

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ 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

№ 1 (15), 2005 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого государственного 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. Івнев, В. М. Казаков, В. В. Кришталь, 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), В. С. Бітенський (Україна), І. Й. Влох (Україна), П. В. Волошин (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. О. Гримблат (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), П. Т. Петрюк (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), Л. М. Юр'єва (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький державний 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 державного 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 ДонДМУ (протокол засідання № 7 від 27.12. 2005 р.)

В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая

ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД И ПРОБЛЕМЫ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: хронические психические расстройства, реабилитация

Психосоциальная реабилитация – это процесс, который открывает людям, страдающим психическими расстройствами возможность достичь своего оптимального уровня самостоятельного функционирования в сообществе [1,2]. В соответствии с современными подходами к проблеме лечения хронических психических заболеваний именно реабилитация должна стать тем звеном в общей структуре психиатрической помощи, которое необходимо для реализации комплексного вмешательства. В отличие от узконаправленной (только лекарственной или только социальной) помощи, комплексный подход имеет ряд преимуществ, так как затрагивает сразу все стороны жизнедеятельности пациентов и их ближайшего окружения. Это позволяет задействовать сохраненные стороны личности больных, создать на этой основе достаточно высокий уровень мотивации к позитивным изменениям, сформировать сознательное отношение к лечению и ответственность за свое поведение. Практически психосоциальная реабилитация должна начинаться с первого контакта больного с психиатрической службой и продолжаться до тех пор, пока не будет восстановлен его социальный и профессиональный статус. Подобный подход является экономически более выгодным по сравнению с чисто медицинской моделью оказания психиатрической помощи [3,4].

В недалеком прошлом акцент в реабилитации делался на трудовой терапии. Действовали лечебно-трудовые мастерские, в которых работало значительное количество больных, была развита внутриотделенческая терапия. Изменение экономической ситуации в стране привело к практически полному разрушению системы трудовой терапии. С другой стороны, современная действительность ставит очень высокие запросы к способности пациентов жить независимо. Крайне усложнились процедуры получения документов, расчета и выплаты пенсий и посо-

бий, изменилась система взимания коммунальных платежей, возникли совершенно новые проблемы с оформлением права собственности на жильё, другие юридические проблемы. В таких условиях даже человеку, не имеющему психиатрических проблем нелегко адаптироваться, не говоря о психически больном человеке.

С точки зрения эффективности различных этапов и методов медико-социальной реабилитации (МСР) пациента чрезвычайно важным является первый психотический эпизод заболевания, в частности шизофрении. Как правило, медицинская помощь в этих случаях исчерпывается купированием психотической симптоматики медикаментозными средствами. Методы реабилитации при этом практически не используются. В то же время первый психотический эпизод шизофрении является тяжелым биологическим и социальным стрессом для больного и его родственников [5]. Основные риски для личности заболевшего и его социального функционирования заключаются в: 1) ограничении социальных связей; 2) потере способности к независимому проживанию; 3) стигматизирующем влиянии психиатрического диагноза; 4) нарушении межличностного общения; 5) формировании нейрокognитивного дефицита; 6) эмоциональной напряженности в семье с повышенным риском ее распада; 7) вытеснении пациента в более низкие социальные слои общества; 8) снижении качества жизни.

Наибольшее внимание в последнее время направлено на изучение риска формирования после манифестных приступов шизофрении и заболеваний шизофренического спектра нейрокognитивного дефицита. Накоплено значительное количество новых данных, важных для оценки нейрофункциональных процессов в головном мозге у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра [6]. В частности, с помощью методов нейровизуализации (позит-

ронно-эмиссионная томография – PET, однофотонная эмиссионная компьютерная томография – SPECT, магнитно-резонансная спектроскопия – MRS) у больных шизофренией были выявлены однотипные изменения (в том числе снижение уровня метаболизма, мембранного синтеза и регионального кровотока префронтальной коры, а также уменьшение дельта-сна на ЭЭГ в определенных областях мозга, преимущественно в префронтальной коре, что позволило сделать предположение о роли «гипофронтальности» в развитии симптоматики шизофрении [7]. Еще большее значение имеют данные нейропсихологических исследований. В частности, тесты, с помощью которых оценивается когнитивная функция больных, выявляют нарушения в тех же областях мозга, что и результаты, полученные с помощью методик нейровизуализации. Все это привело к новому парадигмальному сдвигу в понимании патогенеза шизофрении, существенная роль в котором придается нейрокогнитивному дефициту. В настоящее время проявления нейрокогнитивного дефицита рассматриваются в качестве третьей (наряду с позитивными и негативными расстройствами) ключевой группы симптомов при шизофрении, ответственных, в частности, за нарушения социального функционирования больных [8-10]. Показано, что 94% больных шизофренией (по сравнению с 7% в здоровой популяции) в той или иной степени обнаруживают нейрокогнитивный дефицит [11]. Когнитивный дефицит в значительном числе случаев выявляется у родственников пациентов, страдающих шизофренией [12, 13]. Он обнаруживается у нелеченных больных с первым приступом заболевания [14] и, как предполагается, наибольшее его углубление происходит в первые 2-5 лет после дебюта болезни, что требует наиболее активного вмешательства (как медикаментозного, так и психосоциального) в этот период.

Риск формирования неблагоприятных последствий в сфере социального функционирования больных шизофренией значительно возрастает при неправильной организации и неадекватной тактике медико-социальной реабилитации при манифестном приступе болезни. Клиническая практика свидетельствует о том, что основными направлениями помощи при первом психотическом эпизоде, способствующими минимизации психосоциального стресса и негативных последствий болезни, являются:

1) раннее выявление больных и своевременная диагностика шизофрении и расстройств

шизофренического спектра;

2) сокращение времени «нелеченного психоза»;

3) наименее стигматизирующие условия оказания помощи;

4) оптимальный выбор нейролептической терапии;

5) раннее включение пациента в индивидуальную реабилитационную программу.

Раннее выявление больных и своевременная диагностика шизофрении и расстройств шизофренического спектра. До первого манифестного эпизода у части больных отмечается довольно длительный период расстройств различного уровня, отмечаемых до обращения за психиатрической помощью. В значительном числе случаев, кроме наследственной отягощенности психическими заболеваниями, имеют место явления дизонтогенеза (запаздывание развития моторики, моторная неловкость, трудности в приобретении навыков самообслуживания; диссоциация речевого развития с преобладанием механического воспроизведения речи окружающих; диссоциация между моторным и психическим развитием, недостаточность развития инстинкта самосохранения), личностные акцентуации. Длительность продромального периода заболевания, определяемого как промежуток времени с момента появления любых психопатологических расстройств (характерологические изменения с заострением преморбидных черт или приобретение несвойственных ранее; психопатоподобные проявления; аффективные колебания; преходящие навязчивые состояния; «форпост» – симптомы, представленные идеями отношения, транзиторными депрессивно-параноидными, галлюцинаторными, онейроидными эпизодами) до начала манифестного психотического состояния, зачастую довольно значительна и, как показывают полученные данные, составляет в среднем 5,5 лет [15]. Однако несмотря на глубокий, иногда психотический уровень ряда отмеченных расстройств, как правило, они не служат поводом к обращению за помощью, даже с учетом отчетливого снижения социального функционирования у большинства больных. Следует отметить, что после манифестации заболевания значительная часть больных обращается за психиатрической помощью слишком поздно. Так, средняя длительность нелеченного психоза (с момента появления психотических симптомов до обращения за специализированной помощью и назначения антипсихотической терапии) составляет около 8,5 мес. и только 1/3

больных попадает в поле зрения психиатров в течение первых двух месяцев [5]. Среди причин позднего обращения за помощью и отсроченного начала лечения называются недостаточное понимание пациентами природы имеющихся расстройств, страх последствий выявления психического расстройства (стигматизация и самостигматизация), недостаточный скрининг врачами общей практики, неверная диагностика при обращении за психиатрической помощью [15-17].

Сокращение времени «нелеченного психоза». Установлена связь длительности инициального периода заболевания без проведения терапии с последующими сроками становления и полнотой терапевтической ремиссии, а также «биологическая токсичность» длительного нелеченного психотического состояния при манифестации болезни [17].

Наименее стигматизирующие условия оказания помощи. Предпочтение отдается полустационарной и амбулаторной форме обслуживания больных, поскольку, как показывают полученные данные, до 60% больных с первыми психотическими эпизодами могут обходиться без госпитализации [5].

Оптимальный выбор нейролептической терапии. Атипичные нейролептики рассматриваются в этих случаях как препараты первого выбора в связи с их положительным влиянием на нейрокогнитивное функционирование больных, а также лучшей переносимостью по сравнению с традиционными препаратами и более благоприятным профилем побочных эффектов, что особенно важно для пациентов, которым лечение назначается впервые. Психотерапия должна сочетать интенсивность назначений с принципом минимальной достаточности доз.

Раннее включение пациента в индивидуальную реабилитационную программу. Современная концепция психосоциальной реабилитации может быть представлена биопсихосоциальной моделью, предусматривающей выделение трех сфер, на которые оказывается то или иное терапевтическое воздействие:

- сфера повреждения (психическое расстройство, выраженное в конкретном категориальном диагнозе);
- сфера функциональной недостаточности (дисфункция личности);
- сфера ограничения (дефекта) социальной активности пациента.

Принципиальные различия в содержании различных уровней несостоятельности пациента находят отражение при разработке целей реабили-

литации, методов воздействия на пациента и этапов реабилитации. Это дает основание для выделения трех этапов медико-социальной реабилитации (табл. 1):

1. Этап медицинской (медико-психиатрической) реабилитации.
2. Этап психологической (социально-психологической) реабилитации.
3. Этап социальной реабилитации.

Этап медицинской реабилитации представляет собой комплекс медико-психиатрических мероприятий, осуществляемых при манифестных или повторных психотических эпизодах и различных кризисных состояниях. Этот этап проводится в обычном психиатрическом стационаре (диспансере, дневном стационаре). Он включает в себя медикаментозное лечение, а также при необходимости биологические методы воздействия (ЭСТ, инсулинотерапия и пр.), направленные на купирование симптомов заболевания, в т.ч. поведенческих расстройств и стабилизацию клинического состояния больного.

Этап социально-психологической реабилитации в свою очередь состоит из двух этапов: 1) этапа психологической реабилитации (госпитальный этап реабилитации) и 2) этапа социальной реабилитации (экстрагоспитальный этап реабилитации). Программы социально-психологической реабилитации реализуются на всех этапах постманифестного течения болезни (включая первый психотический эпизод).

Этап психологической реабилитации является обязательным для всех пациентов, как в постманифестном периоде, так и после купирования последующих обострений психического расстройства. Основанием для назначения реабилитационных процедур являются различные формы функциональной несостоятельности (дисфункции) личности, необходимость повышения уровня социального функционирования больного и создание оптимальных предпосылок для его реинтеграции в сообщество. Этот этап осуществляется в специализированных отделениях (центрах) медико-социальной реабилитации с использованием бригадного принципа обслуживания пациента. Помимо медикаментозной терапии (чаще всего поддерживающей) на этом этапе широко используются индивидуальные и групповые формы личностно ориентированной психотерапии, когнитивно-бихевиоральная терапия, психообразовательные программы, семейная терапия, тренинг социальных навыков и другие формы психосоциальных воздействий, осуществляемых в условиях адекватно

организованной реабилитационной среды.

Важными задачами этапа психологической реабилитации является предотвращение ранней

инвалидизации больного, распада его семьи, разрыва социальных связей, сохранение привычного уровня социального функционирования.

Таблица 1

Биопсихосоциальная модель реабилитации больных с психическими расстройствами

Сферы воздействия	Повреждение (психическое расстройство)	Функциональная несостоятельность (дисфункция) личности	Ограничения (дефект) социальной активности
Определение сферы воздействия	Утрата (снижение, извращение, аномалия) психических функций и процессов	Неспособность (ограниченная способность) личности использовать навыки и выполнять социально полезные действия	Невозможность адекватного социальнорольного функционирования в различных сферах
Цель	Редукция или устранение симптомов психического расстройства (достижение терапевтического инсайта)	Формирование утраченных в результате болезни эмоциональных и мотивационных ресурсов личности, а также навыков и умений, необходимых для повышения уровня ее функционирования	Интеграция пациента в сообщество и приспособление к требованиям реального окружения (достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение реальных полномочий, улучшение качества жизни)
Методы воздействия	Фармакотерапия	1. Психообразовательные и обучающие программы 2. Тренинг социальных навыков 3. Психотерапевтические методы 4. Нейрокогнитивный тренинг	Различные приемы поддержки окружения, направленные на создание условий (возможностей) для реализации навыков и оптимизации социального опыта функционирования в обычной для пациента среде
Место проведения	Отделение кризисных состояний	Отделение медико-социальной реабилитации	По месту жительства (в сообществе)
Этап реабилитации	Медицинский	Психологический	Социальный

Этап социальной реабилитации предусматривает по возможности бездефектную реинтеграцию пациента в сообщество, приспособление к требованиям реального окружения, достижение независимого функционирования пациента в обществе, расширение его реальных полномочий и улучшение качества жизни. Психосоциальные мероприятия должны быть направлены на совершенствование социальных навыков пациента, расширение круга восприятия и межличностного общения. Для сохранения и поддержки коммуникативных навыков, навыков самообслужи-

вания и самостоятельного проживания служат различные тренинговые программы (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе). Одновременно используются различные приемы поддержки окружения, направленные на создание условий (возможностей) для реализации навыков и оптимизации социального функционирования в обычной для пациента среде. Все мероприятия проводятся в сообществе по месту жительства пациента.

