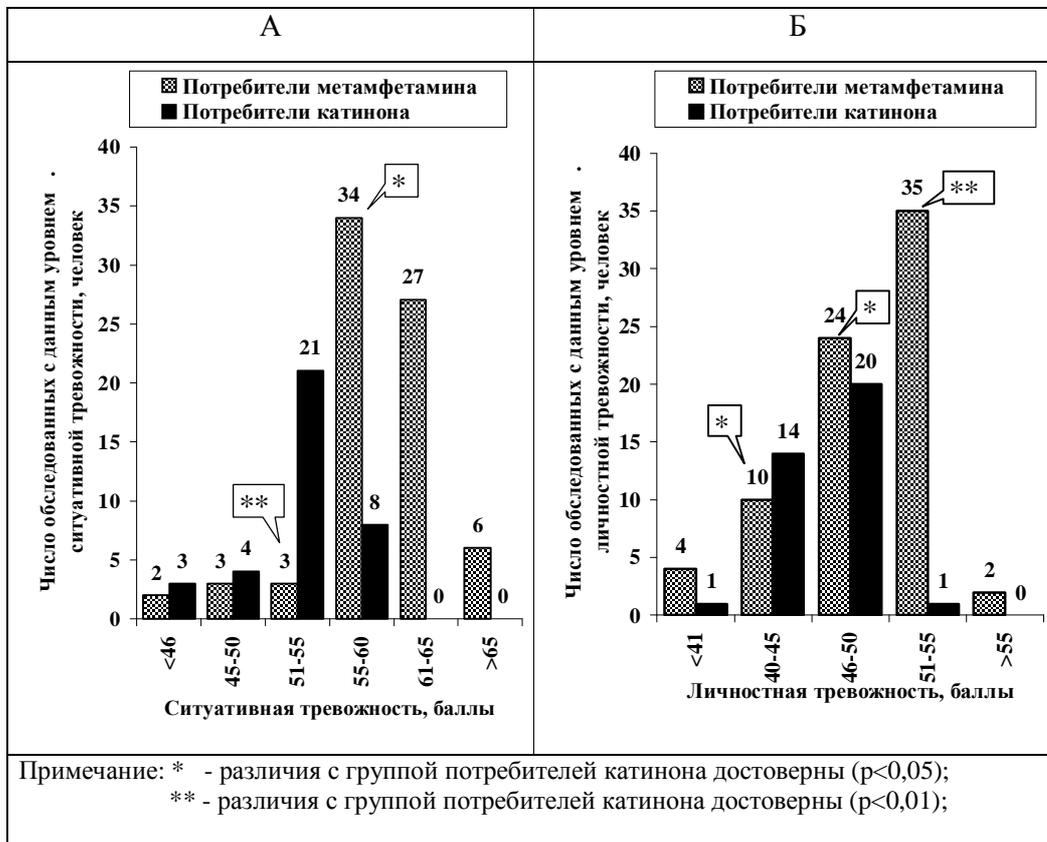


Рис. 1 – Распределение потребителей метамfetаминa и потребителей катинона по уровням ситуативной (А) и личностной (Б) тревожности, оцененной по шкале Ч.Д. Спилбергера – Ю.Л. Ханина при поступлении.

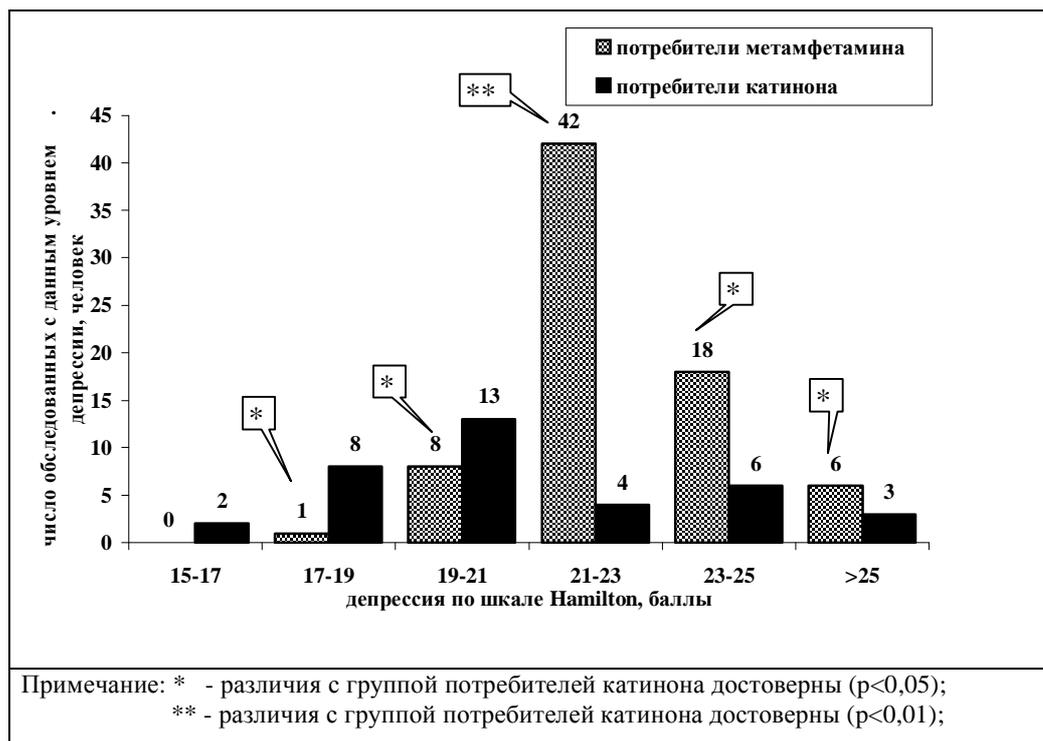


Рис. 2 – Распределение потребителей метамfetаминa и потребителей катинона по уровню депрессии по шкале Hamilton при поступлении.

При оценке депрессии по шкале Hamilton (рис. 2), мы видим, что и в I, и во II группе, суммы баллов по всем пунктам шкалы соответствуют умеренному депрессивному эпизоду, применительно к МКБ-10 (17-27 баллов). 15 - 21 балл чаще встречается у больных, употребляющих катинон. 21 - 27 балл чаще встречается у больных, употребляющих метамфетамин.

Выводы: подводя итог исследования, можно отметить, что:

- Уровень ситуативной тревожности у больных I группы выше, чем у больных II группы. Субъективно переживаемые эмоции, реакция на стрессовую ситуацию ярче выражается у больных, употребляющих метамфетамин. Это может быть связано с эмоциональным обеднением больных II группы вследствие специфики потребляемого психоактивного вещества.

- Уровень личностной тревожности у больных I группы также выше, чем у больных II группы. Предрасположенность к тревожности, которая особенно активизируется при восприятии человеком определенных стимулов, связанных со специфическими ситуациями угрозы его самооценке, самоуважению, ярче выражена у больных I группы, употребляющих метамфетамин. Это опять же может подтверждать предположение об эмоциональном обеднении больных, употребляющих катинон.

- Уровень депрессии соответствует умеренному депрессивному эпизоду. Более высокие баллы встречаются чаще у больных II группы, что может говорить о том, что у больных, употребляющих катинон, депрессия ярче выражена. В период синдрома отмены психостимуляторов необходима коррекция эмоционального состояния больного.

I.V. Shalashova

ДОСЛІДЖЕННЯ ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ПСИХОСТИМУЛЯТОРІВ КУСТАРНОГО ВИГОТОВЛЕННЯ НА МОМЕНТ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України, м. Харків

Було досліджено 111 хворих, залежних від кустарних психостимуляторів, за допомогою шкали Спілберґера-Ханіна та шкали Гамільтон. У двох групах порівняння хворих – 75 осіб з залежністю від метамфетаміну та 36 осіб з залежністю від катінону відмічені відмінності в рівнях тривожності і в депресії. У залежних від метамфетаміну рівень ситуативної та особистої тривожності вище, чим у залежних від катінону. У хворих, залежних від катінону вище рівень депресії. В період синдрому відміни психостимуляторів необхідна корекція емоційного стану хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 77-80).

I.V. Shalashova

RESEARCH OF UNEASINESS AND DEPRESSION AT THE PATIENTS DEPENDENT FROM HANDICRAFT PSYCHOSTIMULANTS AT THE MOMENT OF HOSPITALIZATION

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of AMS of Ukraine, Kharkiv

It has been investigated 111 patients dependent from handicraft psychostimulants, by Spilberger-Chanin scale and by Derogatis scale. In two groups of comparison of patients – 75 patients depended on methamphetamine and 36 patients depended on katinone have been noted the distinctions in uneasiness and in depression. A level of situational and personal uneasiness above at dependent from methamphetamine. A level of depression above at dependent from katinone. The correction of an emotional condition of patients is necessary during a syndrome of withdrawal of psychostimulants. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 77-80).

Литература

1. Волошин П.В., Мінко О.І., Лінський І.В., Волошина Н.П., Гапонов К.Д. Епідеміологічна ситуація, що склалася внаслідок залежності від психоактивних речовин в Україні // Український вісник психоневрології.-2001.-Т. 9, вип.3 (28).-С. 7-9.
2. Лінський І.В., Голубчиков М.В., Мінко О.І., Первомайський Е.Б., Дяченко Л.І., Петриченко О.О. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні // Щорічний аналітичний огляд. Випуск II. Ін-т неврології, психіатрії та наркології АМН України. - Харків, 2005.-31 с.
3. Кузьминов В.Н., Линский И.В., Назарчук А.Г. Особенности психических и поведенческих расстройств при злоупотреблении различными психостимуляторами кустарного изготовления // Украинский вестник психоневрологии.-2002.-Т.10,вип.1(30).-С. 190-192.
4. Сосин И.К., Линский И.В., Чуев Ю.Ф., Кузьминов В.Н., Жемчугова Н.И., Осипов А.А. Клиника, патогенез и лечение зависимости от психостимуляторов, получаемых путем кустарной химической модификации некоторых официальных препаратов, содержащих прекурсоры // Архив психиатрии. – 2001. – № 4 (27). – С. 117-121.
5. Крылов А.А., Маничев С.А. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии: Учеб. пособие. – СПб.: Издательство «Питер», 2000.-560 с.
6. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: Руководство для врачей. - Харьков: Торнадо, 2003.- 352 с.
7. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич Н. П. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – К.: Морион, 2000.-319 с.

Поступила в редакцию 14.05.2008

УДК: 616831- 037

*О.А. Филатова***ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ НЕПРОИЗВОЛЬНОГО ЗАПОМИНАНИЯ У БОЛЬНЫХ СУРДОМУТИЗМОМ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова : сурдомутизм, непроизвольное запоминание, депривация, интерпретация

Запоминание – это главный процесс памяти: от него зависит полнота, точность, последовательность воспроизведения материала, качество и длительность его сохранения. Запоминание протекает либо в произвольном, либо в непроизвольном виде. Запоминание непроизвольное – фиксация материала при отсутствии намерения его сохранить, без использования специальных мнемических приемов. Запоминание носит в этом случае непосредственный характер и происходит без специальной концентрации внимания на предмете и при отсутствии сознательно-го отбора его свойств и семантических связей. Непроизвольное запоминание по данным антропологии и генетики является ранней, первичной формой памяти, на которой ее избирательность определяется самим ходом деятельности, а не мнемическими средствами. Оно предшествует произвольному запоминанию. По данным сурдопсихологов, процесс непроизвольного запоминания у больных с отсутствием слуха происходит быстрее, чем у слышащих [1]. Однако, было замечено, что больные фиксируют прежде всего яркие, контрастные признаки предметов, часто пропуская главное, суть. Они познают в предметах особенное, специфическое, упуская общее, то, что может развить абстрактное мышление и образную память. Следует помнить, что непроизвольное запоминание – продукт и условие познавательных и практических действий. Это не случайный, а, по мнению Б.Д.Элькони-на, закономерный процесс, детерминированный особенностями деятельности субъекта [2].

Для больных сурдомутизмом главным условием непроизвольного запоминания является «встреча», соприкосновение, действие с предметом. Для его продуктивности важно, чтоб больной понимал, какое именно место занимает предмет в том или ином действии или ситуации. Он – центральное звено или предикат какого-то другого действующего объекта? И, наконец, если предмет вызывает эмоции, то он, несомненно,

запомнится лучше (это общее для всех людей, независимо от сенсорного развития). Все исследователи, работавшие с данным контингентом больных, показали, что по непроизвольному запоминанию наглядного материала они значительно отстают именно в аспекте воспроизведения. Часто происходит смешивание похожих образов, больные неточно описывают их конфигурацию, мелкие детали, местоположение. При запоминании схематических фигур, изображенных на больших таблицах (на них намеренно не фиксировалось внимание больных, которые были заняты выполнением письменных тестов), почти не один из пациентов не смог точно воспроизвести хотя бы 2 фигуры. Больные руками изображали примерные параметры увиденного (таблицы к тому времени были закрыты), но не смогли графически воспроизвести его. При запоминании и воспроизведении они редко пользуются словесными обозначениями, чаще зрительными образами по сходству, по аналогии. Конечно, это значительно ухудшает качество зафиксированного материала. Прочность запоминания у больных сурдомутизмом значительно ниже, чем у слышащих. При отсроченном воспроизведении случайно запомнившихся образов происходит взаимоуподобление последних с ранее имеющимися в памяти.