В структуре процесса медико-социальной

реабилитации выделяют несколько фаз:

I. Подготовительная фаза:

- установление неформального контакта с пациентом;
- получение добровольного осознанного согласия на участие в реабилитационной программе;
- обеспечение готовности пациента к совместному с профессионалом формированию конечных целей реабилитации;
- оценка предшествующей социальной динамики жизни пациента.

II. Фаза реабилитационно-диагностических процедур:

1. Оценка уровня социального функционирования и когнитивных процессов:

- определение рейтинга специфических сфер жизнедеятельности (ролевого функционирования) пациента;
- оценка способности к психосоциальной адаптации;
- определение способности сознательного контроля социального поведения;
- определение способности включаться в совместную деятельность и общение;
- оценка уровня когнитивного и эмоционально-мотивационного дефицита.

2. Оценка реальных ресурсов поддержки пациента:

- оценка степени неудовлетворенности пациента его внебольничным окружением;
- изучение альтернативного окружения пациента;
- оценка поддержки на государственном уровне:

- а) профессиональная реабилитация;
 - б) промежуточное трудоустройство;
 - в) социальная защита;
 - г) финансовая поддержка;
 - д) поддержка по проблемам жилья;
 - е) поддержка по проблемам здравоохранения;
 - ж) поддержка по проблемам образования.
- Оценка уровня общественной поддержки:
 - а) благотворительные фонды;
 - б) семья пациента;
 - в) семейные группы поддержки;
 - г) общественные организации пациентов;
 - д) клубы пациентов.

3. Формулирование реабилитационного диагноза.

III. Фаза определения конечной цели реабилитации – отражает необходимость достижения удовлетворения наиболее значимых потребностей

в избранном окружении и более оптимального и независимого функционирования.

IV. Фаза планирования реабилитационного вмешательства.

Цель – составление плана действий, направленных на коррекцию дефицита навыков и дефицита возможностей окружения.

1. Составление перечня навыков решения социальных проблем и ресурсов, требующих коррекции и развития.

2. Выбор реабилитационной технологии и конкретных методов развития навыков и ресурсов.

3. Определение плана действий членов реабилитационной бригады.

V. Фаза непосредственного реабилитационного вмешательства.

Цель – коррекция дефицита (дефекта) навыков, повышение уровня социального функционирования пациента и создание возможностей для их реализации по месту жительства.

1. Прямое обучение навыкам решения социальных проблем.

2. Программирование навыков.

3. Поддержка в вопросах координации и оптимального использования реальных возможностей окружения.

4. Модификация ресурсов – приспособление существующих внешних возможностей к нуждам пациента для их удовлетворения наилучшим способом (повышение уровня поддержки).

Обязательный ресурс реабилитационного процесса включает:

1. Предоставление пациенту возможности выбора наиболее предпочтительного окружения.

2. Создание условий для вовлечения пациента в процесс его реабилитации.

3. Индивидуальный подход по развитию социальных и коммуникативных навыков и ресурсов.

4. Активную роль пациента в развитии своих собственных видов поддержки.

5. Оценку уровня социального функционирования и выбор пациента.

6. Возможность жизнедеятельности в естественном окружении пациента или в наименее стигматизирующих условиях.

7. Возможность достижения реабилитационных целей пациента.

8. Возможность согласования специфической реабилитационной деятельности с такими ценностными принципами реабилитации, как вовлечение, выбор, функционирование, ориентация на результат, потенциал роста, поддержка

и удовлетворенность.

К обязательным условиям достижения основных целей реабилитационного процесса можно отнести:

1. Признание всего спектра потребностей пациента.
2. Подход к пациенту как к партнеру по лечению.
3. Использование возможностей окружения, в том числе семьи пациента.
4. Исчерпывающее обеспечение пациента информацией, необходимой для овладения необходимыми знаниями и навыками.
5. Возможность структурированного и недирективного подхода к реабилитации.
6. Возможность усвоения пациентами различных видов обучающей деятельности, навыков и умений решать социальные проблемы.
7. Личная активность пациента на всех эта-

пах реабилитационной деятельности.

8. Возможность реального социального роста и самореализации.
9. Социальное одобрение и принятие (ощущение) своей принадлежности к определенной группе.
10. Продуктивность повседневной и долгосрочной реабилитационной деятельности.
11. Мультидисциплинарный (бригадный) подход к организации реабилитационной деятельности; профессионализм сотрудников.
12. Сочетание индивидуальных и групповых психокоррекционных, обучающих и тренинговых занятий.

Таким образом, представленная модель медико-социальной реабилитации содержит гипотетические данные о целесообразности использования ее в контексте оказания помощи пациентам с первым психотическим эпизодом.

В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, І. І. Кислицька

ПЕРШИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД ТА ПРОБЛЕМИ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ

Донецький державний медичний університет ім.М.Горького

У статті обґрунтовуються основні напрямки стабілізації клінічного стану хворих на шизофренію: 1) раннє виявлення хворих та своєчасна діагностика шизофренії та розладів шизофренічного спектру; 2) скорочення терміну «нелікованого психозу»; 3) найменш стигматизуючі умови надання допомоги; 4) оптимальний вибір нейролептичної терапії; 5) раннє включення пацієнта у індивідуальну реабілітаційну програму.

Наведений нарис основних структурних особливостей різних фаз реабілітації, систематизовані умови досягнення основних реабілітаційних цілей. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 3-9)

V. A. Abramov, I. V. Zhigulina, I. I. Kiclitsika

THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE AND THE PROBLEMS OF MEDICAL AND REHABILITATION

Donetsk State Medical University

The main directions of stabilization state of clinical state of the patients with schizophrenia are grounded: 1) early founding of the patients and opportune diagnostics of schizophrenia and disorders of schizohrenical spectrum; 2) the abbreviations of the term of 'untreated psychoses'; 3) the least stigmatizing conditions of care giving; 4) the optimal choice of neuroleptical therapy; 5) early including of the patients into the individual program of rehabilitation.

The descriptions of structural peculiarities of the rehabilitation phases are given, the conditions of achievement of maik rehabilitation's targets are systematized. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 3-9)

Література

1. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Ленинград, 1978. — Медицина. — 230 с.
2. The principles of psychiatric rehabilitation. Amherst, MA: Human Research Development Press. 1979.
3. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. Донецк, 2000. — 129 с.
4. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. — ООО «Лебедь». — Донецк, 2002. — 279 с.
5. Гурович А.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Молина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом) // Методические рекомендации. — М., 2003. — 23 с.
6. Баккер Й.М., Хаан Л.Де. Нейробиологические гипотезы патогенеза шизофрении от дегенерации до прогрессирующего нарушения развития мозга // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001. — Т. 11., № 4. — С. 94-100.
7. Могемедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. — Т. 10., № 4. — С. 92-98.
8. Addington J., Addington D., Neurocognitive and social functioning in schizophrenia // Dch. Bull. — 1999. — Vol. 25. — P. 173-182.
9. Breier A. Cognitive deficit in schizophrenia and its neurochemical basis // Br. J. Psychiat. — 1999. - Vol. 174, Suppl. 37. — P. 16-18.
10. Gallhofer B. The long-term outcome of schizophrenia // Schizophr. Rev. — 2000. — Vol. 7, N 1. — P. 22-24.
11. Waldo M.C., Carey G., Myles-Worsley M., et al. Codistribution of a sensory gating deficit and schizophrenia in multi-affected families // Psychiat. — 1991. - Vol. 39. — P. 257-268.

12. Park S., Holzman P.S., Goldman-Rakic P.S. Spatial Working memory deficits in the relatives of schizophrenia patient // Arch. Gen. Psychiat. – 1995. - Vol. 52. – P. 821-828.

13. Siegel C., Waldo M.C., Mizner G. Et al. Deficit in sensory gating in schizophrenic patient and their relatives // Arch. Gen. Psychiat. – 1984. - Vol. 41. – P. 607-612.

14. Saykin A.J., Shtasel D.L., Gur R.E. et al. Neuropsychological deficit in neuroleptic naive patients with first-episode schizophrenia // Arch. Gen. Psychiat. – 1994. - Vol. 51. – P. 124-131.

15. Wirchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Et el. The influence of ethnicity and family structure on relapses in first episode of schizophrenia // Br. J. Psychiat. – 1992. - Vol. 161. – P. 783-790.

16. Johnstone E.C., Crow T.J., Johnson A.L. et el. The Northwick Park Study of first episode of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relatint to admission // Br. J. Psychiat. – 1986.

17. Loebel A.D., Lieberman J.A., Alvir J.M.J. et al. Duration of psychosis and outcome of first episode of schizophrenia. Am. J. Psychiat. – 1992. - Vol. 149,N 9. – P. 1183-1188.

Поступила в редакцию 21.09.2005

УДК 615.851.001-07,083)

*Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, И. Н. Сарвир***РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В ФОРМИРОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ И ПСИХОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: психотерапия, качество жизни, невротические и психотические расстройства

Начало третьего тысячелетия характеризуется бурными изменениями цивилизационного процесса. Успехи технических отраслей знания привели к невиданному уровню развития техногенной цивилизации. Модернистски-технократическое развитие общества обусловило повышение качества повседневной среды обитания человека. Однако эти же факторы послужили причиной формирования условий, оказывающих негативное воздействие на организм человека и популяцию в целом: ухудшение экологической обстановки, увеличение социально обусловленных стрессорных факторов, возрастание количества и масштабов техногенных катастроф, возникновение целого ряда новых и патоморфоз существующих заболеваний.

С точки зрения философии нынешний этап общественно-цивилизационного развития следует рассматривать как постмодернистский. В определенном смысле это постулирует необходимость возврата к абсолюту человеческой личности, духовных и морально-этических норм в существовании и стратегическом развитии человечества.

Все больше и больше требований предъявляется к комплексу жизненных условий, который обозначается как «качество жизни»; так или иначе, но все составляющие этого комплекса связаны с проблемами здоровья и болезни, и, особенно, психического неблагополучия.

Как указывает М.Ю. Поливьяная [1], первоначально являясь социологическим понятием, термин «качество жизни» сегодня все больше используется в сфере медицины: основан научный журнал, посвященный исследованиям качества жизни в связи со здоровьем; количество тематических публикаций измеряется тысячами, общество исследователей качества жизни регулярно проводит съезды и конференции по данной проблеме.

При всей неопределенности и многообразии дефиниций термина «качество жизни» все же

очевидно, что речь идет о своеобразном комплексе социально-экономического статуса и валеологически-поведенческого благополучия, неотъемлемой частью которого является характерное чувство «удовлетворенности жизнью».

Всемирная организация здравоохранения определяет качество жизни как «восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и систем ценностей, в которых они живут, и в соответствии с их собственными целями, ожиданиями, стандартами и заботами» [2].

Можно выделить следующие ракурсы применения концепции качества жизни в психотической медицине:

— планирование клинической помощи пациентам с психопатологическими расстройствами различного регистра;

— реабилитационные и психотерапевтические программы и мероприятия;

— количественная оценка результатов клинических испытаний и скринингов деятельности учреждений и служб здравоохранения;

— оценка потребности населения в учреждениях здравоохранения и распределение ресурсов.

Указывается, что понятие «качества жизни» является многофакторным [1]; принято выделять следующие его компоненты:

— медицинские аспекты: влияние самого заболевания, его симптомов и признаков; ограничение способности к нормальному функционированию, наступающее вследствие заболевания; влияние лечения, в т. ч. его организационных аспектов, на повседневную жизнедеятельность пациента;

— психологические аспекты, под которыми прежде всего понимается субъективное отношение человека к своему здоровью и самочувствию / состоянию; степень адаптации пациента к болезни и возможность выполнения им привычных функций, соответствующих его социально-экономическому и статусно-ролевому по-

ложению;

— социально-экономические аспекты (прямые и косвенные потери — затраты, связанные непосредственно с оплатой лечения, временная или постоянная нетрудоспособность, ограничение профессиональных возможностей и т. п.).

Очевидно, что понятие «качества жизни» в медицине и, в частности, в психодисциплинах

дискутируется, по сути, довольно давно: в терминах «уровень жизни», «социальное функционирование» [3 — 5] и др. Собственно говоря, само понятие «идиографического» диагноза, противопоставленного диагнозу «номотетическому», в известном смысле вносит в проблему постгоспитальной реабилитации психически больных качественные параметры.

Методика исследования

Исследование в методологической своей плоскости базировалось на принципах клиникодисциплинарно-эволюционного анализа [6, 7], а в части общеметодической — на принципах доказательной медицины.

Оценка качества жизни больных, особенно из числа страдающих невротическими или психотическими расстройствами, является абсолютно необходимым компонентом доказательной медицины. Это связано прежде всего с тем, что объективных доказательных критериев требует не только диагностический процесс, но и оценка эффективности терапии.

Специфика патологии обуславливает необходимость введения некоего интегрального показателя — а именно влияния состояния психической

сферы на уровень социального функционирования человека. До последнего времени в ракурсе реабилитации рассматривались уровень производственного, семейного, социального функционирования как отдельные компоненты качества жизни в целом. Однако показатель качества жизни позволяет дать комплексную и интегральную оценку.

Воссоздание оптимально достижимого или хотя бы приемлемого качества жизни у больных с расстройствами психической сферы без применения психотерапии невозможно. Учитывая определенные этиопатогенетические различия психотических и невротических расстройств, роль и место психотерапии в системе их лечения, как показывают наши исследования и данные различных авторов, существенно разнятся.

Результаты и их обсуждение

На основании многолетних клинических исследований и практических наблюдений нами были разработаны основные положения и принципы дифференцированного применения психотерапии в лечении больных с расстройствами невротического и психотического регистров [8].

Психотерапия невротических расстройств — неотъемлемая часть лечебно-диагностического процесса; она основывается на детальном, комплексном анализе психогении в целом.

Психотерапия невротических расстройств базируется на углубленном анализе психотравмы, основных клинических проявлений (эмоциональных, вегето-сосудистых, вегето-висцеральных, чувствительных и двигательных нарушений), динамики развития заболевания, в неразрывном единстве с особенностями психологических, нейрохимических и электрофизиологических коррелятов.

Лечение невротических расстройств базируется на принципах этиопатогенетической направленности, последовательности (этапности), дифференцированности и комплексности.

Основной принцип построения терапии — ее этиопатогенетическая направленность, в связи

с чем доминирующим видом психотерапии являются влияния, направленные на устранение причин и механизмов развития невротических нарушений; «смягчение» или ликвидация симптоматики проводятся как дополнительные влияния, подчиненные основной задаче терапии.

Базируясь на этиопатогенетических принципах, конкретные терапевтические программы реализуются дифференцированно, относительно не только особенностей клинической картины заболевания, но и конкретных больных. Такая дифференциация позволяет не только проводить каузальную терапию (индивидуальная и групповая патогенетическая психотерапия) с различными видами симптоматических влияний, с фармакологическим лечением, физиотерапией и т.д., но и в каждом конкретном случае, исходя из показаний, строить комплексное влияние индивидуально и обоснованно.

Следующим принципом терапии невротических нарушений является ее последовательное осуществление. Лечебные влияния реализуются в определенном порядке таким образом, чтобы соответствующее действительности влияние явилось логическим продолжением предыдуще-

го и предпосылкой для последующего. Этим принципом определяется не только быстрая результативность, но и устойчивость терапевтического эффекта.

В реализации лечебных мероприятий условно выделены 4 этапа: подготовительный, основной, заключительный и психопрофилактический.

Задачами первого этапа являются:

а) установление психологического контакта с больным;

б) выявление эмоциональных расстройств в рамках психологического конфликта, который вызвал невротическое расстройство;

в) объяснение больному причин болезни и ознакомление его с планом лечения;

г) назначение медикаментозной терапии;

д) психотерапевтическое опосредствование и потенцирование предназначенного лечения и мероприятий психотерапевтического режима.

Решающим фактором терапии невротических расстройств является достижение понимания и осознание больным причинно-следственных зависимостей между его состоянием, клиническими проявлениями с одной стороны и особенностями личности, невротическим конфликтом, неразрешенными психологическими проблемами — с другой. Следует подчеркнуть, что достижение этого понимания не является чисто рациональным, познавательным процессом, в него должны быть включены значимые эмоциональные переживания, наличие которых и делает возможную перестройку личностного реагирования. Возникновение этих переживаний обеспечивается только наличием полноценного психологического контакта между больным и врачом, во главе угла которого лежит абсолютное доверие не только к профессиональным, но и к личностным качествам психотерапевта, вера в его искреннюю заинтересованность, его готовность и способность понять интимные переживания больного и помочь ему. Наиболее эффективной формой психотерапевтического контакта является в данном случае «партнерство», сопереживание, когда основной акцент делается на эмоциональных компонентах общения, на доверительной позиции и понимании врачом проблем и трудностей пациента. Это, однако, не исключает использования «авторитарного», императивного характера общения в ситуациях проявления невротических форм реагирования.

Среди мероприятий первого этапа важное значение имеет анализ жалоб больного, выяснение содержания психотравмирующих факторов,

которые вызвали невротическое расстройство, обстоятельств возникновения первых проявлений заболевания. При этом обращается внимание на особенности жизни пациента, его воспитание и характер, то есть predisпозиционные факторы развития эмоциональных нарушений.

Особое значение на данном этапе придается тщательному сомато-неврологическому обследованию, уточнению состояния психологических показателей и эмоциональной сферы.

Установление психологического контакта с больным служит основой для проведения беседы об источнике и механизмах формирования невротических нарушений, их природы, динамики, а также ознакомление его с планом лечения.

Методы и содержание психотерапии больных с психотическими расстройствами определяются своеобразием фаз, форм и типов течения заболевания. Большое значение приобретает правильный учет соотношения психотерапевтической тактики и биологической терапии в системе восстановительного, в т. ч. постгоспитального лечения пациентов с эндогенными психозами.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются:

— предотвращение изоляции больных в обществе и аутизации; социальная активация и смягчение реакций больных в ответ на ситуации, связанные с болезнью и лечением; формирование критического отношения к болезни и дезактуализация психотических переживаний; потенцирование антипсихотического действия биологических методов лечения;

— подготовка больных к выписке и профилактика явлений внутрибольничного госпитализма.

В литературе представлен разнообразный опыт применения психотерапии при шизофрении [9 — 12].

Выделяют несколько уровней задач и соответствующих им форм групповой психотерапии при малопрогрессирующих формах шизофрении.

Решение задач первого уровня (стимулирование эмоциональности, социальная активация и налаживание коммуникаций) осуществляется с помощью групп творческой активности — арттерапия, музыкотерапия, проективный рисунок и др., с помощью психомоторики, пантомимы, простых форм коммуникативно-активирующей терапии (литературный пересказ, свободная импровизация диалогов и их обсуждение).

Для решения задач второго уровня (выработка адекватных форм поведения, тренировка общения и повышение уверенности в себе) используются, наряду с указанными выше, методы функциональной тренировки поведения.

Третий уровень задач (достижение правильного представления о болезни и нарушениях поведения, коррекция установок и отношений и оптимизация общения) требует привлечения более сложных вариантов коммуникативной психотерапии и проблемно-ориентированных дискуссий.

Наконец, четвертому уровню задач (раскрытие содержательной стороны конфликтных переживаний, перестройка системы отношений и нахождение адекватных форм психологической компенсации) в большей мере соответствует методика свободных вербальных дискуссий.

К числу мишеней психотерапевтической коррекции при малопрогрессирующей шизофрении относят искажения восприятия важнейших мотивационных структур, основные дезадаптивные психологические установки, феномены нарушения «внутренней картины болезни». В качестве основных типов психотерапевтического вмешательства указываются эмоциональная поддержка, стимуляция, совет, разъяснение, уточнение, конфронтация, объективация, интерпретация.

Лечение больных шизофренией может осуществляться в терапевтических группах, в которых участвуют пациенты, страдающие другими психозами и пограничными состояниями (включая больных неврозами), что позволяет использовать стимулирующую роль непсихотических пациентов в группах, неоднородных по нозологическому составу, а также по возрасту, полу, образованию, продолжительности болезни и психотерапевтическому опыту.

Во многих случаях целесообразной оказывается краткосрочная психотерапия, ставящая перед собой реалистические и скромные цели, в частности разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния и оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему лучше справиться с трудной ситуацией в будущем. Поведение психотерапевта в подобных группах больных психоза-

ми должно быть активным и директивным, открытым, с четким модулированием своих эмоций и рефлексий.

При определении целей групповой психотерапии депрессивных больных обычно подчеркивается, что, хотя психотерапия не приводит к снятию эндогенной симптоматики, группа способствует возникновению у пациентов чувства принадлежности и безопасности, изменению представлений о неповторимости и исключительности их заболевания, уменьшению в связи с этим напряженности, перестройке отношения к своей болезни, укреплению веры в успех лечения, повышению самооценки, выработке более адекватных жизненных планов.

Групповая психотерапия (различные вербальные и невербальные приемы) при эндогенных депрессиях обычно сочетается с биологической терапией и проводится после снятия острой депрессивной симптоматики. Различно отношение к обсуждению в группе вопросов, связанных с суицидальными тенденциями у больных. Одни авторы полагают, что таких пациентов не следует включать в группу из-за того, что эти тенденции могут усилиться. Другие считают это и возможным, и необходимым, поскольку суицидальные тенденции часто бывают скрыты и работа в группе их выявляет.

Претворение психотерапевтической работы в повседневную жизнь — а таково важнейшее условие ее эффективности — зависит от структурно-организационных рамок, в которых психотерапия осуществляется. Психотерапию, начатую в стационаре, необходимо продолжать, и достаточно длительное время, в амбулаторных условиях (дневные и ночные лечебные учреждения, клубные формы, «защищенные» учреждения для работы и жилья и т. д.).

Таким образом, разработанные принципы психотерапии и психотерапевтические подходы позволяют оказывать дифференцированное воздействие в процессе терапии больных с невротическими и психотическими расстройствами, что позволяет сократить продолжительность и повысить эффективность лечения, стойкость ремиссий и, следовательно, качество жизни таких пациентов.

Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, І. М. Сарвір

РОЛЬ І МІСЦЕ ПСИХОТЕРАПІЇ У ФОРМУВАННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ Й ПСИХОТИЧНІ РОЗЛАДИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті обговорюється проблема ролі і місця психотерапії у формуванні якості життя пацієнтів на невротичні й психотичні розлади. Описується авторська система диференційованої психотерапії невротичних й психотичних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 10-14)

B. V. Mikhailov, V. V. Chugunov, I. N. Sarvir

THE ROLE AND THE PLACE OF THE PSYCHOTHERAPY IN FORMING OF THE QUALITY OF LIFE OF THE PATIENT WITH NEUROTIC AND PSYCHOTIC DISORDERS

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education

In the article discussed a problem of the role and the place of the psychotherapy in forming of the quality of life of the patient with neurotic and psychotic disorders. Describe the author's system of the varied psychotherapy of the neurotic and psychotic disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 10-14)

Литература

1. Полювяная М.Ю. Оценка качества жизни психически больных // «Архив психиатрии», 2002, № 2(29).— С. 5 — 9.
2. Hunt S.M., McKenna S.P. The Qlds: a scale for measurement of quality of life in depression // «Health Policy», 1992, v. 22.— P. 307 — 319.
3. Пхіденко С.В. Соціальне функціонування і компенсація при шизофренії.— К.: Вид-во Українського НДІ соціальної і судової психіатрії, 1996.— 117 с.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // «Социальная и клиническая психиатрия», 1998, № 2.— С. 350.
5. Шмуклер А.Б., Лосев Л.В., Зайцев Д.А., Гладков С.П. Социальное функционирование и качество жизни больных шизофренией, проходящих стационарное лечение // «Социальная и клиническая психиатрия», 1999, № 4.— С. 49 — 52.
6. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии.— К.: Здоров'я; Х.: Око, 2002.— 708 с.
7. Чугунов В.В. Клиника и дисциплинарная эволюция сексологии.— К.: Здоров'я; Х.: Око, 2000.— 600 с.
8. Михайлов Б.В., Табачников С.И., Витенко И.С., Чугунов В.В. Психотерапия: Учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III / IV уровней аккредитации.— Х.: Око, 2002.— 792 с.
9. Психотерапия психозов // Вопросы психотерапии: Матер. всесоюз. конф. / Под ред. М.С. Лебединского; Предисл. Д.Д. Федотова.— М.: Медгиз, 1958.— С. 165 — 212.
10. Канторович Н.В. Место психотерапии в лечении психозов // Вопросы психотерапии: Матер. всесоюз. конф. / Под ред. М.С. Лебединского; Предисл. Д.Д. Федотова.— М.: Медгиз, 1958.— С. 165 — 174.
11. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении.— 2-е изд., перераб. и доп.— С.-Пб.: Питер, 2001.— 432 с.
12. Психотерапевтическая энциклопедия / В.А. Абабков, А.А. Александров, Б.А. Бараш и др.; Под ред. Б.Д. Карвасарского.— 2-е изд., перераб. и доп.— С.-Пб.: Питер, 2000.— 1019 с.