Для изучения непроизвольного запоминания у нашего контингента больных мы применяли методику П.И. Зинченко «Классификация предметов» [3] и составление числового ряда. Исследовали 60 больных сурдомутизмом в возрасте от 25 до 40 лет.

При выполнении обоих этих заданий параметры и числа запоминались непроизвольно. Экспериментальный материал представлял собой 15 больших карточек 12x12 см, на каждой из которых был изображен 1 предмет (по 5 карточек с видами животных, фруктов и игрушек). Кроме крупного, яркого основного изображения в правом верхнем углу было написано двузначное число. Перед началом опыта карточки были

закриті. Потом дано було завдання по класифікації предметів (время – 10 мин.) без упоминання о числах. Через 10 минут больным предложили, вспоминая предмет, указать число, написанное сверху.

Эксперимент с составлением числовых рядов, по нашему убеждению, был более сложным. На него давалось 20 минут. Карточки располагались на столе так, чтобы числа из них не образовывали натурального ряда. Испытуемым предлагали нарисовать у себя в тетрадке сетку в 15 клеток (3 ряда по 5). Их задачей было расположить все числа, имеющиеся на карточках, строго по порядку номеров, так, чтобы наименьшее было помещено в левую клетку верхнего ряда, а наибольшее – в правую клетку нижнего ряда. Ошибочно записанные числа следует тотчас же зачеркивать и там же писать правильные числа. Завершившие работу испытуемые сдавали карточки психологу, а сами рисовали еще одну сетку, нанося на нее названия предметов и проставляя соответствующие им числа. В первой части эксперимента результат был лучшим: из 60 больных 34 смогли воспроизвести корреляцию предметов и чисел на 9 карточках, 17 больных – на 6 карточках, 9 больных – 2-3 карточки. Во второй части эксперимента лишь 18 больных смогли восстановить по памяти 13-15 соответствий в карточках, 21 больной

– 2-3, 11 больных с заданием не справилось.

Таким образом, у больных сурдомутизмом страдают все 3 свойства запоминания: скорость, точность и прочность сохранения следов. Это связано с имеющимися у них явлениями задержки психического развития (чаще всего по типу асинхронии), т.к. у большинства больных врожденное отсутствие слуха является не единственной формой патологии, а сочетается с другими органическими пороками (тотальное или парциальное слабоумие, косоглазие, дизостозы черепа и т.д.). Также важен аспект скорости мыслительных реакций у этих больных. Медленная переключаемость, торпидность, повышенная тормозимость в ситуации принятия решения дает очень низкие результаты при тестировании, когда качество выполнения сопряжено с фактором времени.

Несомненно, играют роль и сниженные волевые качества больных, неумение сосредоточиться, сконцентрировать все усилия на выполнении задачи – по типу «самоприказа», «самоактивации». Все это – результат своеобразного психического инфантилизма больных сурдомутизмом [4], формирующегося вследствие сенсорной и социальной депривации, особенностей семейного воспитания и хронической психической драматизации.

О.А. Філатова

ДОСЛІДЖЕННЯ ФУНКЦІЇ МИМОВІЛЬНОГО ЗАПАМ'ЯТОВУВАННЯ У ХВОРИХ НА СУРДОМУТИЗМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

В статті розглянуто особливості мимовільного запам'ятовування у хворих з відсутністю слуху. Як виявляють експериментальні дані, у них страждають усі три функції запам'ятовування: швидкість, точність і міцність. Відбувається змішування образів, швидке стирання дрібних деталей, хибна інтерпретація. Це пов'язано як з когнітивними особливостями хворих, так і з соціально-педагогічними проблемами їх адаптації та навчання для розвитку. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 81-82).

O.A. Filatova

RESEARCH OF FUNCTION OF INVOLUNTARY STORING AT PATIENTS WITH SURDOMUTISM

The Kharkov medical academy of postgraduate education

In clause features of involuntary storing at people with absence of hearing are considered. As show experimental data, at them three functions of storing suffer all: speed, accuracy and durability. There is a mixing images, fast deleting of fine details, wrong interpretation. It is connected as with cogitative features of patients, and socially-pedagogical problems of their adaptation and developing training. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 81-82).

Литература

1. Иванец И.В., Левина Ю.В. Характеристики акустического рефлекса у глухонемых //Вестник оториноларингологии. – 2001. - №6. – С. 6-11.
2. Эльконин Б.Д. Психология развития: Учебное пособие для студентов ВУЗов. – М.: Академия, 2001. – 604с.

3. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностические методы исследования личности. – К.: „Світ знань”, 2005. – 380с.
4. Фомічова Л.І. Розвиток інтелекту та проектування навчання слабочуючих дошкільників. – К.: Міжнародна фінансова агенція, 1997. – 234с.

Поступила в редакцию 9.09.2008

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 613.885:316.7(477)

Г.С. Кочарян

ГОМОСЕКСУАЛЬНЫЕ ОТНОШЕНИЯ И ПОСТСОВЕТСКАЯ УКРАИНА

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: гомосексуальные связи, отношение, постсоветская Украина.

В отчете «Голубая книга. Положение геев и лесбиянок в Украине» [1] сообщается, что Украина первой из бывших республик СССР отменила уголовное наказание за гомосексуальные отношения между совершеннолетними мужчинами без применения насилия. Это произошло практически сразу после обретения ею независимости. 12 декабря 1991 г. Верховный Совет Украины принял закон о внесении изменений в Уголовный и Уголовно-процессуальный кодексы Украинской ССР. Согласно этому закону, статья 122 УК Украины была изложена в новой редакции. Ею предусматривалось наказание за гомосексуальные отношения только в случае применения насилия.

Такая оперативность, согласно версии, известной а геевских кругах Киева, которая кажется довольно правдоподобной, была обусловлена тем, что якобы один из видных депутатов Верховного Совета пришел к руководителям профильных комитетов и предложил сделать Украину без особых усилий самой демократичной из всех стран бывшего Союза. Соблазн был велик и закон прошел через комитеты без затруднений. Аргументировали легализацию однополых отношений необходимостью проводить профилактическую работу среди гомосексуалов, которая станет возможной только в том случае, если они, не боясь уголовного преследования, будут доверять медикам. Аргументация была выбрана удачно и данный закон был принят без особых возражений. В любом случае, в его принятии велика роль комитета по вопросам охраны здоровья [1].

До отмены уголовного преследования за гомосексуальность в Украине не могло быть и речи ни о каких геевских группах, не говоря уже об организациях. В лучшем случае существовали компании друзей. Названное же изменение в законодательстве активизировало движение геев и лесбиянок и привело к возникновению ряда организаций, периодических изданий, клубов и

т.д. Так, в Киеве существуют Информационно-правозащитный центр для геев и лесбиянок «Наш мир», общественная организация «Гей-Альянс», которая, в частности, издает журнал «Один з нас», Всеукраинская общественная организация «Гей-Форум Украины», Информационно-образовательный центр «Женская сеть», Всеукраинская благотворительная организация «Час життя плюс», Всеукраинская сеть людей, живущих с ВИЧ. Помимо этого, в Киеве есть Линия доверия, издаются Всеукраинская газета для геев и лесбиянок «Gay.Ua» и Журнал мужской эстетики «Один з нас». В Киеве также функционируют гей-клубы «Андрогин», «Помада», «Кибер», «М-Клуб». В Виннице существует Служба психологической помощи по вопросам сексуальной ориентации «Шанс», в Донецке и Макеевке (Донецкая обл.) – Благотворительный фонд «Здоровье нации», в Донецке – гей-клуб «Калифорния». В Ялте (Крым) функционирует летняя площадка «Янтарь», а в Симеизе (Крым) – кафе «Ежики» (это два летних кафе, в которых вечерами собирается отдыхающая публика; иногда геев приходит больше, чем натуралов). В Симеизе под горой Кошка также есть гей-пляж, который называется «Дикий пляж». В Луганске существует Информационно-правозащитный центр для геев и лесбиянок «Наш мир», во Львове – Благотворительный фонд «Аванте», в Николаеве – Николаевская ассоциация геев, лесбиянок и бисексуалов «ЛиГА». В Одессе функционирует Общественная организация «Життя плюс», клубы «Тема», «Черноморец», диско-клуб «Домино». В Харькове существует Украинская ассоциация глухих геев и лесбиянок, в Черкассах – «Гей-Альянс – Черкаскы». Также есть Молодежная ассоциация геев и лесбиянок Украины «gLife». Помимо этого, существует ряд гей-сайтов в интернете, а также координаты лесбигей- активистов, с которыми можно установить контакт по проблемам сексуальных меньшинств [1–4].

«Женская сеть» уже несколько лет организует летние лагеря для лесбиянок, где они проходят тренинги по адаптации и формированию собственной идентичности [5]. Несмотря на значительное количество организаций сексуальных меньшинств, число их членов невелико. Функционируют они главным образом в виртуальном формате [6].

В своем интервью на вопрос, какой, по его мнению, город Украины является наиболее гей-активным, президент общественной организации «Гей-форум Украины» С. Шермет назвал Киев, а также поселок Симеиз на Южном побережье Крыма, в который уже 20–25 лет подряд традиционно на лето съезжаются гомосексуалы из стран бывшего СССР [7].

Как отмечает Андрей Кравчук («Наш мир», Луганск), ни одна политическая партия Украины не высказала четкой позиции по защите прав геев и лесбиянок [по 8]. Отношение населения к гомосексуализму в Украине неоднозначное, о чем, в частности, сообщается на сайте туристической компании «ABC Global Travel». В крупных городах, и в первую очередь в Киеве, люди более толерантны, а в небольших городах и регионах, где сильны религиозные традиции, более консервативны [9]. Однако и в Киеве отношение к гомосексуалам далеко неодинаковое. Так, в 17-м номере христианской газеты «Камень краеугольный» (август 2004 г.) в статье «Кирпичи трансформации» сообщается, что в сентябре 2003 г. на главной улице Киева была проведена первая в Украине акция против гомосексуализма, благодаря которой городские власти запретили геям пройти маршем по Киеву [10].

Согласно отчету регионального информационного и правозащитного Центра для геев и лесбиянок «Наш мир» (г. Луганск, Украина), мнение о том, что «голубым» и «розовым» можно позволить жить как они хотят, лишь бы не высывались – пожалуй, наиболее распространенное в современном украинском обществе. Авторы отчета утверждают, что, по их наблюдениям, в обществе нет широкого распространения активной гомофобии. Люди при личном знакомстве обычно вполне терпимо относятся к геям и лесбиянкам. Эпоха массового «ремонта» (преследований, избиений и шантажа гомосексуалов) осталась в прошлом. Однако многие люди крайне нетерпимо относятся к мысли о том, что геи и лесбиянки могут жить открыто, не таясь. Публичные проявления однополых привязанности для мужчин почти совершенно немыслимы, а когда речь идет о женщинах, то эти проявле-

ния интерпретируются как проявления женской дружбы [1].

В ходе опроса, проведенного Центром «Наш мир», выяснялось как к гомосексуалам (по их субъективному мнению) относятся разные категории населения. Геи ответили, что наиболее негативно к ним относятся молодые парни и люди старшего поколения. С последним утверждением согласны и лесбиянки. Вместе с тем, по мнению гомосексуалов, лучше всего к ним относятся образованные люди и те кто по своей природе более терпим к индивидуальным проявлениям личности. В целом, констатируют авторы отчета, можно заметить, что отношение украинского общества к гомосексуальности и гомосексуалам неоднозначное, переменчивое, находящееся в процессе формирования. В столице и крупных городах оно, естественно, более терпимое, а в провинции и сельской местности более консервативное и гомофобное [1].

По данным опроса 1000 чел. во всех регионах Украины в возрасте от 15 до 55 лет, результаты которого были опубликованы в газете *Kyiev Post* (киевское англоязычное издание) осенью 1999 г., на вопрос «Каково ваше отношение к сексуальным меньшинствам?», «Положительное» ответили 3,42% опрошенных, «Нейтральное» – 45%, «Негативное» – 39,39%, «Не знаю о них» – 4,17%, «Трудно ответить» – 8,02% [по 1].

2 июня 1998 г. газета «Киевские ведомости» упомянула о результатах опроса, проведенного социологами Центра социальных служб для молодежи Херсонской области среди 440 старшеклассников в возрасте от 13 до 18 лет. Негативное отношение к гомосексуалам высказали 43% опрошенных, а положительное – 10%. В сельской местности число высказавших отрицательное отношение на 10–20% больше, чем в городской [по 1].