Поступила в редакцию 3.04.2005

УДК 616.895.8:085-036.81

*І. І. Кутько, В. М. Фролов, Г. С. Рачкаускас***КЛІТИННІ ПОКАЗНИКИ ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З НАЯВНІСТЮ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДО НЕЙРОЛЕПТИКІВ**

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

Ключові слова: параноїдна шизофренія, клітинний імунітет, терапевтична резистентність, нейролептики

У сучасних умовах значна частина хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) – від 30 до 50% від загальної кількості хворих з даним діагнозом, з'являє терапевтичну резистентність (ТР) до психотропних препаратів [1, 6, 7]. Тому проблема ТР є однією з самих актуальних для клінічної психіатрії. Для розробки патогенетично обґрунтованих, раціональних методів подолання ТР у хворих на ПШ потрібно детально вивчити особливості патогенезу даного патологічного стану. За емпіричними даними відомо, що деякі імуноактивні препарати, зокрема ти-

малін, при курсовому введенні сприяє подоланню ТР у хворих на шизофренію і тому покращує результати лікування хворих за допомогою психотропних препаратів [2, 3]. Тому ми вважали доцільним і перспективним вивчити стан імунної системи у хворих на ПШ з наявністю ТР. Оскільки тималін здійснює фармакологічну дію в першу чергу на клітинну ланку імунної відповіді, було цілком важливим та перспективним поперед усього вивчити стан клітинного імунітету у хворих на ПШ з наявністю ТР до нейролептиків.

Матеріали і методи досліджень

Під нашим наглядом знаходилося 108 хворих на ПШ (39, тобто 36,1% з безперервно-прогресивним варіантом клінічного перебігу захворювання та 69, тобто 63,9% осіб з нападаподібно-прогресивним варіантом хвороби). Чоловіків серед обстежених хворих було 48 (44,4%), жінок – 60 (55,6%). Усі хворі в залежності від чутливості до психотропних препаратів за даними анамнезу були розподілені на дві групи – першу (46 осіб) з наявністю ТР та другу (62 особи) з відсутністю ТР. Стан ТР був діагностований з урахуванням загальноприйнятого комплексу ознак, головним з яких було відсутність клінічного ефекту при проведенні не менш як протягом місяця раціональної терапії нейролептиками, підібраними у адекватних дозах відповідно до клінічного варіанту та тяжкості перебігу захворювання на ПШ [5]. При цьому обов'язково урахували також реальні можливості максимальної курабельності хворого у залежності від конкретного клініко-патогенетичного варіанту перебігу у нього ПШ.

При клінічному обстеженні хворих, що були під наглядом, відносно до головного (провідного) психопатологічного синдрому встановлено, що в більшості обстежених відмічалися параної-

дний синдром з явищами психічного автоматизму (34 хворих; 31,5%) або параноїдний маревний синдром (25 хворих; 23,1%). Сумарно ці патологічні стани склали 54,6%; вони відмічені в 59 осіб, що були під наглядом з діагнозом ПШ. Парафренічний синдром виявлений в 10 хворих (9,26%), шизоафективний симптомокомплекс – в 16 пацієнтів (14,8%), синдром вербального галюцинозу – в 10 хворих (9,25%), сенесто-іпохондричний синдром – у 8 (7,4%), гебефренічний синдром – у 5 (4,69%).

Усім хворим, що були під наглядом, поряд з загальноприйнятим клінічним і лабораторним обстеженням проводилося також дослідження клітинних показників імунітету. При цьому використовували цитотоксичний тест [11] та моноклональні антитіла (МКАТ) класів CD3+ (до загальної популяції Т-лімфоцитів) CD4+ (до субпопуляції Т-хелперів/індукторів), CD8+ (до субпопуляції Т-супресорів/кілерів) та CD22+ (до загальної популяції В-лімфоцитів). У роботі використовували комерційні МКАТ фірми Ortho Diagnostic Systems Inc (USA), що були адаптовані для використання у цитотоксичному тесті. Функціональний стан Т-клітин оцінювали за допомогою реакцій бласттрансформації лімфоцитів

(РБТЛ) при її постановці мікрометодом [4] та з оцінкою результатів реакції за морфологічними даними. В якості мітогену при постановці РБТЛ використовували ФГА. Про функціональний стан Т-клітин судили також виходячи із співвідношення між Т-хелперами/індукторами (CD4+) та Т-супресорами/кілерами (CD8+), тобто імунорегляторного індексу CD4+/CD8+ (Th/Ts), що віддзеркалює співвідношення між хелперною та супресорною субпопуляціями Т-лімфоцитів.

Обстеження проводили при вступі хворого до психіатричного стаціонару та після завершення курсу лікування нейролептиками протягом міся-

цю. Отриманий цифровий матеріал обробляли математично за допомогою програм Statistica-3, що розрахована на аналіз імунологічної інформації з підрахуванням середніх значень (M, m, y) та їхньої помилки і коефіцієнту t Стьюдента [8]. Обробку результатів обстеження хворих на ПШ здійснювали на персональній ЕОМ „Pentium”, порівнювали між собою результати імунологічних досліджень в обох групах хворих на ПШ – з наявністю та відсутністю ТР до нейролептиків як до початку лікування (вихідний рівень), так і після завершення місячного курсу лікування психотропними препаратами.

Отримані дані та їхній аналіз

При аналізі результатів імунологічного обстеження хворих на ПШ, що були під наглядом, було встановлено наявність суттєвих розбіжностей між імунологічними показниками у хворих першої та другої груп хворих на ПШ, тобто в осіб з наявністю і відсутністю ТР (табл. 1). Дійсно, в першій групі кількість CD3+-лімфоцитів (загальна популяція Т-клітин) складала у відносному вираженні (40,2±0,6)%, що було в середньому на 22,1% нижче аналогічного показника в другій групі (P<0,05), та в той же час в 1,72 рази вище, ніж рівень CD3+-клітин у

нормі (P<0,001). Абсолютна кількість CD3+-клітин у хворих на ПШ першої групи до початку лікування складала (0,64±0,01) Г/л, що було у середньому в 2,03 рази нижче відповідного показника норми (P<0,001) та водночас в 1,27 рази (на 26,6%) нижче кількості CD3+-лімфоцитів у хворих другої групи (P<0,01). При цьому встановлено, що як відносна так і абсолютна кількість Т-клітин у обстежених хворих другої групи також вірогідно відрізняється від відповідних показників у 1,41 рази (P<0,001) та в 1,6 рази (P<0,001).

Таблиця 1

Показники клітинного імунітету у хворих на ПШ з наявністю та відсутністю ТР до початку лікування (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих на ПШ		P
		перша (n=46)	друга (n=62)	
CD3 ⁺ , % Г/л	69,2±1,5	40,2±0,6***	49,1±0,3***	<0,05
	1,3±0,03	0,64±0,01***	0,81±0,005***	<0,05
CD4 ⁺ , % Г/л	45,6±1,1	32,2±0,3***	36,8±0,25***	<0,05
	0,86±0,02	0,52±0,005***	0,61±0,004***	<0,05
CD8 ⁺ , % Г/л	22,7±0,6	20,5±0,5	21,8±0,4	>0,05
	0,43±0,01	0,33±0,01**	0,36±0,007*	>0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	1,57±0,02***	1,69±0,03**	=0,05
CD22 ⁺ , % Г/л	21,3±0,6	17,6±0,2*	18,2±0,3*	>0,05
	0,4±0,01	0,28±0,003**	0,3±0,005*	>0,05
РБТЛ, %	65,5±1,2	32,8±0,6***	38,4±0,45***	<0,001

Примітка: в таблицях 1 та 2 вірогідність різниці показників відносно норми * - при P<0,05, ** - P<0,01, *** - P<0,001; стовпчик P – вірогідність розбіжностей між відповідними показниками у першій та другій групах.

Отже, Т-лімфопенія була чітко виражена у хворих на ПШ обох груп пацієнтів (як з наявністю, так і з відсутністю ТР), однак у хворих першої групи (з наявністю ТР) вона більш значна, ніж у другій, тобто у тих пацієнтів, у яких ТР була відсутня (P<0,01). Кількість CD4+-лімфоцитів (Т-хелперів/індукторів) була також більш суттєво знижена у хворих першої

групи, у яких мала місце ТР до нейролептиків (дивись таблицю 1). Так, до початку введення психотропних препаратів відносна кількість CD4+-клітин в першій групі хворих складала (32,2±0,3)%, що було в середньому в 1,42 рази (на 41,6%) нижче норми (P<0,001) та водночас на 14,3% нижче також відповідного показника у хворих другої групи (P<0,05).

Абсолютна кількість CD4+-лімфоцитів, циркулюючих у периферійній крові хворих на ПШ з наявністю ТР (перша група обстежених), до початку лікування нейролептиками складала (0,52±0,005) Г/л, що було в 1,65 разів нижче норми (P<0,001), та водночас на 17,3% нижче відповідного показника у хворих другої групи (P<0,05).

Відносний рівень CD8+-лімфоцитів (Т-супресорів/кілерів) у хворих на ПШ першої групи відповідав нижчій межі норми (P>0,05), другій групі – був повністю в межах норми (P>0,05) при відсутності вірогідної різниці між цими групами по даній ознаці (P>0,05). В той же час абсолютна кількість CD8+-клітин у хворих на ПШ першої групи була в середньому на 3,3% нижче показника норми (P<0,01). Абсолютна кількість CD8+-клітин в периферійній крові хворих на ПШ другої групи складала в середньому (0,36±0,007) Г/л та була на 19,4% нижче показника норми (P<0,05). Однак суттєвої різниці рівнем, CD8+-лімфоцитів у хворих першої та другої груп виявлено не було (P>0,05).

Імунорегуляторний індекс CD4/CD8, який віддзеркалює співвідношення клітин з хелперною і супресорною активністю, був у хворих на ПШ першої групи знижений в 1,27 рази (на 27,4%) відносно фізіологічної норми (P<0,001). У другій групі хворих на ПШ цей показник до початку лікування нейролептиками складав 1,69±0,03, що було на 18,3% нижче норми (P<0,01), та одночасно на 7,64% нижче відповідного коефіцієнту у хворих першої групи (P=0,05).

Відносна кількість В-лімфоцитів (CD22+) в обох обстежених групах хворих на ПШ була помірно знижена – відповідно на 21,0% відносно норми в першій групі (P<0,05) та на 17,0% в другій групі (P<0,05). У той же час відносна кількість В-клітин (CD22+) між першою і другою групами не мало вірогідної різниці (P>0,05). Абсолютна

кількість лімфоцитів з фенотипом CD22+ (тобто В-клітин) у хворих на ПШ першої групи була знижена в середньому в 1,43 рази (на 42,9%) відносно показника норми (P<0,01) у хворих другої групи – на 33,3% (в 1,33 рази) відносно норми. В той же час абсолютна кількість В-клітин у хворих першої групи була лише на 7,1% нижче, ніж у пацієнтів другої групи обстежених (P>0,05).

Показник РБТЛ з ФГА до початку лікування нейролептиками у хворих на ПШ першої групи складав (32,8±0,6)%, тобто був у середньому в 2 рази нижче норми (P<0,001). У другій групі цей показник складав в цей період обстеження (38,4±0,45)%, тобто був в 1,71 рази нижче норми (P<0,001), та водночас вірогідно перевищував аналогічний показник у хворих першої групи (в середньому на 17,1%; P<0,05). Суттєве зниження показника РБТЛ з ФГА свідчило про пригнічення функціональної активності Т-лімфоцитів у хворих на ПШ, особливо у пацієнтів з наявністю ТР, які склали першу групу обстежених.

Таким чином, отримані нами дані свідчать, що у хворих на ПШ при наявності ТР до нейролептиків мають місце суттєві зсуви імунологічних показників, що характеризують стан клітинної ланки імунітету. Вони характеризуються наявністю Т-лімфопенії, дисбалансу субпопуляційного складу Т-лімфоцитів із зниженням як Т-хелперів/індукторів (CD4+) так і Т-супресорів/кілерів (CD8+) та зменшенням імунорегуляторного індексу CD4/CD8, що віддзеркалює співвідношення Th/Ts. Було помірно знижено також число В-клітин (CD22+) та суттєво пригнічена функціональна активність Т-лімфоцитів, яка вивчалася за допомогою РБТЛ з ФГА. У хворих на ПШ з відсутністю ТР вказані зсуви імунологічних показників були в більшості випадків суттєво менш виражені, ніж у хворих на ПШ з наявністю ТР, як це видно з таблиці 1.

Таблиця 2

Показники клітинного імунітету у хворих на ПШ з наявністю та відсутністю ТР після завершення лікування нейролептиками (M±m)

Імунологічні показники	Норма	Групи хворих на ПШ		P
		перша (n=46)	друга (n=62)	
CD3+, % Г/л	69,2±1,5	43,2±1,6***	56,4±1,2**	<0,05
	1,3±0,03	0,72±0,03***	0,96±0,02**	<0,05
CD4+, % Г/л	45,6±1,1	33,4±0,25***	39,9±0,3*	<0,05
	0,86±0,02	0,55±0,004***	0,68±0,005*	<0,05
CD8+, % Г/л	22,7±0,6	18,9±0,8	20,9±0,9	>0,05
	0,43±0,01	0,31±0,013**	0,36±0,015*	=0,05
CD4/CD8	2,0±0,03	1,77±0,03**	1,9±0,03*	=0,05
CD22+, % Г/л	21,3±0,6	18,1±0,5*	19,5±0,6	>0,05
	0,4±0,01	0,3±0,01**	0,33±0,01*	>0,05
РБТЛ, %	65,5±1,2	36,5±0,8***	48,2±0,6***	<0,001

При повторному вивченні показників клітинного імунітету після завершення місячного курсу лікування психотропними препаратами було встановлено, що їхня динаміка суттєво різнилась у першій та другій групах (табл. 2).

В більшості випадків у першій групі зміни імунологічних показників лише незначні, тоді як у другій групі відмічається більш виражена їхня позитивна динаміка. Так, рівень CD3+-лімфоцитів у першій групі до моменту завершення місячного курсу лікування нейролептиками збільшився у відносному плані на 8,96% ($P>0,05$), в абсолютному – на 12,5% ($P>0,05$). У той же час у другій групі за цей період кількість CD3+-клітин у відносному відношенні зросла в середньому на 14,9% ($P=0,05$) та в абсолютному відношенні – на 18,5% ($P<0,05$). Рівень CD4+-лімфоцитів збільшився у відносному плані в першій групі на 3,73% відносно вихідного рівня ($P>0,05$), в другій групі – на 8,42% ($P=0,05$). Абсолютний вміст у периферійній крові CD4+-лімфоцитів за період лікування нейролептиками збільшився у першій групі – на 11,5% ($P=0,05$). Виходячи з цього можна вважати, що як загальна кількість Т-клітин, так і субпопуляція Т-хелперів/індукторів (CD4+) в обстежених хворих на ПШ першої групи (з наявністю ТР) в ході місячного курсу лікування нейролептиками практично не зазнає позитивної динаміки, тоді як у другій групі обстежених хворих на ПШ (з відсутністю ТР) під впливом лікування нейролептиками виникає чітка позитивна динаміка вивчених імунологічних показників відносно як вихідних даних, так і аналогічних показників у хворих першої групи.

Відносно кількості CD8+-лімфоцитів (Т-супресорів/кілерів), то у хворих першої групи відмічалася навіть деяка тенденція до зниження даного показника відносно вихідного рівня, хоча статистично недостовірна (відносний рівень – на 8,46% від вихідного, абсолютний – на 6,45%; $P<0,05$). При цьому абсолютна кількість CD8+-клітин у хворих першої групи на момент завершення місячного курсу лікування нейролептиками у пацієнтів була вірогідно нижче норми (в середньому в 1,4 рази; $P<0,01$). У другій групі не відмічено в ході лікування нейролептиками яких-небудь змін кількості CD8+-лімфоцитів. На момент завершення місячного курсу лікування їхній абсолютний рівень у крові складав $(0,36\pm 0,015)$ Г/л, що було в 1,2 рази (на 19,4%) нижче норми ($P<0,05$), та одночасно на 16,1% перевищувало аналогічний показник в обстежених хворих першої групи ($P=0,05$).

Імунорегуляторний індекс CD4+/CD8+ (Th/Ts) у хворих першої групи в цей період обстеження складав $1,77\pm 0,03$, тобто підвищився на 12,7% відносно вихідного рівня даного показника ($P=0,05$), та залишався одночасно на 13,0% нижче норми ($P<0,01$). У другій групі імунорегуляторний індекс CD4+/CD8+ складав при повторному обстеженні $1,9\pm 0,03$, та був на 5,3% нижче норми ($P=0,05$) і водночас на 7,3% вище аналогічного показника в першій групі ($P=0,05$). Не встановлено суттєвої різниці між рівнем В-лімфоцитів (CD22+) в першій та другій групах хворих після завершення лікування нейролептиками ($P>0,05$). В обох групах кількість В-клітин мала помірно виражену тенденцію до збільшення відносно вихідних даних: у відносному вимірі на 2,84% та 7,14% відповідно ($P>0,05$), в абсолютному вимірі – 7,14% та 10,0% відповідно ($P>0,05$). Отже, кількість В-клітин в обох групах в ході лікування нейролептиками збільшувалася недостовірно. Індивідуальний аналіз показав, що більш суттєве підвищення числа В-клітин мало місце лише при суттєво пригніченому вихідному рівні CD22+-лімфоцитів, що мало місце в окремих хворих на ПШ

Показник РБТЛ з ФГА в першій групі хворих на ПШ підвищився в ході лікування нейролептиками з $(32,8\pm 0,6)\%$ до $(36,5\pm 0,8)\%$, тобто в середньому на 11,3% відносно вихідного рівня ($P=0,05$). У другій групі хворих на ПШ було більш суттєве підвищення даного показника – з $(38,4\pm 0,45)\%$ до $(48,2\pm 0,6)\%$, тобто в 1,26 рази (на 25,5%) при $P<0,01$. Однак і у хворих другої групи (з відсутністю ТР) після завершення курсу лікування нейролептиками протягом 1 місяця, зберігалася вірогідна різниця показника РБТЛ відносно норми ($P<0,01$), при кратності розбіжностей, яка складала 1,36 рази (35,9%).

Таким чином, отримані дані є підставою для висновку, що в першій групі обстежених хворих на ПШ, до якої віднесені пацієнти з наявністю ТР, при проведенні місячного курсу лікування психотропними препаратами поряд з практичною відсутністю клінічного ефекту та збереженням психопатологічної симптоматики мало місце збереження значних зсувів вивчених імунологічних показників, що характеризують стан клітинної ланки імунної відповіді. Вони характеризувалися збереженням Т-лімфопенії, суттєвого зниження кількості циркулюючих CD4+-лімфоцитів (Т-хелперів/індукторів), при меншому ступеню зниження кількості CD8+-клітин (Т-супресорів/кілерів), у зв'язку з чим імунорегуляторний індекс CD4+/CD8+, що характеризує

хелперно/супресорне співвідношення, був знижений в більшості обстежених хворих. У першій групі хворих на ПШ зберігалося зменшеним також кількість В-клітин (CD22+). Показово, що показник РБТЛ з ФГА в хворих першої групи (з наявністю ТР) був після завершення курсу лікування нейролептиками знижений в середньому в 1,8 рази відносно норми ($P < 0,001$), що свідчило про суттєве зниження функціональної активності Т-клітинної ланки імунної відповіді. При цьому даний показник водночас був у цей період обстеження суттєво нижче рівня РБТЛ у хворих другої групи ($P < 0,01$), що свідчить про збереження у хворих на ПШ з наявністю ТР як кількісного дефіциту, так і зниження функціональної активності Т-клітин.

Нами також використовувався метод градацій для оцінки розбіжностей між окремими імунно-

логічними показниками, що були вивчені, в першій і другій групах, а також до лікування нейролептиками та після завершення місячного курсу введення психотропних препаратів. Дані градацій кількості Т-клітин (CD3+) в обстежених хворих представлені в таблиці 3. З цієї таблиці видно, що кількість CD3+-лімфоцитів у хворих першої групи мала лика тенденцію к підвищенню в ході лікування нейролептиками. Дійсно, до початку лікування у першій групі 97,83% значень рівня CD3+-лімфоцитів відноситься до градацій 0,6-0,7 Г/л, тоді як після завершення лікування 45,7% значень кількості CD3+-лімфоцитів у першій групі відносяться до градацій 0,71-0,9 Г/л. Однак в цілому вірогідних розбіжностей між градаціями рівня CD3+ до початку лікування нейролептиками та після його завершення у першій групі хворих не встановлено ($P > 0,1$).

Таблиця 3

Градації кількості CD3+-лімфоцитів (Т-клітин) в обстежених хворих на ПШ з наявністю або відсутністю ТР

Градації кількості CD3 ⁺ -лімфоцитів (Г/л)	Групи обстежених хворих на ПШ			
	перша (n=46)		друга (n=62)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
0,6-0,7	$\frac{45}{97,83}$	$\frac{25}{54,3}$	$\frac{2}{3,22}$	0
0,71-0,8	$\frac{1}{2,17}$	$\frac{20}{43,5}$	$\frac{26}{41,95}$	0
0,81-0,9	0	$\frac{1}{2,2}$	$\frac{32}{51,61}$	$\frac{16}{25,81}$
0,91-1,0	0	0	$\frac{2}{3,22}$	$\frac{33}{53,23}$
1,01-1,1	0	0	0	$\frac{13}{20,96}$

Примітка: в табл. 3-5 в чисельнику – абсолютна кількість хворих, в знаменнику – відносна кількість (у %) від загального числа хворих в даній групі.

У той же час мають місце розбіжності між градаціями рівня CD3+-клітин у хворих першої і другої груп. До початку лікування психотропними препаратами вихідний рівень градацій кількості CD3+-лімфоцитів у периферичній крові хворих на ПШ в 97,83 % випадків у першій групі був у межах градації 0,6 Г/л-0,7 Г/л, тоді як до цієї градації відносилися лише 3,22 % значень кількості CD3+-клітин у хворих другої групи, а 96,78 % значень лежало в межах градацій 0,71 Г/л-1,0 Г/л (табл. 3). Отже, розбіжності кількості CD3+-лімфоцитів у першій і другій групах хворих на ПШ до початку лікування (вихідні дані) були статистично значущі ($P < 0,05$). Аналогічна картина відмічена у цих групах хворих на ПШ і на момент завершення лікування нейролептиками.

Дійсно, 97,8% значень рівня CD3+-лімфоцитів у хворих першої групи після завершення лікування віднесень до градацій від 0,6 Г/л до 0,8 Г/л, тоді як лише 2,2 % значень рівня CD3+-клітин відносяться до градацій 0,81 Г/л-0,9 Г/л, де вони співпадають зі значеннями градацій, спільним з другою групою. Градації кількості CD3+-лімфоцитів у хворих на ПШ другої групи після завершення лікування нейролептиками складають від 0,81 Г/л до 1,1 Г/л, тоді лише 2,2% хворих з першої групи після завершення курсу лікування нейролептиками протягом 1 місяця мають співпадаючі значення кількості CD3+-лімфоцитів (в межах градації 0,81 Г/л-0,9 Г/л) при $P < 0,05$.

При аналізі градацій кількості CD4+-лімфоцитів в крові хворих на ПШ було встановлено,

чи є чітка різниця між показниками першої та другої груп як до початку лікування нейролеп-

тиками, так і після завершення місячного курсу вживання психотропних препаратів (табл. 4).

Таблиця 4

Градації кількості CD4+-лімфоцитів (Т-хелпери/індуктори) в обстежених хворих на ПШ з наявністю або відсутністю ТР

Градації кількості CD4+-лімфоцитів (Г/л)	Групи обстежених хворих на ПШ			
	перша (n=46)		друга (n=62)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
0,45-0,5	<u>15</u> 32,61	<u>3</u> 6,52	0	0
0,51-0,55	<u>29</u> 63,04	<u>22</u> 47,83	0	0
0,56-0,6	<u>2</u> 4,35	<u>20</u> 43,48	<u>25</u> 40,32	0
0,61-0,65	0	<u>1</u> 2,17	<u>36</u> 58,06	<u>1</u> 1,62
0,66-0,7	0	0	<u>1</u> 1,62	<u>38</u> 61,29
0,71-0,75	0	0	0	<u>14</u> 22,58
0,76-0,8	0	0	0	<u>9</u> 14,51

Дійсно, вихідні дані (до початку введення пацієнтам нейролептиків в більшості обстежених хворих на ПШ з першої групи (95,65%) характеризуються межами градацій від 0,45Г/л до 0,55Г/л, в той час як усі значення градацій даного показника у хворих другої групи знаходяться в межах 0,56 Г/л-0,7 Г/л (P<0,05). Після завершення курсу лікування нейролептиками протягом 1 місяця, градацій кількості CD4+-лімфоцитів у першій групі майже не зменшилися і складають в той час від 0,45 Г/л до 0,6 Г/л : в межі цих градацій входили 97,83% усіх значень кількості CD4+-лімфоцитів в обстежених хворих першої групи на момент завершення курсу лікування нейролептиками. Таким чином, не було встановлено вірогідної динаміки даного показника у хворих на ПШ першої групи, до якої відносилися пацієнти з наявністю ТР до психотропних препаратів.