Несмотря на противодействие проведению марша сексуальных меньшинств, о чем речь шла выше, 17 мая 2006 г. по инициативе регионального информационного и правозащитного центра для геев и лесбиянок «Наш мир» в Киеве представителями сексуальных меньшинств все же была проведена акция, приуроченная к Международному Дню борьбы с гомофобией. В центре столицы был поднят воздушный шар с символами толерантности и Дня противодействия гомофобии. Над площадью Независимости развевался радужный флаг – символ гей-сообщества, который был прикреплен к упомянутому воздушному шару. В 2006 г., как считают организаторы данной акции, публичные мероприя-

тия достигли цели и положили начало новой традиции – ежегодно отмечать в Украине Международный День борьбы с гомофобией [11].

Однако в сентябре 2006 г. в Киеве состоялась акция «Любовь против гомосексуализма», в которой участвовали верующие православной, католической и протестантской церквей. Участники шествия развернули плакаты «Любовь против гомосексуализма», «Гомодиктат не пройдет» и др. Руководитель акции Р. Кухарчук особо подчеркнул, что ее участники осуждают пропаганду гомосексуализма, а не сам факт однополых отношений. По словам его коллеги Ю. Шмуляра, «это отношение не к людям, а к явлению» [12, 13]. Акции «Любовь против гомосексуализма», как отмечалось нами ранее, проводятся в Киеве с 2003 г.

В одном интервью лидер Всеукраинского общественного движения «Любовь против гомосексуализма» Руслан Кухарчук заявил следующее: «Это миф, что гомосексуальное сообщество действует в каждой стране по какому-то своему оригинальному сценарию. Везде сценарий гомосексуалистов одинаковый: используя лозунги демократии, геи и лесбиянки всюду орут о какой-то дискриминации. После того, как им удастся добиться жалости со стороны общества, активизируются попытки изменить законодательство, чтобы, мол, защитить их в дальнейшем от этой “дискриминации”. Постепенно, радикально изменяя законодательную базу страны, они стремятся установить гомодиктатуру, которая не приемлет никакую критику в свой адрес. Геи и лесбиянки достаточно пассионарны по своей сути. Если им не препятствовать, они не остановятся. Если они чего-то добились, значит, мы им это позволили. Поэтому любое здоровое общество должно подняться в полный рост, чтобы остановить эту заразу, этот вирус гомодиктатуры. Иначе плоды будут намного более горькими, чем многие себе представляют» [14].

В том же интервью Р. Кухарчук задается вопросом о том, с чем связана трансформация гомосексуальной субкультуры в последнее десятилетие «от пассивной мимикрии к открытой агрессии» и «на каком этапе нетрадиционный секс из сферы интересов маргиналов превратился в оружие массовой пропаганды». Отвечать на эти вопросы, отмечает он, следует начинать с цитаты из манифеста геев, который впервые был опубликован в 1987 году. Его автор Майкл Свифт тогда написал: «У нас хватит сноровки использовать оружие и построить баррикады окончательной революции. Трепещите гетеро-свиньи, потому что

мы предстанем перед вами без масок». Р. Кухарчук считает, что в настоящее время мы живем в разгар эпохи этой «окончательной голубой революции». Он заявляет, что гомосексуализм – это культура смерти, а согласие с ним – это заведомое согласие с вырождением нации, так как ни одно закрытое гомосексуальное общество не способно к самовоспроизведению [15].

Против каких-либо форм легализации и популяризации гомосексуального образа жизни в украинском обществе выступает и лидер украинской общественной организации «Центр социальной защиты молодежи и юношества». По его мнению, гомосексуализм является «путем к вырождению нации», так как гомосексуалы не участвуют в воспроизведении потомства. Обращаясь к политикам и политическим организациям, он заявил: «Гомосексуализм ведет в небытие. Каждый политик, который голосует за легализацию или популяризацию в каких-либо формах гомосексуального образа жизни, таким образом голосует за вырождение украинской нации. Поэтому мы обращаемся к каждой политической силе с просьбой определиться и сообщить, собирается ли она работать на здоровье нации, на ее развитие, умножение или же эти вопросы ее вообще не интересуют» [16].

Участники общественной акции (марш и митинг) «Любовь против гомосексуализма» 9 сентября 2006 г. приняли резолюцию к политическим партиям и партийным лидерам Украины, в которой, в частности, отмечается, что в 2002 г. президент Украины, который является гарантом соблюдения ее Конституции, определил самую главную цель всех институтов власти, в том числе и Кабинета министров. Она состоит в надлежащем воспитании подрастающего поколения и преодолении катастрофической демографической ситуации в Украине, которая характеризуется низкой рождаемостью. Поэтому, отмечается в резолюции, идеи и призывы сексуальных меньшинств не просто противоречат государственной политике, а являются враждебными, так как направлены на разрушение семьи, моральности и в конце концов – на вырождение нации. Далее сообщается, что в Семейном кодексе Украины закреплено, что браком является союз женщины и мужчины, т. е. лиц противоположного пола, зарегистрированный в государственном органе регистрации актов гражданского состояния. «Сексуальные отношения между лицами одного пола не могут называться браком или гражданским партнерством. Такие отношения также не могут быть зарегистрированы, поскольку го-

сударственная регистрация брака осуществляется для обеспечения стабильности отношений между женщиной и мужчиной, защиты прав и интересов семейной пары, их детей, а также в интересах государства и общества». В резолюции отмечается, что, учитывая антиобщественную и антигосударственную позицию сексуальных меньшинств, их отношения совершенно справедливо не находят поддержки в законодательстве Украины. Подчеркивается, что связь между лицами одного пола является неестественным явлением, которое идет вразрез с репродуктивной функцией человека.

Далее в резолюции следует прямое обращение к украинскому политикуму, где отмечается, что те политические партии и политические деятели, которые заявят о своей поддержке политических требований лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией либо проявят политическую нерешительность, неосмотрительность и промолчат, будут расцениваться как политические силы, которые выступают за разрушение государственной политики по защите семьи, уменьшение заинтересованности населения в рождении детей, отсутствие воспроизведения населения, извращение полового воспитания населения, распространение эпидемии СПИДа, сужение конституционных прав человека и гражданина. Такие партии, сказано в резолюции, понесут политическую ответственность, которая будет проявляться в форме осуждения и лишения доверия. В связи с этим было высказано требование ко всем политическим партиям (в первую очередь партиям, представленным в парламенте Украины и местных органах власти) и партийным лидерам четко и недвусмысленно высказаться против идей и требований лиц с нетрадиционной сексуальной ориентацией (гомосексуалов, лесбиянок, бисексуалов и транссексуалов) [16].

Политики начали реагировать на данную резолюцию. Лидер движения «Любовь против гомосексуализма» (ЛПГ) Руслан Кухарчук получил письмо (2006 г.) от представителя Социалистической партии Украины (СПУ) Н.А. Данилина, который являлся членом фракции СПУ в Верховной Раде Украины (ВРУ) предыдущего созыва и председателем подкомитета Комитета ВРУ по вопросам экологической политики, природопользования и ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы. В этом письме он сообщает, что по поручению руководителя фракции СПУ им было рассмотрено обращение ЛПГ ко всем политическим партиям относительно

требований секс-меньшинств. Автор письма высказал свою личную точку зрения, что он не поддерживает их и видит необходимость встать на защиту семейных и духовных ценностей украинского общества. Чуть ранее другой представитель СПУ Иван Бондарчук написал письмо в адрес всеукраинской газеты «Камень краеугольный», в котором он высказался аналогичным образом и выразил уверенность в том, что такой же позиции придерживаются все члены фракции СПУ. Бондарчук также являлся представителем фракции СПУ в ВРУ прошлого созыва. Он возглавлял парламентский комитет по вопросам социальной политики и труда [17].

Против гомосексуальных отношений также резко высказался один из лидеров Коммунистической партии Украины. «Гомосексуализм – это аномалия, вызванная аморальностью и порочностью человека. И хотя права таких людей действительно надо защищать, общество будет считать их отщепенцами. Уверен, что нынешний парламент не проголосует за то, что они предлагают. А в следующем парламенте, надеюсь, этот вопрос не будет подниматься, и у нас будет здоровое общество», – сказал народный депутат Леонид Грач в интервью газете «Коммерсант-Украина» 17 ноября 2006 г. [14].

Представители секс-меньшинств отреагировали на это высказывание Грача. Так, общественная организация Всеукраинская сеть людей, которые живут с ВИЧ (Сеть ЛЖВ) обратилась с просьбой к президенту Украины В.А. Ющенко дать официальную оценку этим высказываниям. Об этом, в частности, просил в своем письме председатель координационного совета Сети ЛЖВ Владимир Жовтяк. В этом письме он назвал высказывания Л.И. Грача дискриминирующими международный имидж Украины, которые «ставят под сомнение приверженность государства соблюдению Общей декларации прав человека и Конституции Украины» [14].

Об отношении различных партий к сексуальным меньшинствам сообщил в своем интервью президент общественной организации «Гей-форум Украины» Святослав Шеремет, когда отвечал на вопросы УНИАН [7]. Так, характеризуя отношение Виктора Януковича, он отметил, что в 2003 г. за его подписью в парламент поступил законопроект, в котором записано, что дискриминация людей в сфере труда по признаку сексуальной ориентации запрещается. Во время Оранжевой революции он подписал обращение к мирянам и духовенству православной церкви, где отметил, что пропаганда однополых браков

и порнография – «идолы бездуховности!» «Я готов и обязан противостоять злу ради добра». Президент Украины Виктор Ющенко на вопрос, как он относится к однополым бракам, ответил, что «сложно», хотя «не хотел бы этим давать какую-то иную оценку, чем ту, которую по этому поводу выражает общество и закон».

В другом источнике приводятся высказывания лидеров БЮТ, характеризующие их отношение к гомосексуальности и возможности заключения гомосексуалами браков, которые свидетельствуют об их неоднозначном отношении к данной проблеме [18]. Так, первый заместитель Юлии Тимошенко Александр Турчинов на вопрос об отношении БЮТ к однополым бракам ответил следующее: «Мы – категорически против! Это большой грех. Если человек исповедует нормальные взгляды, то вы его называете консерватором, а того, кто пропагандирует содомию, вы называете прогрессивным человеком. Всё это извращения, последствия современных ошибочных представлений». Николай Томенко, экс-вице-премьер Украины по гуманитарным вопросам, а ныне – сподвижник Юлии Тимошенко и нардеп заявил в связи с обсуждаемым вопросом следующее: «Абсолютное большинство дискуссионных вопросов в нашей стране должно было бы одобряться, исходя из поддержки большинства граждан Украины. В этом смысл демократии. Если украинское общество вызреет до восприятия, скажем, законодательного признания однополых браков, мы это поддержим. Нет, пишете, “я это поддержу”, поскольку мы не проводили партийной дискуссии по этому вопросу... Но я убежден: для украинских граждан законодательная поддержка однополых браков, так же, как и вступление в НАТО, пока что – не самые актуальные темы». Высказывания Ю. Тимошенко по отношению к гомосексуальности отличаются своей толерантностью: «Мне хотелось бы, чтоб мужчины любили женщин, а женщины – мужчин. Но если происходит по-другому, то каждый должен иметь право выбора своей судьбы». Вместе с тем в них отсутствует отражение ее мнения о возможности заключения однополых браков [18].

Вышеприведенное заявление Н. Томенко прокомментировал С. Шеремет, который высказал свое недовольство и заявил: «Политики на то и политики, чтобы вести общество за собой, а не плестись у него в хвосте» [18].

Против легализации однополых союзов официально высказался ряд общественных националистических политических организаций: Мо-

лодежный националистический конгресс (МНК), Украинская национальная ассамблея – Украинская национальная самооборона (УНА-УНСО), Национальный альянс, общественная организация «Патриоты Украины», «Тризуб» имени С. Бандеры, Украинская национал-трудовая партия (УНТП) [19].

С. Шеремет также остановился на том, за кого были намерены голосовать гомосексуалы на недавно прошедших парламентских выборах [7]. Он отметил, что геи не будут голосовать за те политические силы, представители которых негативно высказываются в их адрес. Следовательно, на их голоса не могут рассчитывать коммунисты, социалисты и прогрессивные социалисты, т.е. левые. Напротив, поддержку сексуальных меньшинств при голосовании могут получить центристские или правоцентристские партии, но не правые, потому что они пропагандируют ценности традиционного общества, где для гомосексуальности нет места. «Поддержка правоцентристских сил возможна потому, что они ориентированы на Европу и, соответственно, должны защищать интересы ЛГБТ *polens volens*». (ЛГБТ – аббревиатура, составленная из алфавитных названий начальных букв слов лесбиянки, геи, бисексуалы, транссексуалы.) Следовательно, из проходных политических сил остаются блоки «Наша Украина – Народная самооборона», а также БЮТ.

На прошлых выборах, сообщает С. Шеремет, многие представители ЛГБТ-сообщества голосовали именно за Ю. Тимошенко. Он связывает это с тем, что, во-первых, она по своему психотипу привлекательна для геев, а, во-вторых, с тем, что в свое время она сделала публичные заявления, из которых следует, что она толерантно относится к сексуальным меньшинствам. С. Шеремет также заявил, что если какая-то ведущая политическая сила заявит открыто о поддержке интересов ЛГБТ, то она получит их голоса. Он утверждает, что геи и лесбиянки являются активными в социальном плане и всегда ходят на выборы [7].