У другій групі хворих на ПШ (з відсутністю ТР) після завершення курсу лікування нейролептиками встановлено вірогідне підвищення градацій кількості CD4+-лімфоцитів периферичної крові. До початку проведення лікування 98,38% всіх значень кількості CD4+-клітин були у хворих другої групи в межах градацій від 0,56 Г/л до 0,65 Г/л. Після завершення курсу лікування нейролептиками 98,38% усіх значень даного показника була в межах градацій його від 0,66 Г/л до 0,8 Г/л. Таким чином, після завершення лікування нейролептиками у хворих другої групи відмічено суттєве підвищення градацій

кількості CD4+-лімфоцитів в периферійній крові хворих, а збіг показників мав місце лише у 2 хворих (3,24%) при P<0,05. Отже, використання методу градацій дозволило відмітити наявність вірогідних розбіжностей показників рівня CD4+-лімфоцитів (Т-хелперів/індукторів) у крові хворих на ПШ першої і другої груп, а також у пацієнтів другої групи (з відсутністю ТР до нейролептиків) до та після проведення терапії нейролептиками.

Однак найбільш значущі розбіжності були встановлені нами відносно показника РБТЛ з ФГА (табл. 5). З цієї таблиці видно, що як в першій, так і особливо в другій групі показники РБТЛ до початку лікування (вихідні) та після його завершення відрізняються. Дійсно, в першій групі хворих на ПШ до початку лікування усі значення РБТЛ залишаються в межах градацій від 30,0% до 34,0%, тоді як після завершення місячного курсу лікування нейролептиками 97,83% усіх значень показника РБТЛ відносяться до градацій 34,1% до 38,0% (P<0,05). Ще більша різниця має місце у хворих на ПШ другої групи між показниками РБТЛ до початку лікування та після його завершення.

Так, до початку введення нейролептиків, в другій групі хворих на ПШ усі значення показника РБТЛ уміщуються в межах градацій від 35,1% до 41,0%, тоді як після завершення курсу лікування нейролептиками вони укладаються в межі градацій від 46,0% до 49,9% (P<0,001).

Градації показника РБТЛ в обстежених хворих на ПШ з наявністю або відсутністю ТР

Градації показника РБТЛ з ФГА (%)	Групи обстежених хворих на ПШ			
	перша (n=46)		друга (n=62)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
30,0-31,0	$\frac{2}{4,35}$	0	0	0
31,1-32,0	$\frac{10}{21,74}$	0	0	0
32,1-33,0	$\frac{29}{63,04}$	0	0	0
33,1-34,0	$\frac{5}{10,87}$	$\frac{1}{2,17}$	0	0
34,1-35,0	0	$\frac{3}{6,52}$	0	0
35,1-36,0	0	$\frac{10}{21,74}$	$\frac{1}{1,61}$	0
36,1-37,0	0	$\frac{27}{58,7}$	$\frac{2}{3,23}$	0
37,1-38,0	0	$\frac{5}{10,87}$	$\frac{10}{16,12}$	0
38,1-39,0	0	0	$\frac{41}{66,13}$	0
39,1-40,0	0	0	$\frac{6}{9,68}$	0
40,1-41,0	0	0	$\frac{2}{3,23}$	0
41,1-45,9	0	0	0	0
46,0-46,9	0	0	0	$\frac{3}{4,84}$
47,0-47,9	0	0	0	$\frac{10}{16,12}$
48,0-48,9	0	0	0	$\frac{43}{69,36}$
49,0-49,9	0	0	0	$\frac{6}{9,68}$

Отже, проведення аналізу деяких вивчених імунологічних показників у хворих на ПШ методом градацій дозволило встановити, що мають місце суттєві розбіжності в кількості Т-лімфоцитів (CD3+) як між групами хворих з наявністю (перша) та відсутністю (друга) ТР, так і особливо динаміка даних показників під впливом проведеного лікування. В першій групі хворих на ПШ (з наявністю ТР) не встановлено статистично значущих розбіжностей між кількістю лімфоцитів з фенотипами CD3+ та CD4+ до початку проведення лікування нейролептиками та після завершення місячного курсу введення цих препаратів ($P > 0,05$). У той же час при використанні метода градацій встановлена деяка позитивна динаміка показника РБТЛ з ФГА в цій групі хворих (табл. 5).

У другій групі хворих на ПШ, до якої відне-

сені хворі з відсутністю ТР, відмічена чітко виражена позитивна динаміка усіх вивчених показників клітинного імунітету, тобто при проведенні курсу лікування нейролептиками протягом 1 місяця в обстежених пацієнтів с діагнозом ПШ та відсутністю ТР, статистично вірогідно підвищується кількість CD3+ та CD4+-лімфоцитів, а також показник РБТЛ з ФГА, що дає підставу для лабораторного підтвердження позитивної динаміки імунологічних показників при лікуванні нейролептиками хворих на ПШ, в яких відсутня ТР. Слід, однак, відмітити, що навіть при наявності чітко вираженої позитивної динаміки і після завершення місячного курсу лікування нейролептиками, усі вивчені показники залишаються суттєво зниженими у порівнянні з аналогічними показниками норми, характерними для практично здорових осіб.

Тому можна вважати патогенетично обґрунтованим проведення у хворих на ПШ, особливо при наявності в них ТР, імунокорекції як метода подолання резистентності до психотропних засобів. Методи імунокорекції при цьому можуть бути як медикаментозними з використанням імуноактивних препаратів, наприклад гормонів ти-

муса та їхніх аналогів [10], так і немедикаментозні, з яких найбільшу увагу ми надаємо внутрішньосудинній лазеротерапії [9]. Можна вважати також перспективними випробування використання комбінацій медикаментозних і немедикаментозних засобів з метою імунокорекції у хворих на ПШ з наявністю ТР.

Висновки

1. У хворих на ПШ виявлені суттєві зсуви імунологічних показників, які характеризують стан клітинної ланки імунітету. Вони полягають в наявності Т-лімфопенії, дисбалансу субпуляційного складу Т-лімфоцитів, переважно зі зниженням кількості Т-хелперів/індукторів (CD4+), та в меншому ступені Т-супресорів/кілерів (CD8+), тому імунорегуляторний індекс CD4+/CD8+ був переважно знижений в більшості обстежених. Відмічено також помірне зниження кількості В-клітин (CD22+) у периферійній крові та суттєве пригнічення показника РБТЛ з ФГА, що свідчить про зниження функціональної активності Т-клітинної ланки імунної відповіді.

2. Встановлено, що у хворих на ПШ з наявністю ТР вказані зсуви імунологічних показників більш значущі, ніж у пацієнтів з відсутністю ТР, причому протягом місячного курсу лікування нейролептиками поряд з відсутністю позитивної динаміки клінічних показників та збереженням вторинного імунодефіцитного стану, у хворих з наявністю ТР до нейролептиків практично на вихідному зниженому рівні зберігається кількість лімфоцитів з фенотипом CD3+ (Т-хелперів/індукторів). Деяке виключення має лише показник РБТЛ, який помірно підвищується протягом місячного лікування нейролептиками відносно вихідних показників ($P < 0,05$), однак в той же час залишається в 1,8 рази нижче відповідного показника норми ($P < 0,001$).

3. У групі хворих на ПШ, яка характеризується відсутністю ТР, під впливом лікування нейролептиками відмічається чітко виражена позитивна динаміка вивчених імунологічних показників, а саме зменшується ступень Т-лімфопенії, підвищується кількість циркулюючих у периферійній крові Т-хелперів/індукторів (CD4+), та водночас і Т-супресорів/кілерів (CD8+) відносно їхнього вихідного зниженого рівня, збільшується імунорегуляторний індекс CD4/CD8 та показник РБТЛ з ФГА. Показово, що

більшість вивчених імунологічних показників суттєво перевищує як вихідний рівень, так і рівень аналогічних показників у хворих першої групи, яка має ТР до нейролептиків. Однак у той же час більшість вивчених імунологічних показників і на момент завершення місячного курсу лікування нейролептиками залишається в другій групі (з відсутністю ТР) вірогідно нижче норми, хоча і більш аналогічних показників у першій групі (з наявністю ТР).

4. Отримані дані дозволяють вважати, що наявність вторинного імунодефіциту стосовно клітинної ланки імунітету є характерною ознакою ТР форм шизофренії, а відсутність позитивної динаміки більшості вивчених імунологічних показників поряд з відсутністю ефекту лікування, яке проводиться, у клінічному плані – питомою рисою саме наявності резистентності до психотропних препаратів.

5. Отже, дані, які були отримані нами при імунологічному обстеженні хворих на ПШ дозволяють вважати суттєвою патогенетичною рисою пацієнтів з наявністю ТР формування в них вторинного імунодефіцитного стану. Оскільки лікування лише нейролептиками не забезпечує позитивного клінічного ефекту у хворих на ПШ з ТР та одночасно не впливає позитивно на більшість імунологічних показників, що були нами вивчені, можна вважати патогенетично обґрунтованим і клінічно перспективним використанням в лікувальному комплексі у хворих на ПШ з наявністю ТР препаратів з імуноактивною дією. Можливо, використання імуноактивних препаратів буде сприяти не тільки покращенню показників клінічного імунітету і відновленню імунологічного гомеостазу, але і подоланню ТР. У цьому плані було б доцільним провести подальші дослідження, які б стосувалися проблеми подолання ТР у хворих на ПШ шляхом додаткового призначення пацієнтам з такою патологією імуноактивних засобів (як медикаментозних, так і немедикаментозних).

И. И. Кутько, В. М. Фролов, Г. С. Рачкаускас

КЛЕТОЧНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С НАЛИЧИЕМ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К НЕЙРОЛЕПТИКАМ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Луганский государственный медицинский университет

У больных ПШ выявлены существенные сдвиги иммунологических показателей, а именно наличие Т-лимфопении, дисбаланса субпопуляционного состава Т-лимфоцитов, преимущественно со снижением количества Т-хелперов/индукторов, понижение показателя РБТЛ с ФГА, что свидетельствует о снижении функциональной активности Т-клеточного звена иммунного ответа. Установлено, что у больных ПШ с наличием ТР указанные сдвиги иммунологических показателей более значимы, чем у пациентов с отсутствием ТР. В группе больных ПШ, которая характеризуется отсутствием ТР, под воздействием лечения нейролептиками отмечается четко выраженная позитивная динамика выученных иммунологических показателей. Однако в то же время большинство изученных иммунологических показателей и на момент завершения месячного курса лечения нейролептиками остается достовернее ниже нормы. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2005. — № 1 (15). — С. 15-23)

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

CELLULAR INDEXES OF IMMUNITY AT PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA WITH PRESENCE THERAPEUTIC RESISTANT TO NEYROLEPTIC

Institute of neurology, psychiatry and narcology AMS of Ukraine, Lugansk state medical university

At the patients with PS the substantial changes of immunological indexes are exposed, namely the presence T-lymphopenia, disbalance of subpopulation composition of T-lymphocytes, is primary with the decline of the T-helper/inductor amount, lowering of the RBTL index with FGA, that testifies to the decline of functional activity of T-cellular link of immune answer. It is set that at the patients with PS with a presence the TR indicated changes of immunological indexes are more meaningful, than at patients with the TR absence. In the group of the patients with PS, which is characterized by the TR absence, under act of treatment of neuroleptic the expressly expressed positive dynamics of the trained immunological indexes is marked. However at the same time most trained immunological indexes and in the moment of completion of monthly course of treatment of neuroleptic remains more reliable below than norm. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 15-23)

Література

1. Беляков А.В. Клиника и лечение состояний, резистентных к терапии, у больных параноидной шизофренией: Автореферат дис... канд. мед. наук. — М., 1985. — 18 с.
2. Говорин Н.В., Ступина О.П. Применение пептида вилочковой железы тималина в комплексной терапии больных шизофренией с терапевтической резистентностью // Журн. невропат. и психиатр. — 1990. - № 3. — С. 100-103.
3. Иммунодефицитные состояния // Под ред. В.С. Смирнова и И.С. Фрейдлин. — СПб: Фолиант, 2000. — 568 с.
4. Киселева Е.П., Цвейбах А.С., Гольдман Е.И., Пигарева Н.В. Использование микрометода для бласттрансформации лимфоцитов человека и животных // Иммунология. — 1985. - № 1. — С.76-78.
5. Кутько И.И., Царицынский В.И., Бачериков А.Н., Павленко В.В. Нетрадиционные методы лечения эндогенных психозов. — Киев: Здоровье, 1992. — 140 с.
6. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Иммунометаболическая концепция патогенеза терапевтической резистентности у больных шизофренией // Проблемы экологичної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць.-Київ:

Луганськ, 1998.-Вип. 1 (15).-С. 41-58.