Следует отметить, что политические лидерам часто бывает нелегко. Так, например, когда они считают, что юридическое признание однополых браков, их приравнивание к гетеросексуальным, а также усыновление однополыми парами детей нецелесообразно, то в своих высказываниях, если их партия или блок декларирует необходимость вступления Украины в ЕС, они стараются быть весьма осторожными. Более того, их заявления по данному вопросу могут быть далеки, а

подчас диаметрально противоположны их истинному мнению. В связи с этим целесообразно сообщить, что в 2000 г. Совет Европы (СЕ) издал специальную резолюцию о положении лесбиянок и геев в государствах – членах СЕ. В ней отмечается, что правительства стран членов СЕ должны принять соответствующие меры для предотвращения дискриминации ЛГБТ, борьбы с гомофобией, проведения просветительских программ относительно гомосексуальности в учебных заведениях, правоохранительных органах, органах судебной системы, создания условий для легализации однополых семей и т.п. В документе «Общая стратегия Евросоюза относительно Украины» Европарламент призывает украинское правительство принять «законодательные и оперативные меры для борьбы против дискриминации, основанной на сексуальной ориентации» [7].

В связи с этим Р. Кухарчук отмечает, что высший представительский орган Евросоюза (ЕС) «набрался наглости и начал вмешиваться во внутренние дела государств-членов ЕС, чего он не имеет права делать». По словам журналиста, высшие эшелоны власти Западной Европы буквально наводнены лоббистами, которые инициируют и продвигают подобные резолюции и законодательные инициативы [20]. Как известно, 18 января 2006 г. Европейский парламент принял резолюцию, в которой содержится призыв к странам-членам ЕС предпринять новые меры по легализации однополых союзов в странах Европы. Резолюция призывает их изменить свое законодательство, сделав его более «дружелюбным» по отношению к правам гомосексуалов. Парламентарии полагают, что искоренить дискриминацию возможно путем придания однополым союзам всех прав, которые закреплены за супружескими парами, в том числе – права на усыновление детей. Также евродепутаты предлагают популяризировать гомосексуализм, проводить кампании, освещающие его в благоприятном свете в школах, университетах и СМИ [20].

Европарламент намерен произвести ревизию законодательства всех стран, входящих в состав ЕС, на предмет отношения к гомосексуалам. Также планируется разработать ряд мер против тех стран, в которых не предпринимаются действия по борьбе с их дискриминацией.

Тем не менее сейм Латвии, которая является членом СЕ и ЕС, в 2005 г. одобрил в окончательном третьем чтении поправки к Конституции, запрещающие гомосексуальные браки. За эти поправки, инициированные христианской Пер-

вой партией, проголосовали 65 депутатов из 100. Против выступило всего лишь шесть депутатов [21]. В Великобритании (в самой Англии), также являющейся членом Совета Европы и ЕС, в 1990 г. была принята так называемая статья 28, запрещающая пропагандировать гомосексуализм на сцене, в кино, по ТВ и в прессе [22]. (СЕ был создан в 1949 г., а ЕС в 1993 г.)

Поскольку Украина в настоящее время не является даже кандидатом на вступление в ЕС, все документы, касающиеся внутреннего законодательства данной организации, не имеют прямого отношения к нашему государству и тем более не являются для него обязательными к применению. Также следует отметить, что международные соглашения по правам человека, в которых участвует Украина, не обязывают наше государство признать право двух лиц одного пола на регистрацию их семейных отношений [23].

На вопрос журналиста, насколько продвинулся вопрос узаконивания однополого партнерства в Украине, президент общественной организации «Гей-форум Украины» Святослав Шеремет ответил, что он продвинулся только в том плане, что этот вопрос поставлен ребром, и его широко обсуждают. Он заявил: «Мы требуем легализовать не браки, а однополое партнерство. Пусть брак остается прерогативой мужчины и женщины – мы против этого не возражаем. Нам не нужно венчание, какие-то формальные традиционные процедуры. Нас интересует решение конкретных жизненных проблем: имущественные вопросы, наследство, право ухода за больным членом семьи, семейные потребительские кредиты и тому подобное. Это все можно урегулировать именно институтом гражданского партнерства, создания которого мы и добиваемся. Это не должен быть штамп в паспорте, это будет отдельный документ, который ты можешь показывать или не показывать, – в зависимости от ситуации» [7].

В связи с этим следует отметить, что проект закона Украины о регистрируемом партнерстве уже разработан и, в частности, помещен на одном из гей-сайтов [23]. В данном проекте, составленном на украинском языке, в частности, сообщается, что регистрируемым партнерством является семейный союз двух особ разного пола или одного пола, которые заключили его согласно с данным законом в государственном органе регистрации актов гражданского состояния. Также отмечается, что два лица могут зарегистрировать свое партнерство по достижению каждым из них возраста восемнадцати лет. Регистрируемое партнерство может быть заключено лишь при усло-

вии, что ни одно из лиц, которые вступают в партнерство, не находится в другом регистрируемом партнерстве или браке. Любое лицо может одновременно находиться лишь в одном регистрируемом партнерстве или в одном браке.

Следует отметить, что борьба за голоса избирателей также может влиять на предвыборные заявления политических лидеров партий и блоков, так как желание набрать больше голосов может поставить их перед выбором, давать ли сексуальным меньшинствам обещание поддерживать их требования или нет. Однако принимать решение в этом случае нелегко, так как такое обещание, которое привлечет их голоса, может привести к потере голосов избирателей, отстаивающих традиционные моральные ценности, которых может быть значительно больше.

В помещенном в интернете в ноябре 2006 г. письменном ответе заместителя министра Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта Татьяны Кондратюк на открытое письмо руководителей общественных и благотворительных организаций геев и лесбиянок Украины она заявила о необходимости легализации однополых браков в связи с тем, что с признанием таких браков связывается возможность вхождения нашей страны в ЕС. Сообщается, что министерством совместно с другими центральными органами исполнительной власти разработан проект постановления Кабмина «Об утверждении Государственной программы поддержки семьи в 2006–2010 годах», мероприятиями которого предусмотрено внесение изменений в действующее законодательство Украины. Вместе с тем Т. Кондратюк констатирует, что к гомосексуалам в Украине относятся с предубеждением. Поэтому для полного и глубокого изучения общественного мнения по поводу признания Украиной законности однополых браков и легализации гражданского партнерства для людей гомосексуальной ориентации она считает целесообразным вынести данные вопросы на общественные слушания [24].

Осенью 2006 г. Министерство иностранных дел Украины, в свою очередь, изложило собственную официальную позицию относительно признания в стране однополых браков. В письме МИД говорится: «Требование относительно признания в Украине действительными однополых браков между гражданами Украины или между гражданами Украины и иностранцами, законно осуществленных в другом государстве, а также законно зарегистрированных за границей гражданских партнерств в целом не вызы-

вает возражений» [25].

Ответ на эти инициативы со стороны оппонентов не заставил себя долго ждать. В ноябре 2006 г. в открытом письме Всеукраинский совет церквей и религиозных организаций (ВСЦРО) обратился к Верховной Раде с просьбой не допустить легализации однополых браков. «Мы выступаем категорически против установления на законодательном уровне в нашей стране однополых браков или регистрируемых однополых партнерств», – сказано в этом письме. Авторы документа также просят депутатов четко зафиксировать в законах, что семью могут создавать исключительно мужчина и женщина. В состав ВСЦРО входят 19 религиозных организаций, включая православные, католические, протестантские и мусульманские [26].

Кроме того, после приведенных выше заявлений Министерства Украины по делам семьи, молодежи и спорта и Министерства иностранных дел Украины, сделанных осенью 2006 г., начался сбор подписей в поддержку установления уголовной ответственности за пропаганду гомосексуализма. На начало апреля 2007 г. было собрано 4 тыс. подписей [19].

В Украине существует религиозная группа, которая положительно относится к гомосексуальным связям и бракосочетанию однополых пар. Это еврейское реформистское религиозное движение, позиция которого диаметрально противоположна установкам ортодоксального иудаизма. Однако некоторые его лидеры не согласны с такой установкой. Так, Борис Капустин, председатель еврейской реформистской общины Керчи, подал в отставку в сентябре прошлого года. В то время как лидеры еврейского реформистского движения Украины указывают на возраст и проблемы со здоровьем как причины отставки, сам Б. Капустин говорит о своей оппозиции к тому, что реформистское движение допускает гомосексуальные отношения. «Я не хочу участвовать в движении, которое организует хupu для лесбиянок, которая произошла в Москве в этом году», – сказал Б. Капустин. Он имеет в виду брачную церемонию для лесбийской пары, которую провела раввин Нелли Шульман [27].

Лидер еврейского реформистского движения Украины раввин Александр Духовный говорит, что евреи, которые являются членами этого движения и критикуют эту церемонию, «не понимают реформистский иудаизм, который учит терпимости и уважению выбора каждого индивидуума». Тем не менее, когда к нему обраща-

ются однополые пары, которые хотят провести обряд бракосочетания, «я говорю им что ни наша община, ни общество не готовы к этому». В ответ на волну критики со стороны их общин шесть реформистских раввинов Украины, России и Беларуси согласились на время запретить брачные церемонии, утверждая, что постсоветские граждане, включая евреев, пока еще не готовы принять либеральный подход реформистского движения к гомосексуализму [27].

В связи с этим следует привести мнение Украинской православной церкви Киевского патриархата по поводу гомосексуализма. На ее соборе в докладе патриарха Киевского и всея Руси-Украины Филарета была дана развернутая оценка «вызовам современности». Он заявил, что церковь должна активнее декларировать нравственные ориентиры для своих членов и для всего общества. Относительно гомосексуализма он высказался следующим образом: «Гомосексуализм – прямое искажение Богом созданной природы. Взгляд на гомосексуализм лишь как на «нетрадиционную ориентацию» не может быть оправдан с точки зрения христианской морали. Греховен не только порок, но и попытки представить его как один из нормальных способов сексуальной жизни» [28].

В Украине (преимущественно в западных ее областях) определенное влияние имеет греко-католическая церковь. Греко-католики обратились с просьбой к властям Украины законодательно определить понятие «сексуальное меньшинство». Глава Украинской греко-католической церкви (УГКЦ) кардинал Любомир Гузар выступил с инициативой внести на рассмотрение Верховной рады проект дополнений к действующему законодательству с целью укрепления традиционного института семьи. Он считает, что в проекте должно быть, в частности, указано, что супружеской парой может считаться исключительно «союз между мужчиной и женщиной» и дано определение понятия «сексуальные меньшинства». «В некоторых странах появилась тенденция к созданию однополых семей. Мы должны обезопасить от этого Украину. В таких семьях дети будут воспитаны с такой же ментальностью, как и их родители», – заявил пресс-секретарь главы УГКЦ отец Игорь Яцив [29]. В связи с этим необходимо отметить, что Украинское законодательство предусматривает создание брака лишь между мужчиной и женщиной, хотя никаких норм, запрещающих однополые браки, в нем нет.

В Семейном кодексе Украины [30] указано, что браком является союз женщины и мужчи-

ны, зарегистрированный в государственном органе регистрации актов гражданского состояния (раздел II, глава 3, статья 21 «Понятие брака»). В 51 статье Конституции Украины также зафиксировано, что брак основывается на добровольном согласии женщины и мужчины [31].

В интернете приводится обращение ученых академий наук Украины к президенту и парламенту Украины, ко всем главам государств и церквей, под которым подписалось 18 человек. В нем осуждается гомосексуализм (мужской и женский) и педофилия. Отмечается, что это «прямой вызов Самому Богу, Который ненавидит эти грехи и называет мерзостью, как написано в Библии: “Не ложись с женщиной, как с женщиной: это мерзость... Не оскверняйте себя ничем этим, ... ибо если кто будет делать все эти мерзости, то души, делающих это, будут истреблены” (Левит 18: 22-29). Людям следует внимать Божьим предупреждениям, чтобы нашу цивилизацию не постигла участь древних городов Содомы и Гоморры, которые Бог уничтожил за распространение гомосексуализма и развратный образ жизни». Датировано это обращение 30 июня 2005 г. [32].