7. Кутько И.И., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С. Патогенетическое значение иммунных сдвигов и персистирующей вирусной инфекции у больных параноидной шизофренией // Международный медицинский журнал. — 2004. - №4. — С. 34-38.

8. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Киев: Морин, 2000. — 320 с.

9. Рачкаускас Г.С. Влияние внутрисосудистой лазеротерапии и антиоксидантов на иммунологические и метаболические показатели у больных с резистентными формами шизофрении // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: Зб. наук. праць — Київ; Луганськ.-1998.- Вип. 3(17).- С.256-259.

10. Рачкаускас Г.С. Параноїдна шизофренія: клініко-патогенетична характеристика та лікування на сучасному етапі. — Харків-Луганськ: Елтон, 2004. — 432 с.

11. Фролов В.М., Баскаков И.Н. Моноклональные антитела в изучении показателей клеточного иммунитета у больных // Лаборат. дело.- 1989.- № 6.- С. 71-72.

Поступила в редакцию 16.09.2005

УДК 616.89-055.5

*Т. Л. Ряполова***АНАЛИЗ СЕМЕЙНОЙ ТРЕВОГИ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: семья, аффективные расстройства, семейная тревога

Семья – важнейшее условие благополучия человека [4]. Хорошо известно, что сама семья может стать важным фактором депривации развития и психических расстройств. Исследования семейного контекста психических расстройств относительно немногочисленны. Большинство из них сводится к поиску различной психической патологии среди родственников. Например, в некоторых исследованиях однозначно указывается, что у родственников больных, страдающих тревожными расстройствами, достаточно часто наблюдается различ-

ная психическая патология (тревожные расстройства, депрессии, алкоголизация) [6, 7]. Достаточно немного исследований, где изучалась бы взаимосвязь между эмоциональными расстройствами у взрослых и особенностями их родительской семьи. Целью настоящей работы явилась попытка оценить роль семейной тревоги как фактора микродинамики семейных отношений в формировании депрессии у одного из членов семьи, в функционировании семьи, оценить ее влияние на психическое здоровье других членов семьи.

Материал и методы исследования

Было обследовано 17 больных женщин, находившихся на стационарном лечении в Центре аффективной патологии Донецкой областной клинической психиатрической больницы, и члены их семей. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, у 5 больных был определен легкий депрессивный эпизод (29,41%), у 4 (23,53%) – рекуррентное депрессивное расстройство (РДР) (2 чел. – РДР, текущий депрессивный эпизод умеренной тяжести; 2 чел. – РДР, текущий тяжелый депрессивный эпизод без психотических симптомов), у 4 (23,53%) – биполярное аффективное расстройство (БАР) (2 чел. – БАР, текущий эпизод умеренной депрессии; 2 чел. – БАР, текущий эпизод тяжелой депрессии без психотических симптомов), у 4 (23,53%) – депрессивное расстройство органической природы.

Большинство обследованных больных (10 чел. – 58,82%) имели нуклеарную семью, 7 больных (41,18%) проживали в родительских семьях.

В соответствии с целью настоящего исследования, было обследовано 17 родственников больных с различными аффективными расстройствами, распределение которых по степени родства было следующим: мужья больных с легким деп-

рессивным эпизодом (4 чел.), родители больных с легким депрессивным эпизодом (матери – 1 чел.); мужья больных с рекуррентным депрессивным расстройством (4 чел.); мужья больных с биполярным депрессивным расстройством (2 чел.), родители больных с биполярным аффективным расстройством (матери – 2 чел.); родители больных с депрессивным расстройством органической природы (матери – 4 чел.).

Средний возраст обследованных больных женщин, имеющих нуклеарную семью, составлял $39,6 \pm 0,46$. Средний возраст обследованных мужей больных с аффективными расстройствами – $40,7 \pm 0,32$. У проживающих в родительских семьях больных женщин средний возраст составлял $31,5 \pm 1,35$. Родители (матери) больных женщин имели средний возраст $64,54 \pm 0,23$.

Для оценки выраженности депрессивных расстройств использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) [2].

Диагностика семейных эмоциональных состояний проводилась с помощью методики «Анализ семейной тревоги» (АСТ) [3], имеющей три субшкалы: В – вина (неадекватное ощущение индивидуальной ответственности за все отрицательное, что происходит в семье); Т – тревожность (ощуще-

ние, что ситуация в семье не зависит от усилий обследуемого); Н – нервное напряжение (ощущение, что выполнение семейных обязанностей является непосильной задачей для индивида). Оценивалось количество баллов по каждой из субшкал, а также суммарный показатель обобщенной шкалы, характеризующий общую семейную тревожность.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась на компьютере с помощью программы “STADIA. 6.1”. Определялись средние значения показателей (M), их ошибка (m), критерий различия Манна-Уитни (U), достоверность различий (p), ранговый коэффициент корреляции Спирмена (r).

Результаты исследования и их обсуждение

Сравнительная характеристика семейной тревоги у больных и членов их семей представлена в табл. 1.

Таблица 1

Сравнительная характеристика семейной тревоги в семьях больных с аффективными расстройствами

Показатель	Нуклеарная семья		Родительская семья	
	Жены (больные, n=10)	Мужья (n=10)	Дети (больные, n=7)	Родители (n=7)
Субшкала В	4,7±1,159*	2,2±1,033	5±1,069	6±1,272*
Субшкала Т	4,7±1,418*	2,2±1,135	4±1,414	5,5±0,690*
Субшкала Н	4,2±0,919*	4,7±1,159*	6±1,414*	5,5±0,690*
Семейная тревожность	13,5±2,953*	9,1±1,729	15,0±2,828*	17,0±1,813*

Примечание: * - различия между группами достоверны (p<0,05).

В группе женщин, имеющих нуклеарную семью, вне зависимости от выраженности депрессивных расстройств, 50% (5 чел.) обнаруживали чувство вины за происходящие в семье события, у 7 чел. (70%) имело место чувство тревоги, связанное с внутрисемейными отношениями, и лишь 3 чел. (30%) обнаруживали напряжение во внутрисемейных отношениях. Общая семейная тревожность была диагностирована у 4 больных (40%). Анализ средних величин позволил выявить у больных женщин достоверно (p<0,05) превышающие соответствующие показатели у мужчин в нуклеарных семьях уровни вины, тревожности и суммарного показателя семейной тревожности. В группе мужей больных женщин было выявлено лишь внутрисемейное напряжение (у 6 обследованных – 60%), что при дополнительной беседе мужья связывали с возрастающим количеством семейных обязанностей ввиду госпитализации женщин. Показатель средней величины семейной напряженности у мужей больных с депрессией приближался к 5 (диагностировано семейное напряжение) и статистически достоверно (p<0,05) превышал соответствующий показатель у женщин.

В группе больных женщин, проживающих с родителями, были выявлены и семейная вина (5 чел. – 71,4%), и внутрисемейное напряжение (5 чел. – 71,4%), и общая семейная тревога (4 чел. – 57,14%). Тревожность во внутрисемейных от-

ношениях (субшкала Т) имела лишь у 2 больных (28,57%). Сравнительный анализ средних величин в данной группе больных обнаружил достоверно (p<0,05) больший уровень семейной напряженности в сравнении с аналогичным показателем у больных женщин из нуклеарных семей. У родителей (в данной выборке – матерей) больных с аффективными расстройствами отмечались наиболее высокие показатели семейной тревоги: у 5 чел. (71,4%) было выявлено чувство вины - ответственности за происходящее в семье, у всех обследованных была диагностирована тревожность - беспомощность перед событиями в семье, у 6 чел. (85,7%) обнаруживалось внутрисемейное напряжение, в результате чего и по общему показателю была возможна диагностика семейной тревоги у подавляющего большинства обследованных (6 чел. – 85,7%). В сравнении с нуклеарными семьями, родители больных обнаруживали достоверно (p<0,05) более высокие показатели по всем субшкалам (вины, тревоги, напряжения), а также по суммарному показателю семейной тревоги.

Корреляционный анализ ранжированных признаков, полученных в исследовании, выявил в группе больных, проживающих с родителями, среднюю корреляцию лишь между суммарным показателем семейной тревоги и уровнем депрессии по методике HADS (r=0,461 при p<0,05). В нуклеарных семьях методом ранговой корреляции

ляции Спирмена не удалось определить корреляционных связей между семейной тревогой (и ее отдельных составляющих) у больных и их мужей и наличием и выраженностью тревоги и депрессии (в методике HADS) у больных с аффективными расстройствами.

Дополнительные вопросы, касающиеся эмоциональной коммуникации в родительских семьях всех обследованных больных с аффективными расстройствами, показали, что в родительских семьях обычно отмечался высокий уровень родительской критики, а также индуцировались тревога и недоверие к миру. Среди характеристик матерей были часты указания на доминантность, ведущую роль в вопросах воспитания, в то время как отцы описывались как уступчивые и пассивные. Эти данные хорошо коррелируются с имеющимися немногочисленными эмпирическими исследованиями, согласно которым депрессивные пациенты характеризуют своих матерей как холодных, исполненных различных опасений, агрессивных, чрезмерно амбициозных, часто обвиняющих отцов в неудачах семьи, а отцов описывают как слабых, мягких и уступчивых [1, 5]. Это говорит о том, что депрессивные взрослые

имеют опыт эмоциональной депривации в детстве. Дефицит надежных неамбивалентных родительских репрезентаций делает этих больных зависимыми, плохо переносящими одиночество, одновременно определяя их крайне сложные отношения с другими людьми.

Таким образом, полученные предварительные данные позволяют предположить, что в семьях больных с депрессией не только нарастает семейная тревога как фактор, предрасполагающий к развитию психической патологии у других членов семьи, но вырастает семейная тревога из раннего опыта в родительской семье, что создает почву для развития аффективных расстройств во взрослом возрасте. Работа с семьями депрессивных больных на основании системного подхода должна основываться на том, что происходящие в семье процессы рассматриваются как исторически сложившиеся закономерности функционирования семейной системы, а не результат чьей-то персональной вины. Системный семейный подход может создать реальную возможность для того, чтобы снять у членов семьи чувство вины и вместо этого вселить надежду на изменение осознанного семейного контекста.

Т. Л. Ряполова

АНАЛІЗ СІМЕЙНОЇ ТРИВОГИ У РОДИНАХ ХВОРИХ НА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ

Донецкий державний медичний університет ім. М. Горького

Представлено результати дослідження 17 хворих на афективні розлади та членів їхніх родин. При підвищеному рівні сімейної тривоги у всіх хворих на депресію (17 осіб) у нуклеарних родинах (10) у чоловіків наявною була лише сімейна напруга, а у батьківських родинах (7) – підвищення як суммарного показника сімейної тривоги, так і окремих її складових. Порівняння отриманих результатів із комунікативними особливостями у родинах дозволяє припустити взаємозв'язок між сімейною тривогою у батьківських родинах та депресивними розладами у досліджуваних хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 24-26)

T. L. Ryapolova

THE ANALYSIS OF FAMILY ANXIETY IN FAMILIES OF PATIENTS WITH AFFECTIVE DISORDERS

Donetsk State Medical University

The results of the investigation of 17 patients with affective disorders and the members of their families are given in the article. All patients with depression (17) had the high level of the family anxiety. In the nuclear families (10) the husbands had only family tension and in parent families (7) there was the increase of the summary index of the family anxiety and its separate constituent parts. The comparison of the given results and communicative peculiarities in the families allows to assume the connection between the family anxiety in the parent families and depressive disorders in investigated patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 24-26)

Литература

1. Воликова С.В., Холмогорова А.Б. Семейные источники негативной когнитивной схемы при эмоциональных расстройствах // Московский психотерапевтический журнал. — 2001. - №4. — С.109-119.
2. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков, «Торнадо», 2003. - С. 327-330.
3. Системная семейная психотерапия. Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. Москва – Харьков – Минск: «Питер», 2002. — С.83-95.
4. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы –

- отношение к предубеждениям и обвинениям. – М., «Алетей», 2001. – 343с.
5. Холмогорова А.Б., Воликова С.В. Эмоциональные коммуникации в семьях больных соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. - №4. – С.5-9.
6. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб: Питер, 1999. – 656с.
7. Blatt S., Wein S et al. Parental representation and depression in normal young // British Journal of Psychiatry. – 1989, 173. – P.183-187.