10 сентября 2007 г. в Институте психологии им. Г.С. Костюка Академии педагогических наук Украины состоялся круглый стол на тему: «Национальная безопасность Украины и пропаганда гомосексуального поведения: конфликт интересов» [33]. Мероприятие проходило в рамках VIII Международной «Недели образования взрослых» под эгидой Министерства образования Украины. В обсуждении участвовали представители общественных организаций, научные работники, психологи и студенты. На встрече также присутствовали представители государственных ведомств и профильных изданий. Выступивший на круглом столе лидер общественного движения «Любовь против гомосексуализма» (ЛПГ) журналист Руслан Кухарчук, в частности, отметил, что средства массовой информации «моделируют» поведение. Гомосексуальное поведение – не исключение. Сейчас масс-медиа любят показывать, например, гей-парады, чаще всего освещая их в нейтральном или в позитивном ракурсе. Таким образом, СМИ, по мнению Р. Кухарчука, провозглашают отклонения альтернативной нормой. Приходится сталкиваться с тем, что журналисты очень часто пытаются ассоциировать гомосексуализм с такими понятиями, как демократия, европейскость, свобода, права человека. Однако государство, которое принимает гомосексуальные отно-

шения как норму, автоматически отказывается от традиционных семейных ценностей. Семья – это базис любого общества и государства. Поэтому в Латвии приняли изменения к Конституции, где четко отмечено, что брак – это союз исключительно мужчины и женщины, что указано и в украинском законодательстве. Р. Кухарчук призвал СМИ к социальной ответственности, которая должна лежать в основе их работы. Он также выступил с предложением на законодательном уровне запретить в Украине пропаганду гомосексуального поведения. «Мы не имеем права вторгаться в спальню человека, но когда гомосексуальное движение выходит на улицу – это задевает наши интересы». Он также призвал сообщество психологов и психиатров Украины принять консолидированное решение для того, чтобы признать гомосексуальное поведение отклонением от нормы, после чего органы государственной власти вынуждены будут обеспечить реабилитацию и лечение таких людей.

Затем слово предоставили социальному психологу Олегу Покальчуку, который отметил, что «из-за информации в СМИ создается такое впечатление, что цивилизованный мир переполнен однополыми отношениями, а мы как отсталая страна третьего мира любой ценой должны догнать этот «прекрасный мир». «Пропаганда гомосексуальности базируется на противопоставлении духовного и недуховного, прошлого и будущего, тонкого и грубого, прогрессивного и регрессивного. Таким образом, политические группировки геев занимаются выбиванием гарантий для себя, а также выбиванием денег из государственного бюджета ... мы имеем дело с социальной группой, которая будет дестабилизировать социально-психологическое учреждение украинского общества», – отметил О. Покальчук.

Далее слово взял юрист Тарас Качор, который подчеркнул, что законодательство должно стать суровее к сексуальным извращениям и общественным организациям секс-меньшинств, так как они представляют угрозу для украинского общества. По его мнению, необходимо установить уголовную ответственность за пропаганду однополых отношений, в том числе через СМИ.

После этого выступили консультант движения ЛПГ Андрей Новохатний и кандидат психологических наук Людмила Гридковец, которые проанализировали психологические причины формирования гомосексуальной ориентации. Л. Гридковец, в частности, отметила, что очень большую роль в формировании гомосексуальной ориентации играют психологические и со-

циальные факторы.

На круглом столе также выступили научные сотрудники Института психологии, в том числе заместитель директора профессор Сергей Болтвец. Участники встречи сошлись во мнении, что в Украине нужно как можно раньше сформулировать государственную политику, направленную на защиту общества от пропаганды гомосексуализма [33].

Представляет интерес мнение по обсуждаемой нами проблеме известного украинского психолога профессора А.С. Кочаряна [34], который занимается гендерными проблемами. Он, в частности, заявляет, что концепция социальной терпимости в отношении «новой сексуальности» не должна уступить место концепции нормативности этой сексуальности.

В 2007 г. в Украине также произошли следующие события, связанные с сексуальными меньшинствами. В мае в Киеве около полусотни геев и лесбиянок переоделись в белые футболки с изображением медицинского красного креста и надписью «Гомофобия лечится» и от Европейской площади пошли по столичному Крещатику. Эта акция была приурочена Международному Дню борьбы с гомофобией. Ее активные участники расклеивали листовки с надписями «тут была лесбиянка» и «все мы равные – все мы разные». Конечной точкой пути стал памятник Тарасу Шевченко возле красного корпуса национального университета. Однако без эксцессов данную акцию провести не удалось. Прохожие в догонку обзывали растянувшуюся колонну «пидарасами», вырывали из рук участвующих листовки, поджигали их, а затем бросали полуспеленную бумагу в мусорники. Представители ультранационалистических сил, которые также противодействовали проведению акции, уже на финишной прямой в парке Шевченко подбежали к участнице-иностранке и стали выкручивать руки девушке. После этого они стянули с нее футболку с надписью «Гомофобия лечится». Дальше этого не пошло, так как к тому времени в парке резко увеличилось количество спецназовцев, которые для предотвращения потасовок выстроились по периметру парка [35].

Одним из камней преткновения между теми, кто хочет предоставить гомосексуалам равные с гетеросексуалами права, и теми, кто выступает против этого, в 2007 г. стал проект Трудового кодекса Украины, который поступил на рассмотрение Верховной Рады. Последние усматривали в этом документе угрозу, которая таится в первом пункте статьи №4. В нем говорится, что запре-

щается любая дискриминация в сфере труда, в частности, нарушение принципа равных прав и возможностей, прямое или не прямое ограничение прав работников (служащих) в зависимости от различных признаков. В их числе называют и сексуальную ориентацию. Те, кто не согласен с включением в текст законопроекта словосочетания «сексуальная ориентация», считают, что это даст право гомосексуалам претендовать на работу в детских учреждениях и даже в церкви, а в случае отказа им в этой работе любой руководитель может быть обвинен в дискриминации по признаку сексуальной ориентации. Такое же обвинение может быть предъявлено геями и лесбиянками их начальнику или коллегам, если они будут препятствовать пропаганде гомосексуальных отношений. Отмечается, что в случае появления соответствующей нормы в законодательстве секс-меньшинства тот час инициируют массу судебных разбирательств, к чему они готовы уже сейчас. Кроме этого, принятие данного проекта кодекса «может лишить верующего возможности проповедовать Слово Божье, цитируя отрывки, осуждающие гомосексуализм». Следовательно, возможность обвинения в дискриминации по признаку сексуальной ориентации и привлечения в связи с этим к суду создает условия для установления сексуальными меньшинствами доминирующего социального контроля. На основании приведенного выше делается заключение, что запрещение дискриминации в сфере труда по признаку сексуальной ориентации на самом деле приведет к тому, что дискриминации подвергнется сексуальное большинство [36, 37].

Для того чтобы предотвратить внесение в Трудовой кодекс Украины поправки, уравнивающей гетеросексуалов и представителей сексуальных меньшинств, 5 октября 2007 г. в Киеве прихожане церкви «Посольство Божье» провели крестный ход против гомосексуальных отношений. Около 14.00 на майдане Незалежности стали собираться участники акции – в основном прихожане церкви «Посольство Божье» и активисты общественных организаций «Творцы истории», «Победа в твоих руках» и «Любовь против гомосексуализма». Среди них были и пенсионеры, и семейные пары с детьми. Митингующие развернули украинские флаги и транспаранты с лозунгами «Гомосексуализм – смерть нации», «Украина – святая страна», «Нет геям на Украине», «Два дяди – не семья». В то же время активисты общественных лесбигеевских организаций «Женская сеть», «Гей-альянс», «Наш мир» и сочувствующие им представители

интернет-проекта zaraz.org проводили на Майдане ответную акцию. Они вывесили баннер «Любовь против предрассудков» и распространяли среди прохожих листовки, в которых призывали людей вымыть руки с мылом, если они наткнутся на гомофобию.

Участники акции, направленной против гомосексуальных отношений, выстроились в колонну и, скандируя лозунги, написанные на плакатах, двинулись по улице Институтской к секретариату президента (СП). Митингующих было так много, что они не помещались на тротуаре, затрудняя движение машин. Милиция не пропустила их непосредственно к зданию СП. К ним вышел представитель главы государства, которому вручили петицию от имени 30 тыс. человек и 70 общественных организаций Украины. В ней участники акции обращались к президенту и всем представителям власти с просьбой отозвать из Верховной Рады законопроект, который уравнивает в правах представителей секс-меньшинств с другими гражданами [38, 39].

В последние месяцы обсуждаемый вопрос приобрел большой резонанс. Свое отношение к данной проблеме высказал Верховный суд Украины. В документе, подписанном начальником его правового управления, отмечается, что в указанной статье проекта Трудового кодекса Украины «смешаны природные права с неприродными проявлениями», к которым относится нетрадиционная сексуальная ориентация. Также эксперты Верховного суда убеждены, что использование в законопроекте термина «сексуальная ориентация» предоставляет дополнительные привилегии так называемым «сексуальным меньшинствам», что, в свою очередь, подрывает моральные основы общества и «содействует разрушению трудовых взаимоотношений» [36].

В конце мая 2007 г. стала известна позиция БЮТ по рассматриваемому вопросу. Следует отметить, что названный блок публично заявил о своем отношении к проблематике гомосексуализма. Его фракция в парламенте пятого созыва согласилась с аргументацией общественного движения «Любовь против гомосексуализма», выступившего против использования в Трудовом кодексе Украины словосочетания «сексуальная ориентация», и внесла соответствующую поправку в его проект. Движение «Любовь против гомосексуализма» получило письмо из секретариата фракции. В нем говорится: «Фракция Блока Юлии Тимошенко полностью разделяет Вашу обеспокоенность относительно угрозы распространения в Украине под лозунгом свободы и

недискриминации, в том числе в сфере трудовых отношений, аморального образа жизни и поведения». Далее заведующий секретариатом фракции в этом документе сообщает, что депутаты данной политической силы отстаивают моральность и духовность общества, выступают за укрепление традиционных норм жизни украинского народа. «Поэтому народным депутатом Украины членом фракции БЮТ О. Боднар внесена поправка относительно исключения слов “сексуальная ориентация” из ст. 4 проекта Трудового кодекса Украины», – говорится в письме. Таким образом, надежды, которые возлагали лидеры сексуальных меньшинств на БЮТ, не оправдались.

Отмечается, что ранее СПУ, КПУ и их представители выражали публичную поддержку движению «Любовь против гомосексуализма». Сообщается, что в частных беседах депутаты фракций «Нашей Украины» и Партии регионов также высказывались о недопустимости нормализации и популяризации однополых сексуальных отношений как опасных для общества, однако обе эти силы пока публично не отреагировали на инициативы названного движения [40].

Негативное отношение ряда групп в Украине к гомосексуальным связям выражается и в том, как они реагируют на приезд в нашу страну некоторых зарубежных певцов, которые являются гомосексуалами (Элтона Джона, Бориса Моисеева, Сергея Пенкина). Так, камнем преткновения стал концерт английского певца Элтона Джона, целью проведения которого был сбор средств для борьбы со СПИДом. Этот приезд был расценен рядом религиозных групп как пропаганда гомосексуализма. Всеукраинская общественная организация «Союз православных граждан Украины» (СПГУ), которая ориентирована на Украинскую православную церковь Московского патриархата (УПЦ МП), готовила протестные акции, однако из-за профилактических мероприятий, проводимых соответствующими органами, они были сведены к минимуму. Этому предшествовали проводимые в Киеве переговоры между горадминистрацией и руководством СПГУ относительно места проведения акции. Предлагаемое городскими властями столицы Украины место не устраивало православных из-за удаленности от Майдана, в связи с чем терялся смысл проведения акции. В результате переговоры завершились тем, что мэрия Киева в судебном порядке запретила православным проводить акцию на майдане и в его окрестностях [41].

Подчеркивается, что СПГУ не был намерен устраивать какие бы то ни было беспорядки на

Майдане во время концерта Элтона Джона. «Планировалось выставить небольшой информационный пикет и раздать зрителям листовки, чтобы люди знали, в чем на самом деле они принимают участие. Все эти действия вполне соответствуют действующему законодательству Украины». Однако, несмотря на письменное предписание о недопустимости никаких акций на Майдане Независимости, в субботу 16 июня в Киев все же выехали активисты «Единого Отечества», которые привезли подготовленные листовки с текстом Заявления СПГУ: «Концерт содомита Элтона Джона – кощунство, а не помощь страдающим от СПИДа!» («Единое Отечество» – одесская региональная общественная организация, на основе которой был создан СПГУ.) Православные активисты, смешавшись с толпой, раздавали их во всех местах прохода зрителей перед началом концерта. Отмечается, что потенциальные зрители охотно брали листовки, читали их и задумывались [42].

Сообщается, что бесплатный концерт Элтона Джона в центре Киева, на котором присутствовало около 200 тыс. человек, собрал около 200 тысяч гривен. Пожертвование на благотворительность, а именно столько стоил билет в VIP-зону, составляло 1 тыс. долларов. На VIP-трибуне были замечены президент Украины Виктор Ющенко, экс-президент Леонид Кучма, посол России Виктор Черномырдин, американский посол Уильям Тейлор и др. Тогдашний спикер Верховной Рады Александр Мороз и премьер-министр Виктор Янукович отказались посетить концерт Элтона Джона на Майдане из-за того, что выступление артиста можно было расценить как пропаганду гомосексуализма. Юлия Тимошенко проигнорировала концерт. Однако, в отличие от Януковича и Мороза, ее не смутила ориентация Элтона Джона: лидер БЮТ, как сообщил ее соратник Николай Томенко, в этот вечер просто работала над предвыборной программой блока. депутат Тарас Черновол из Партии регионов заявил «Новому региону», что это был не просто концерт хорошего исполнителя, «это был концерт демонстрации определенных особенностей, традиций и ориентаций. ... По сути, там не прикрыто рекламировали гомосексуальные отношения и тому подобное» [42, 43].

Следует отметить, что на отношение верующих к Элтону Джону может влиять не только его сексуальная ориентация и стремление к популяризации однополых отношений, но также и его высказывания, направленные против церкви. Так, А. Белецкий сообщает, что, по мнению

певца, церковь отстала от жизни и ее можно просто запретить [44].

В разное время высказывались протесты против приезда в Украину с гастрольями Бориса Моисеева. Так, 8 ноября 2000 г. в связи с его приездом в Киев с просьбой запретить российским артистам, принадлежащим к сексуальным меньшинствам, осуществлять гастрольную деятельность на Украине в Верховную Раду обратились Ивано-Франковская и Тернопольская областные организации Украинской народной самообороны (УНСО). Во время его концерта 5–6 ноября в киевском дворце культуры «Украина» приехавшие со всей республики члены УНСО забросали афиши с портретом певца гнилыми помидорами, за что несколько человек из их числа были оштрафованы. По мнению авторов обращения, «юноши должны брать пример не с голубого Моисеева, а с американского писателя Эрнеста Хемингуэя, который не только с оружием в руках защищал личную гражданскую позицию, но и, в отличие от “голубых”, любил женщин и активно размножался» [45].

9 ноября 2006 г. СПГУ организовала в Одессе своеобразный крестный ход от Свято-Пантелеимоновского монастыря к театру музыкальной комедии, где проходил концерт Моисеева, в котором приняли участие 300 человек. Кордон милиции не дал участникам акции заблокировать вход в театр, и одесситы продолжили крестный ход вокруг здания. Здесь же состоялся и митинг протеста против проведения концертов Бориса Моисеева в Одессе. Периодически над городом раздавался колокольный звон. Ведущий митинга, председатель СПГУ Валерий Кауров, обращался к входящим в театр зрителям с разъяснениями о цели акции, отговаривая их посещать концерты Моисеева. Многие зрители шли на концерт с детьми и у входа читали плакат митингующих с надписью «А если завтра таким станет твой сын?» Некоторые одесситы уже у входа в театр принимали решение отказаться от посещения концерта. Несколько активистов СПГУ пытались провести акцию и в зрительном зале, однако были блокированы сотрудниками милиции. Как сообщил корреспонденту ИА REGNUM председатель СПГУ Валерий Кауров, Борис Моисеев проводит свое представление в театре, горячо любимым каждым одесситом. «В последние времена мы становимся свидетелями того, как агрессивные меньшинства, представляющие лиц нетрадиционной сексуальной ориентации, своими публичными действиями стараются навязать всему обществу свой извращенный стан-

дарт, переделать его по своему образу и подобию», – заявил Кауров. По его мнению, гастроль Моисеева – «одного из главных проповедников содомии и вседозволенности» – является подтверждением этого тезиса [46].

В ноябре 2007 г. в интернете появилось сообщение о том, что в Днепропетровске, несмотря на запрет Управления внутренней политики горисполкома, была предпринята попытка проведения гей-форума, который сорвали лица, негативно относящиеся к гомосексуальным связям [47]. В связи с этим отмечается, что для участия в акции в Днепропетровск съехались представители Гей-Форума из Львова, Киева, Донецка, Симферополя. За полчаса до начала мероприятия на центральной площади города собралось около 100 человек. Группа из 30 мужчин, откровенно признавая, что все они являются представителями МСМ (мужчинами, имеющими секс с мужчинами), подверглась нападению. Воинственно настроенная молодежь с криками «Не допустим гей-парадов в Днепропетровске» забросала гомосексуалов куриными головами, яйцами, пустыми бутылками, использовала петарды. На мероприятии также присутствовали представители различных церковных конфессий, но они были настроены менее агрессивно. Наблюдая со стороны за скандалом, они предлагали «стереть гомосексуализм с лица Украины», но более мягкими способами (убеждение, лечение и т.д.). Девушки из общественной организации «Ассет» раздавали листовки под названием «Любовь против гомосексуализма». По мнению членов этой организации, движение гомосексуалов способствует развитию демографического кризиса. Не скрывали подчеркнуто-отрицательного отношения к гомосексуализму представители партий «Братство», а также церковью «Точка опоры» и «Новое поколение». Высказывалось мнение, что гомосексуалы могут вступать в интимные отношения с теми, с кем они хотят, но не следует «выносить» свои желания на улицу и устраивать из этого шоу [47].

Председатель правления Гей-Форума Украины по Днепропетровской области заявил, что своей акцией они хотели призвать украинцев к терпимому отношению к людям с нетрадиционной сексуальной ориентацией, но, к сожалению, поняли, что Днепропетровск еще не готов к открытой толерантности. Однако он пообещал, что «мы на этом не остановимся. Люди с нетрадиционной ориентацией были, есть и будут, и не замечать проблем таких людей нельзя». Гей-скандал на центральной площади им. Ленина в

Днепропетровске закончился с приездом сотрудников милиции, которые заявили, что у них нет данных о пострадавших, и с заявлениями о пострадавших к ним никто не обращался [47].

Следует отметить, что существующая в настоящее время в Украине политическая ситуация, нередко сопровождающаяся антироссийской риторикой некоторых групп и лиц, выразилась, в частности, и в отношении к гомосексуальным связям. Так, один из авторов, демонстрируя свою политическую zaangażированность, в февральской интернет-публикации 2007 г. на полном серьезе утверждает, что Россия якобы навязала Украине моду на гомосексуализм [48]. Отмечается следующее: «Мужеложство совершенно не было известно в эпоху Киевской Руси, население которой было далеко от страстей, некогда обуревавших античные Грецию и Рим. Ни “Правда руська”, ни церковные поучения тех времен не упоминают об этом заболевании. Но как только на Северо-Востоке добрая русская кровь была разбавлена кровью угро-финов и прочей неруси, так там сразу же начинает проявляться содомия. Вы будете смеяться, но, увы, речь опять о Московии». Далее отмечается, что «источки содомии берут свое начало именно с земель, ставших впоследствии называться Московией. Впоследствии почти все иностранные путешественники, оставившие свои описания пребывания в московитских пределах, с негодованием отмечали мужеложские склонности во всех слоях населения – от селян до царской семьи. <...> Чем менее в московитах оставалось русского, киевского, тем более у них расцвело мужеложство...». Затем сообщается, что на «собственно Руси (в Украине) содомский грех не прижился. Нет ни одного поучения, ни одного письма, ни одного трактата, из которого бы явствовало о наличии практики содомии в нашем Отечестве». Указывается, что «содомия не прижилась и в более поздние времена козачества. Даже сейчас, наблюдая за состоянием эстрады, бросается в глаза насколько популярны в Московии педерасты и насколько они не популярны у нас на Руси. Не приживаются – и всё! Ясно, что если бы русский (украинский) народ был в какой-то степени близок к народности

московитской, то привычки этих народов должны были бы иметь сходство. Ничего этого нет и в помине. Говоря так, я имею в виду не русский (украинский) народ в его политическом смысле (гражданине Украины), а имею в виду именно этничность. Для того чтобы уяснить в каких областях нашей страны распространены такие пороки, как беспечинная матерщина, пьянство и гомосексуализм, не надо лезть в справочники. Все очевидно, и все находится на поверхности. Пресловутый Юго-Восток оставляет далеко позади всю остальную часть страны в деле увлечения содомией. Конечно, проводить прямую связь между пристрастием к голубому цвету населения Юго-Востока, кишущего выходцами из Московии, было бы из разряда шуток, но нетрудно видеть, что, с учетом вышеприведенного, для шуток этой имеются более чем серьезные основания. Из вышеприведенного так же нетрудно понять, откуда тянется к нам на Русь эта мерзость. Нетрудно видеть и то, что те, кто разглазговольствуют о превосходстве московитской культуры, о ее “значимости” и навязчиво домогаются ее главенства в Восточной Европе, в духовной сущности своей ведут свой род от носителей заразы, имя которой – мужеложство».

В феврале-марте 2007 г. по заказу Регионального информационного и правозащитного Центра для геев и лесбиянок «Наш мир» при поддержке Фонда содействия демократии посольства США в Украине социологической службой «TNS Украина» в нашей стране были проведены специальные исследования, направленные на изучение отношения населения к гомосексуалам. Всего было опрошено 1200 человек в возрасте от 16 до 75 лет, представляющих все социальные группы населения. Как свидетельствуют результаты опроса, в Украине к геям и лесбиянкам сейчас относятся хуже, чем в 2002 г. Данные 2007 г. в их сопоставлении с результатами, полученными пять лет назад, отражены в табл. 1–3.

При анализе полученных данных отмечается, что причины роста негативного отношения к гомосексуалам следует искать в общем росте нетерпимости в обществе, в более активной антигомосексуальной позиции церкви, которая отмечается в последние годы, а также в большей открытости гей-сообщества.

Таблица 1

По Вашему мнению, жители Украины, имеющие гомосексуальную ориентацию, должны иметь те же самые права, что и прочие граждане нашей страны?

Варианты ответов	март 2007 г.	март 2002 г.
Да, все должны иметь одинаковые права	34,1 %	42,5 %
Нет, должны быть некоторые ограничения	46,7 %	33,8 %
Затрудняюсь ответить	19,2 %	23,6 %

Считаете ли Вы, что гомосексуальные граждане должны иметь право регистрировать свои отношения подобно обычной супружеской паре?

Варианты ответов	март 2007 г.	март 2002 г.
Да, должны иметь такое право	15,8 %	18,8 %
Нет, ни в коем случае нельзя давать такого права	52,3 %	40,2 %
Должны быть исключения (индивидуальное рассмотрение)	11,4 %	13,6 %
Затрудняюсь ответить	20,5 %	27,4 %

Считаете ли Вы, что гомосексуальные граждане имеют право воспитывать детей?

Варианты ответов	март 2007 г.	Март 2002 г.
Да	17,1 %	21,5 %
Нет	60,2 %	49,2 %
Затрудняюсь ответить	22,7 %	29,3 %

По результатам опроса, более позитивно к гомосексуалам относятся Киев, Крым, Восточная и Центральная Украина, более негативно – западный и северный регионы [49]. Следовательно, в результате данных исследований выявился определенный парадокс. Обычно толерантность общества к сексуальным меньшинствам связывают со степенью его либеральности. Однако оказалось, что Западная Украина, которая больше ориентирована на Западный мир, более всего не готова к признанию прав и свобод геев и лесбиянок [50]. По нашему мнению, одним из факторов, влияющим на это, может быть большее влияние церкви в данной части Украины на сознание людей. Примечательно, что женщины более лояльно относятся к геям и лесбиянкам по сравнению с мужчинами. Доля положительных ответов у респондентов возрастной группы 16-19 лет приблизительно в три раза больше, чем у лиц в возрасте 60-75 лет, а доля отрицательных ответов в самой старшей группе в 1,5-2 раза превышает таковую в самой младшей [51].

В приводимом Центром «Наш мир» анализе [52] полученных результатов отмечается, что по сравнению с результатами опроса 2002 г. процент позитивных ответов существенно уменьшился почти во всех возрастных группах, за исключением самой старшей – 60-75 лет. Однако среди всех возрастных категорий населения значительно увеличилось показатели негативного отношения к гомосексуалам. Это произошло за счет уменьшения числа тех, для кого в 2002 г. было тяжело определиться со своим отношением к указанным проблемам (см. табл. 4).

На основании проведенного анализа делает-

ся вывод, что в целом, подводя итоги проведенных в 2002 и 2007 гг. опросов, можно констатировать в украинском обществе низкий уровень толерантного отношения к лицам с нетрадиционной сексуальной ориентацией. Более того, за последние пять лет показатели терпимости по сравнению с 2002 г. снизились. Кроме того, выяснилось, что даже среди тех граждан (немного более трети), которые поддерживают идею предоставления гомосексуалам равных с гетеросексуалами прав в многообразных сферах жизни, возможность предоставления права на официальное создание однополых семьи и права на воспитание в такой семье ребенка поддерживают всего лишь соответственно 15,8% и 17,1% опрошенных [52].

На основании приведенных выше данных можно сделать вывод, что в целом в постсоветской Украине гомосексуальные отношения не воспринимаются обществом как соответствующие норме. Из этого следует, что отсутствует (не соблюден) ее социальный компонент. Для того чтобы ответить на вопрос, может ли гомосексуальное поведение считаться нормальным в современной Украине, также целесообразно привести определение нормы, которое дает Всемирная организация здравоохранения. Согласно этому определению, «норма» – этический стандарт, модель поведения, рассматриваемая как желательная, приемлемая и типичная для той или иной культуры [53]. Отрицательный ответ на данный вопрос очевиден, так как в Украине в настоящее время гомосексуальное поведение не является ни типичным, ни желательным. Тем более, названное поведение не воспринимается обществом как некий этический стандарт.

Отношение к идее равноправия гомосексуальных граждан жителей Украины разного возраста

Альтернативы	16-19 лет	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60-75 лет
Март 2007 г.						
Да, все должны иметь одинаковые права	40,0%	45,9%	37,8%	37,0%	27,3%	20,5%
Нет, должны быть определенные ограничения	42,0%	38,5%	43,3%	47,2%	53,5%	53,1%
Трудно ответить	18,0%	15,6%	18,9%	15,7%	19,2%	26,4%
Март 2002 г.						
Да, все должны иметь одинаковые права	63,2%	55,7%	50,2%	44,1%	37,2%	21,8%
Нет, должны быть определенные ограничения	19,5%	29,4%	34,0%	29,9%	38,8%	40,4%
Трудно ответить	17,2%	14,9%	15,8%	26,0%	23,9%	37,9%

В связи с обсуждаемой проблемой следует привести мнение известных клинических сексологов (профессоров) Украины по данному вопросу. Так, В.В. Кришталь однозначно относит гомосексуализм к расстройствам сексуального предпочтения (парафилиям) [54]. Г.С. Кочарян [55], анализируя данную проблему, отмечает, что в настоящее время в связи с направленностью своего сексуального влечения лица с однополый сексуальной ориентацией практически не обращаются за сексологической помощью или обращаются за ней крайне редко, так как гомосексуализм не рассматривается в МКБ-10 в качестве патологического состояния [56]. Вместе с тем сообщается, что решение об изъятии гомосексуальной ориентации из разряда патологии было принято перевесом всего лишь в один голос [57].

Автор отмечает [55], что в тексте, комментирующем закрепленное в данной классификации отношение к этому вопросу, отмечается, что та или иная сексуальная ориентация сама по себе не рассматривается в качестве расстройства. Более того, обращает на себя внимание код F66.1 (эго-дистоническая сексуальная ориентация), который отражает такое положение, когда «половая принадлежность или сексуальное предпочтение не вызывают сомнения, однако индивидуум хочет, чтобы они были другими по причине дополнительно имеющихся психологических или поведенческих расстройств, и может искать лечение с целью изменить их» [56]. В контексте того, что гомосексуальная ориентация

в рассматриваемой классификации сама по себе не считается патологией, желание избавиться от названной ориентации, по сути, свидетельствует о наличии некоей аномальности.

Некоторые либерально настроенные по отношению к однополым сексуальным отношениям люди, включая врачей, говорят о том, что гомосексуализм не является патологией, однако его не следует пропагандировать. В связи с этим возникает вопрос: «А почему не стоит так поступать?» Ведь в случае признания гомосексуальных отношений нормальными, они с полным основанием могут пропагандироваться наравне с гетеросексуальными. Очевидно, что названная точка зрения является своеобразным компромиссом между неприятием гомосексуализма как нормы и стремлением соответствовать установкам МКБ-10.

По нашему мнению (характеризуются случаи, когда гомосексуализм не является синдромом какой-либо другой патологии или кратковременным транзиторным феноменом, а также когда подчас даже достаточно долго имеющие место гомосексуальные контакты не вызваны влечением к одноименному полу и обусловлены мотивацией, не имеющей к этому никакого отношения), гомосексуализм представляет собой нарушение психосексуальной ориентации по полу объекта, врожденную или/и приобретенную аномалию/расстройство полового влечения, нарушение программы воспроизведения человеческого рода. Под врожденными вариантами данной

патологии мы подразумеваем такие, которые обусловлены наличием существующих еще в антенатальном периоде биологических искажений, приводящих в последующем к развитию гомосексуальной ориентации. Разумеется, что такая патология не является эквивалентной аномалиям, выявляющимся уже при рождении и с возрастом практически не претерпевающим никакой динамики. Примерами подобных аномалий в соматической сфере могут быть полидактилия и врожденная цветовая слепота.

Неправильно было бы применять против гомосексуалов меры карательного характера, если они насильно не принуждают других (взрослых и детей) к однополрой любви. Ведь ни у одного человека (в том числе и у врача) не возникнет мысль помещать в тюрьму людей с любой другой патологией, если они не совершают действий, приносящих ущерб людям и государству.

Следует отметить, что одним из ключевых моментов, который пытаются использовать для доказательства того, что гомосексуализм не является патологией, служит тот факт, что гетеросексуальные контакты далеко не всегда ведут к деторождению, часто выполняя только функцию наслаждения, которая реализуется и при гомосексуальных контактах. В этой связи, в частности, проводится сопоставление между гетеросексуальными контактами с использованием контрацептивов и однополыми контактами. Ни те, ни другие не ведут к деторождению. Однако не следует забывать о том, что если гетеросексуальные контакты предполагают возможность зачатия, то гомосексуальные полностью его исключают. Данное обстоятельство, в частности, является причиной того, что только каждый десятый американский гей является отцом [58].

В продолжение обсуждения отношения к гомосексуализму необходимо подчеркнуть, что терпимость по отношению к нему, базирующаяся на понимании этого явления и приятии его как данности, не должна переходить границы, за которой названная патология в представлении людей по закону перехода количественных изменений в качественные вдруг окажется нормой. Соблюдение определенных рамок терпимости необходимо и затем, что чрезмерный либерализм приводит лишь к тому, что лица с ориентацией, о которой идет речь, начинают убеждать окружающих в абсолютной нормальности однополрой любви, а влияние социальных и психологических факторов не следует недооценивать. В этой связи следует подчеркнуть, что люди с определенными взглядами и образом жизни все-

гда стремятся к их распространению. Иногда это выражается в очень жесткой форме. Так, в редакционной статье российской газеты сексуальных меньшинств «Тема» (1991, № 3–4) открыто отмечается следующее: «Наше общество – гетеросексуальное. Ребенок с детства воспитывается гетеросексуальным, ему навязываются гетеросексуальные идеи... Навязывание этих стереотипов – чудовищно». «С властями не церемоньтесь», – рекомендует зарубежный деятель гей-движения Ноэль Грейг («Тема», 1992, № 1). «Мы заслужим свою свободу шоком, борьбой, не щадя нервы гетеросексуалов», – обещает передовая «Coming out» состоялась!» («Тема», 1991, № 3–4) [по 59].

По нашему мнению, идея терпимости по отношению к гомосексуалам и принятия гомосексуальности как объективно существующей реальности не должна уступать место идее о гомосексуализме как о норме!

Высказывание типа «Гомосексуализм имеет право на существование», которое следует считать справедливым, не доказывают того, что он может и должен быть причислен к норме. Аналогичные высказывания могут быть сделаны и в отношении любой другой существующей патологии, так как она, так же, как и гомосексуализм, имеет место у определенного процента лиц вне зависимости от того, хотим мы этого или нет. В связи с этим небезынтересно привести данные опубликованного в 1993 г. отчета многопланового изучения сексуального поведения в США, согласно которому гомосексуалами среди 1333 опрошенных мужчин считали себя 4% лиц, а среди 1411 опрошенных женщин – 2% [60].

Изменение отношения к гомосексуализму, а именно стремление к его депатологизации, которое нашло отражение в последних медицинских классификациях, следует рассматривать как процесс, который игнорирует биологический компонент нормы и опирается на определенный социальный заказ, направленный на уравнивание гетеро- и гомосексуальной ориентаций (будто бы являющихся лишь различными нормативными вариантами полового влечения) в русле демократизации/гуманизации общества, представляя собой ее (демократизации/гуманизации) издержки.

О существующем социальном заказе, в частности, говорит характер некоторых исследований, якобы свидетельствующих о превосходстве гомосексуалов над гетеросексуалами по ряду характеристик. Так, известный российский со-

циолог И.С. Кон [61], основываясь на данных литературы, в статье «О нормализации гомосексуальности» сообщает, что хотя данные на этот счет фрагментарны и не всегда сопоставимы, уровень образования и дохода геев и лесбиянок нередко выше среднестатистического. По данным национальной переписи США 1990 г., 13% совместно живущих геев имели образование выше колледжа, а 23,7% окончили колледж; у женатых гетеросексуальных мужчин соответствующие цифры – 10,3% и 17%. Кроме того, гомосексуалы значительно реже нарушают закон. Районы, в которых предпочитают селиться люди с нетрадиционной сексуальной ориентацией, ничем не напоминают прежние гетто; нередко недвижимость в них стоит дороже, чем по соседству. По данным опроса 15 тыс. европейцев, проведенного известной гамбургской аналитической службой EMNID, геи и бисексуалы лучше образованы и имеют более высокую академическую успеваемость. Европейские геи тратят больше денег на путешествия, больше увлекаются музыкой и литературой, а также проводят на 10% больше времени в интернете. Далее цитируемый автор отмечает, что в некоторых видах творческого труда, особенно связанных с искусством, они даже статистически «перепредставлены».

Приведенные данные нуждаются в обсуждении и вызывают ряд вопросов. Во-первых, они резко отличаются от сведений, представленных в работах прошлых лет, в которых геи подавались исключительно в негативных красках (психопатологический, поведенческий и социальный аспекты). Часто это было связано с тем, что исследовались только люди, находившиеся в местах лишения свободы или состоявшие под наблюдением психиатров. Таким образом, по-видимому, речь идет о крайностях, так как более ранние публикации также обслуживали социальный заказ, который был диаметрально противоположен нынешнему. Тем не менее не вызывает сомнения, что исключение гомосексуализма из категории психических расстройств, приведшее к улучшению отношения к гомосексуалам в обществе, вполне естественно способствовало уменьшению негативной самооценки лиц с однополрой сексуальной ориентацией, приводящей к возникновению у них различных психологических проблем и других (помимо гомосексуализма) психических расстройств. Во-вторых, следует обсудить вопрос о том, почему, как отмечалось выше, европейские геи больше времени проводят в интернете и больше денег тра-

тят на путешествия. Не связано ли это с тем, что посредством интернета они часто осуществляют поиск партнеров, меньше обременены семейными заботами, уходом за детьми, необходимостью уделять им определенное время и обеспечивать их материально?

В случаях затруднений сексуальной реализации, обусловленных сексуальными дисфункциями, как показали наши исследования [62–65], у мужчин наблюдаются различные изменения поведения, которые могут, в частности, проявляться возникновением новых увлечений или активизацией старых, уходом в работу, появлением или интенсификацией научных и культурных интересов. В целом данный паттерн поведения назван нами «Сублимация и феноменологически близкие ей трансформации поведения». Несомненно, что лица с гомосексуальной ориентацией часто испытывают значительные затруднения в реализации своего полового влечения, что может приводить к изменениям их поведения, обусловленным сублимацией, проявляющимся, в частности, творческими увлечениями.

Называются и другие причины, активизирующие учебу и стимулирующие интеллектуальное развитие геев. Так, И.С. Кон [66] отмечает, что по многим психологическим тестам (и особенно по направленности интересов) геи больше похожи на женщин, чем на гетеросексуальных мужчин. Особенно сильно это проявляется в детстве. Школьные отметки гомосексуальных мальчиков, как правило, выше среднего уровня. Также называют следующий дополнительный стимул к учебе и интеллектуальному развитию маленьких геев. Он заключается в том, что из-за невозможности преуспеть в типичной мальчишеской деятельности, соревновательных играх и спорте их самореализация идет по другому пути. Однако отмечается, что так поступают не только геи, но и многие другие будущие интеллектуалы. В связи с этим подчеркивается, что считать всех геев интеллектуалами так же нелепо, как и подозревать всех интеллектуалов в гомосексуальности [66].

Часто спрашивают, а чем же болен гомосексуал? В связи с этим следует подчеркнуть, что мы не обсуждаем причины тех психических расстройств, которые обусловлены непростой жизнью гомосексуала в гетеросексуальном обществе и/или переживаниями, связанными с его неприятием собственной сексуальной ориентации. Речь идет о самой этой ориентации. В ряде случаев для того, чтобы отнести гомосексуалов

к психически здоровым людям, в пример приводят тех из них, которые принимают свою сексуальную ориентацию, неплохо адаптированы и не страдают какими-либо иными психическими расстройствами. Однако необходимо отметить, что гомосексуализм сам по себе является психической патологией (патологией влечения). В этой связи целесообразно, сделав исторический экскурс, привести мнение известных французских психиатров Филиппа Пинеля (1745–1826) и Жана Этьена Доминика Эсквиноля (1772–1840), которые считали, что «безумие» может быть не только общим, но и частичным, поражающим только одну психическую функцию. Одной из таких «монемий», по их мнению, является «извращение полового чувства» [по 66].

Следует отметить, что в связи с попыткой обосновать и оправдать депатологизацию гомосексуализма можно встретить два термина: «диагностическая дипломатия» и «политкорректность» (диагноза), которые подсказывают каким образом патология «может быть превращена» в норму.

Таким образом, абстрагируясь от социального аспекта рассматриваемой проблемы, следует отметить, что с медицинской/медико-биологической точки зрения гомосексуальность нельзя

считать нормой. Наше мнение разделяют ряд известных сексологов (профессоров) Украины и России (В.В. Кришталь, Г.С. Васильченко, А.М. Свядош, С.С. Либих, А.А. Ткаченко), а также известный украинский психиатр профессор Н.И. Стрельцова. Также это позиция кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины и Федерального научно-методического центра медицинской сексологии и сексопатологии (Россия, Москва), которые считают, что нормой является гетеросексуальность, а гомосексуальность относят к расстройствам сексуального предпочтения (парафилиям) [57, 65]. Следовательно, медицинская нормализация гомосексуализма, которая, несомненно, имеет политическую и гуманистическую подоплеку, научно необоснованна, так как игнорируют биологический компонент нормы.

Тем не менее это не исключает необходимости противодействовать гомофобным установкам и проявлениям (страхом перед гомосексуальностью и ненавистью к ее носителям), что будет препятствовать развитию у гомосексуалов других психических расстройств и способствовать их социальной адаптации.

Г.С. Кочарян

ГОМОСЕКСУАЛЬНІ ВІДНОСИНИ ТА ПОСТРАДЯНСЬКА УКРАЇНА

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено дані щодо ставлення до гомосексуальних зв'язків, шлюбів і виховання дітей одностатевими парами у пострадянській Україні. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 2 (19). — С. 83-101).

G.S. Kocharyan

HOMOSEXUAL INTERCOURSES AND THE POST-SOVIET UKRAINE

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

Some data on the attitude to homosexual intercours, same-sex marriages and education of children by same-sex couples in the post-Soviet Ukraine are submitted. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 2 (19). — P. 83-101).

Литература

1. Голубая книга. Положение геев и лесбиянок в Украине. — Киев: Нора-принт, 2000. — 126 с.
2. Гей-гид по Украине // <http://www.nashmir.org/guide.php>
3. Всемирный день противодействия гомофобии // http://emotion.com.ua/online_conferences/80
4. Молодежная ассоциация геев и лесбиянок Украины “gLife” // <http://100p.biz/cgi-bin/do/read.cgi?c=104&m=271>
5. Маерчик М. Ориентации, которые мы выбираем. № 3 (531) 29 января – 4 февраля 2005 // <http://www.zn.ua/3000/3050/49036/>
6. ВИЧ/СПИД в среде МСМ (мужчин, практикующих секс с мужчинами) в Украине. Анализ ситуации // http://www.ugla.odessa.ua/activities6_ru.htm
7. Климончук О. Кто защищает геев в украинской политике? 30.07.2007 // <http://www.unian.net/rus/news/news-205417.html>
8. Аверин В. Конференция и круглый стол в Киеве. 06.10.2005 // <http://favorit.gay.ru/>
9. Туристическая компания ABC Global Travel. Украина // http://abcgaytravel.com/about_ukraine.html
10. Кухарчук Р. Кирпичи трансформации // КАМЕНЬ Краеугольный. — 2004 (август). — №17 // http://www.cornerstone.org.ua/kk17_position17_1.shtml
11. Международный день борьбы с гомофобией на Украине // <http://www.gay.ru/society/lgbt/action/kyev-actions2005.html>
12. В Киеве протестуют против гомосексуализма. 10.09.2006 // http://context.ua/ukraine/society/2006/09/10/osp_17204.html
13. Участники акции «Любовь против гомосексуализма» требуют от украинских партий определиться относительно требований секс-меньшинств. 18.09.2006 // <http://www.a-n-g-e-l.info/index/news/1009>
14. Ющенко ответит за Грача? // <http://www.drugienovosti.com/ukraine/?id=6542>

15. Лидер ЛПГ Кухарчук рассказал о стратегиях // <http://forum.alivefaith.ru/viewtopic.php?t=1990&view=previous>
16. Идеи и требования геев и лесбиянок являются антигосударственными ... // <http://faza.com.ua/analitics/19.09.06/28471.html>
17. СПУ осудила гомосексуализм. Кто следующий? // <http://faza.kiev.ua/analitics/14.10.06/29460.html>
18. Томенко поддержит однополые браки, когда вызреет общество. 6 сентября 2007 // <http://mediaua.com.ua/detail/25403>
19. В Украине собирают подписи для введения уголовной ответственности за пропаганду гомосексуализма // http://gayradio.ru/2007/05/02/v_ukraine_sobirajut_podpisi_dlja_vvedenija_ugolovnoji_otvetstvenosti_za_propagandu_gomoseksualizma.html
20. Общественные организации Украины против гомосексуализма // <http://www.rutoday.ru/news/587/>
21. Сейм Латвии запретил содомитские «браки» // <http://content.mail.ru/arch/3035/967667.html#46>
22. Севастьянов А.Н. Агрессивное меньшинство или заговор педерастов // http://www.xpomo.com/ruskolan/liter/pedik_03.htm
23. Разные – равные // <http://www.gay.org.ua/publication/equal-different.htm>
24. В Украине хотят легализовать геев и лесбиянок // Набат. – 2006 (9 ноября). – №31 (148) // <http://nabat.al.ru/2006/gkg148c.htm>
25. МИД Украины не против однополых браков. 01.11.2006 // <http://www.korrespondent.net/main/169036>
26. Открытое письмо Всеукраинского совета церквей и религиозных организаций по поводу инициатив легализации так называемых однополых браков (регистрации однополых партнерств). 24.11.2006 // <http://www.ugcc.org.ua/rus/library/appeal2006/lyst/>
27. Глава еврейской общины Керчи уходит из-за несогласия с подходом реформистов к гомосексуализму. 17.04.2007 // http://jn.com.ua/disasters/homo_1604.html
28. Кипиани В. Вызов духа. Глава православных Киевского патриархата высказался об отношении к проблемам и порокам современной цивилизации // <http://www.kipiani.org/plain.cgi?368>
29. Греко-католики просят власти Украины законодательно определить понятие «сексуальное меньшинство» // <http://prochurch.info/index.php/news/more/5679>
30. Семейный кодекс Украины. – Х.: ООО «Одиссей», 2007. – 112 с.
31. Конституция Украины, принятая на пятой сессии Верховной Рады Украины 28 июня 1996 г. с изменениями, которые вступили в силу с 1 января 2006 г. в соответствии с Законом Украины «О внесении изменений в Конституцию Украины» №2222-IV от 8 декабря 2004 г. – Х.: Парус, 2006. – 56 с.
32. Президенту, Парламенту Украины, ко всем главам государств и церквей. Ученые Академии наук Украины // <http://mp3music.org.ua/П/literature/article/scientists/index.htm>
33. Украинские ученые видят угрозу в гомосексуализме // <http://psyfactor.org/news/gomo.htm>
34. Кочарян А.С. дискусія та обговорення // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. Серія «Психологія». – 2003. – №599. – С. 335.
35. Первое открытое шествие секс-меньшинств в Украине. На Крещатике раздевали лесбиянок. 18 мая 2007 года // <http://www.segodnya.ua/news/199684.html>
36. Гомосексуализм – природное проявление. Так постановил Верховный Суд Украины // <http://queerlvov.pp.net.ua/news/2007-06-18-17>
37. Качор Т. Секс-пункт №4. 25.01.2007 // <http://drugienovosti.com/ukraine/?id=5365>
38. Президента призвали к гомофобии. 08.10.2007 // <http://uath.org/index.php?news=1930>
39. «Посольство Божье»: старые песни о главном. 05 октября 2007 // http://gayua.com/gay/071005_anti-gay_parade.html
40. Блок Юлии Тимошенко четко ответил содомитам. 30.07.2007 // <http://drugienovosti.com/ukraine/?id=17512>
41. Заявление Союза православных граждан Украины. 17 июня 2007 // <http://russian.kiev.ua/material.php?id=11603598>
42. Кравец О. Несмотря на беспрецедентные «профилактические» репрессивные меры православные все-таки провели акцию во время концерта Элтона Джона в Киеве 19.06.07 // <http://otechestvo.org.ua/main/20076/1902.htm>
43. Кравец О. Концерт Элтона Джона в Киеве. Почему православные против. 18.06.07 // <http://www.otechestvo.org.ua/main/20076/1801.htm>
44. Ген против «пидаров». Гомосексуализм и Украина: Pro et Contra. 08-06-2007 // <http://www.vlasti.net/index.php?Screen=news&id=212739>
45. Националисты нетерпимы к гомосексуализму. 8.11.2000 // <http://www.prima-news.ru/news/news/2000/11/8/13347.html>
46. В Одессе во время концерта Борис Моисеев столкнулся с противниками его образа жизни. 10.11.2006 // <http://www.regnum.ru/news/736590.html>
47. Нефёдова Ю. Скинхеды забросали куриными головами геев и верующих. Представители Гей-форума Украины попытались провести в Днепрпетровске гей-парад, приуроченный ко дню толерантности к представителям секс-меньшинств // <http://gorod.dp.ua/news/news.php?id=8290>
48. Россия навязала Украине моду на гомосексуализм (история и анализ) // http://zakviv.com/index.php?nma=news&fla=stat&cat_id=5&page=1&nums=7262.
49. Украинцы стали более гомофобны (результаты соцопроса) // <http://www.gay.org.ua/17may07/>
50. Маерчик М. Ориентации, которые мы выбираем // <http://www.zn.ua/3000/3050/49036/>
51. Опрос TNS Ukraine: 40,3% украинцев против регистрации однополых союзов // <http://www.gay.ru/news/rainbow/2002/05/18.htm>
52. Ставлення українців до людей гомосексуальної орієнтації // <http://www.gay.org.ua/17may07/poll07-ukr.doc>
53. Проблема психической нормы // <http://kluverpsycho.narod.ru/norma.html>
54. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
55. Кочарян Г.С. Об изменениях в обращаемости за сексологической помощью (анализ современной ситуации) // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 6. – С. 26–29.
56. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. – Санкт-Петербург: АДИС, 1994. – 304 с.
57. Кочарян Г.С. Нормализация гомосексуализма как медико-социальная проблема // Независимый психиатрический журнал. – 2006 – №4. – С. 28–36.
58. Troiden R.R. The formation of homosexual identities // JH. – 1989. – Vol. 17, N 1/2/3/4. – P. 43–74.
59. Севастьянов А. Агрессивное меньшинство // <http://nashsovr.aihs.net/p.php?y=2001&n=2&id=4>
60. Janus S.S., Janus C.L. The Janus Report on Sexual Behavior. – New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 1993 – 430 p.
61. Кон И.С. О нормализации гомосексуальности // Сексология и сексопатология. – 2003. – №2. – С. 2–12.
62. Kocharyan G.S. Fear of sexual failure in males and their behavior changes // International Journal of Psychology: Abstracts of the XXVII International Congress of Psychology. – Montreal, Canada, 16–24 August 1996. – 1996. – Vol. 31, Issues 3 and 4. – P. 116.
63. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
64. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Харьков: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
65. Кочарян Г.С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
66. Кон И.С. Лунный свет на заре. Лики и маски однополый любви. – М.: Олимп; ООО «Фирма «Издательство АСТ», 1998. – 496 с.

Поступила в редакцию 30.05.2008

К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий, **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ**, электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторений, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинико-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика исследования должна быть написана очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

8. Таблицы должны быть компактными, наглядными и содержать статистически обработанные материалы. Нужно тщательно проверять соответствие названия таблицы и заголовка отдельных ее граф их содержанию, а также соответствие итоговых цифр и процентов цифрам в тексте таблицы. Достоверность различий следует подтверждать статистически.

9. Литературные ссылки в тексте осуществляются путем вставки в текст (в квадратных скобках) арабских цифр, соответствующих нумерации источников в списке литературы в порядке их упоминания в тексте (Ванкуверская система цитирования).

10. Библиография должна оформляться в соответствии с ГОСТ 7.1-84 и содержать работы за последние 7 лет. В случае необходимости, допустимы ссылки на более ранние публикации. В оригинальных статьях цитируется не более 20, а в передовых статьях и обзорах - не менее 40 источников.

11. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте объяснены.

12. К статье прилагается резюме (150-200 слов) на трех языках (русский, украинский, английский). В резюме необходимо четко обозначить цель, методы исследования, результаты и выводы. Обязательным является обозначение полного названия статьи, фамилий и инициалов всех авторов и организации(й), где была выполнена работа.

13. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей.

14. Направление в редакцию работ, которые уже напечатаны в других изданиях или посланы для опубликования в другие редакции, не допускается.

15. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются. Не принятые к печати в журнале рукописи авторам не возвращаются.

16. К материалу прилагается анкета автора, в которой необходимо указать: Ф. И. О., дату рождения, какое высшее учебное заведение окончил и в каком году, ученую степень, ученое звание, почетные звания, должность и место работы, основные направления научных исследований, количество научных работ, авторство монографий (названия, соавторы, издательство, год выпуска).

17. Статьи направляются по адресу: 83017, Украина, г. Донецк, пос. Победа. Донецкая областная психиатрическая больница. Кафедра психиатрии ДонНМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

Редколлегия журнала