Поступила в редакцию 23.10.2005

УДК 616.895.4-053.9-085

*О. Н. Голоденко***ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: терапевтический комплекс, органические депрессивные расстройства, поздний возраст

Население планеты неуклонно стареет. Распространенность психических расстройств наиболее высока среди лиц возраста обратного развития. Самыми распространенными психическими расстройствами в позднем возрасте является депрессия [1; 2]. Распространенность депрессии у пациентов позднего возраста с соматоневрологической патологией составляет 11-59% [3]. Такие больные дольше лечатся в стационаре и чаще испытывают тяжелый психологический дистресс. Более того, как показано многими исследователями [4], показатель смертности выше среди депрессивных больных позднего возраста. Риск самоубийств у них значительно выше, чем в молодом возрасте [5].

Лечение таких пациентов осложняется тем, что возрастные изменения в организме и факторы, сопутствующие процессам старения, могут существен-

но изменять реакцию больного на антидепрессивные препараты. Не последнюю роль в выборе того или иного фармпрепарата играет и его стоимость, особенно для пациентов позднего возраста.

Общим свойством людей позднего возраста является биологическая уязвимость и нарастающая неспособность справляться с разнообразными стрессами, отсюда особая чувствительность к качеству медицинской помощи и, особенно, ее психологическим аспектам [6]. Поэтому большое значение в оказании помощи пациентам позднего возраста в данной работе отведено психотерапии.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности разработанного нами терапевтического комплекса для лечения больных с органическими депрессивными расстройствами позднего возраста.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены пациенты (81 человек) с легкими и умеренными органическими депрессивными расстройствами позднего возраста, которые были разделены на две группы, не имеющие существенных различий в социально-демографических показателях, клинических проявлениях и психологических особенностях: основная группа - 40 больных (18 - предстарческого возраста, 22 - пожилого) и группа сравнения - 41 пациент (18 - предстарческого возраста, 23 - пожилого). Возраст обследованных был от 45 до 74 лет.

При выборе антидепрессанта учитывались клинические признаки депрессивного состояния - возбуждение или заторможенность пациента. Так, при агитированных депрессиях с ведущим тревожно-ипохондрическим или тревожно-депрессивным синдромом, когда высока вероятность суицидальных действий, назначались антидепрессанты с седативным компонентом: амитриптилин, саротен в средней суточной дозе,

не превышающей 75 мг в 2-3 приема; коаксил - в суточной дозе 25 мг два раза в день. При депрессиях с преобладанием заторможенности, утратой интересов и астенией (ведущий депрессивно-ипохондрический или астено-депрессивный синдром) пациенты получали антидепрессанты со стимулирующим эффектом: продеп, ципрамил - в суточной дозе 20 мг утром, мелипрамин - 50-75 мг в сутки.

В лечебный комплекс также были включены препараты, улучшающие микроциркуляцию (циннаризин, винпоцетин), ноотропные препараты (ноотропил, пирацетам), средства стимулирующие метаболические процессы (рибоксин, стекловидное тело), аминокислоты (глицисед), витаминотерапия (тиамин - В1, пиридоксин - В6, аскорбиновая кислота - С, никотиновая кислота - РР, токоферол - Е). Пациенты склонные к дисфорическому аффекту принимали карбомазепин (100-400 мг в сутки).

В терапевтический комплекс основной группы

были также включены фитоантидепрессант - экстракт травы зверобоя, деприм – 1 капсула 1-2 раз в день или по 1 таблетке три раза в день, психотерапевтические методы (индивидуальная рациональная психотерапия, групповая психотерапия, аутогенная тренировка) (По Л.Д. Богомоловой, 1979). При их выборе учитывалось наличие у многих пациентов позднего возраста ипохондрических включений, когнитивной триады А.Бека (1976) (сниженная самооценка, неадекватная интерпретация настоящего опыта и пессимистический взгляд на будущее) и чувства социальной изолированности.

На начальных этапах психотерапии с пациентом устанавливался более глубокий психологический контакт. Для этого использовалась индивидуальная рациональная психотерапия, которая являлась подготовительным этапом к проведению групповой психотерапии.

Цель групповой психотерапии заключалась в восстановлении и расширении социальных связей депрессивных больных позднего возраста. Группа состояла из 7-10 человек, длительность занятия составляла не более 1 часа (учитывалась повышенная утомляемость пациентов),

один раз в неделю, в течение 2,5 месяцев.

Параллельно с групповыми сеансами психотерапии, проводились занятия по овладению методом аутогенной тренировки. Путем самовнушения больные обучались вызывать в своем теле поэтапно ощущения тяжести, тепла, внутреннего комфорта, покоя и т.д. После освоения этого метода, пациенты проводили его самостоятельно, по рекомендации врача перед сном, в течение 20-90 минут.

После выписки больным основной группы было рекомендовано проводить аутогенную тренировку ежедневно и один раз в неделю в назначенный день, в течение месяца, являться на сеанс групповой психотерапии.

В работе были использованы методики: шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS) (объективная оценка состояния больного врачом) и Госпитальная шкала тревоги (HADS) (субъективная оценка своего состояния самим больным). Оценка клинического состояния проводилась на этапе развернутых проявлений болезни (на момент поступления) и при выписке в обеих группах больных органическими депрессивными расстройствами позднего возраста.

Результаты исследования и их обсуждение

Выраженность депрессии (HDRS) при поступлении в основную группу и группе сравнения была умеренной. При выписке у пациентов основной группы усредненный показатель указывал на отсутствие депрессии, что было достоверно лучше, чем в группе сравнения, в которой показатель соответствовал легкому депрессивному эпизоду ($p < 0,05$). По госпитальной шкале тревоги и депрессии полученные данные свидетельствовали о

выраженной тревоге и депрессии в обеих группах при поступлении. При выписке средние показатели в обеих группах указывали на отсутствие тревоги и депрессии, а статистический анализ показал, что в основной группе улучшение было значительнее ($p < 0,05$). При сравнении показателей внутри каждой группы (при поступлении больных и при их выписке) получены достоверные различия ($p^* < 0,05$). (табл. 1)

Таблица 1

Сравнительная характеристика тяжести аффективных расстройств при депрессиях органического генеза у пациентов позднего возраста до и после лечения

Методики	Основная группа n=40		Группа сравнения n=41		Достоверность различий
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	
Шкала Гамильтона (HDRS)	20,5±4,4	6,2±5,2*	21,9±3,9	10,5±4,2*	$p < 0,05$
HADS: Госпитальная шкала тревоги	10,7±3,3	3,4±3,3*	11,2±3,1	5,1±2,9*	$p < 0,05$
Госпитальная шкала депрессии	15,0±4,0	5,9±2,4*	14,9±3,8	6,9±1,2*	$p < 0,05$

Примечание: * – достоверные различия при поступлении и выписке внутри группы (p^*); p – достоверные различия при выписке больных основной группы и группы сравнения.

У пациентов предстарческого возраста в обеих группах при поступлении наблюдалась умеренная депрессия (HDRS). При выписке в основной группе – депрессия отсутствовала, а в группе сравнения соответствовала легкому депрессивному эпизоду, различия достоверны ($p < 0,05$). По госпитальной шкале тревоги и депрессии при поступлении в обеих группах выявлены клинически выраженные трево-

га и депрессия. При выписке усредненные показатели указывали на четкую тенденцию к снижению депрессии в обеих группах и полное отсутствие тревоги у пациентов предстарческого возраста основной группы ($p < 0,05$). При сравнении показателей внутри каждой группы (при поступлении больных и при их выписке) получены достоверные различия ($p^* < 0,05$). (табл. 2)

Таблица 2

Сравнительная характеристика тяжести аффективных расстройств при депрессиях органического генеза у пациентов предстарческого возраста до и после лечения

Методики	Основная группа n=18		Группа сравнения n=18		Достоверность различий	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	p_1	p_2
Шкала Гамильтона (HDRS)	23,0±5,4	4,3±2,3*	22,3±3,9	10,5±4,4*	<0,05	NS
HADS: Госпитальная шкала тревоги	13,3±0,5	2,3±1,4*	11,4±3,2	6,9±2,9*	<0,05	NS
Госпитальная шкала депрессии	14,0±3,1	6,0±2,7*	14,8±3,5	6,8±1,1*	NS	NS

Примечание: * – достоверные различия при поступлении и выписке внутри группы (p^*); p_1 – достоверные различия при выписке больных основной группы и группы сравнения; p_2 – достоверность различий при выписке у пациентов предстарческого и пожилого возраста основной группы; NS – различия между группами недостоверны.

У пациентов пожилого возраста обеих групп также отмечалась умеренно выраженная депрессия, а тревога оценивалась на субклиническом уровне. При выписке в основной группе тревога и депрессия отсутствовали, в группе сравнения тревога также отсутствовала, а депрессия соответствовала легкому эпизоду. В по-

жилом возрасте при выписке достоверные различия были выявлены между показателями выраженности депрессии по обоим шкалам ($p < 0,05$). При сравнении показателей внутри каждой группы (при поступлении больных и при их выписке) получены достоверные различия ($p^* < 0,05$). (табл. 3)

Таблица 3

Сравнительная характеристика тяжести аффективных расстройств при депрессиях органического генеза у пациентов пожилого возраста до и после лечения

Методики	Основная группа n=22		Группа сравнения n=23		Достоверность различий	
	при поступлении	при выписке	при поступлении	при выписке	p_1	p_2
Шкала Гамильтона (HDRS)	20,1±4,2	6,5±5,5*	20,8±3,9	10,7±3,9*	<0,05	NS
HADS: Госпитальная шкала тревоги	10,2±3,4	3,6±3,5*	10,5±2,5	4,5±2,9*	NS	NS
Госпитальная шкала депрессии	15,1±4,2	5,2±2,4*	15,0±4,4	7,0±1,4*	<0,05	NS

Примечание: * – достоверные различия при поступлении и выписке внутри группы (p^*); p_1 – достоверные различия при выписке больных основной группы и группы сравнения; p_2 – достоверность различий при выписке у пациентов предстарческого и пожилого возраста группы сравнения; NS – различия между группами недостоверны.

Сравнение всех показателей между выписками в возрастных подгруппах не дало достоверных различий ($p > 0,05$) (табл. 2 и 3).

Как выяснилось в дальнейшем, многие пациенты основной группы продолжали самостоятельно общаться друг с другом, встречаться, перезваниваться. 37 пациентов (92,5%) отметили положительное влияние психотерапии на качество лечения ($p < 0,05$). Препараты растительного происхождения отличались хорошей переносимостью, отсутствием нежелательных взаимодействий с соматотропными средствами и не вызывали зависимости. Средняя продолжительность пребывания в отделении составила 85 дней, что на 32 дня меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Было замечено улучшение ночного сна, что способствовало отмене препаратов, улучшающих сон, нормализация артериаль-

ного давления, уменьшение жалоб на боли в области сердца, тахикардию, боли в эпигастриальной области.

После выписки в течение года за динамикой обострений органических депрессивных расстройств у больных обеих групп велось наблюдение. Из таблицы 4 видно, что в первые 3 месяца после выписки у пациентов основной группы достоверно реже возникали обострения заболевания (3 пациента – 7,5%), чем в группе сравнения (9 пациентов – 21,9%) ($p < 0,05$). Обострения, возникавшие в остальной период года, достоверных различий не дали ($p > 0,05$). В течение обозначенного года у половины больных основной группы (19 пациентов – 47,5%) обострений депрессии не наблюдалось, что достоверно отличалось от группы сравнения (4 пациента – 9,7%).

Таблица 4

Частота госпитализаций у больных основной группы и группы сравнения, наблюдавшихся в течение года после проведенного лечения

Очередное обострение в течение:	Основная группа n=40		Группа сравнения n=41		Достоверность
	абс.	%	абс.	%	
До 3 месяцев	3	7,5	9	21,95	$p < 0,05$
От 3 до 6 месяцев	5	12,5	8	19,5	NS
От 6 до 9 месяцев	7	17,5	10	24,4	NS
От 9 до 12 месяцев	6	15,0	10	24,4	NS
В течение года обострения не было	19	47,5	4	9,75	$p < 0,05$
Всего:	40	100	41	100	

Таким образом, применявшийся терапевтический комплекс позволил уменьшить количество и дозы потребления фармпрепаратов,

как психотропных, так и соматотропных, сократить длительность госпитализации и снизить частоту обострений заболевания.

О. М. Голоденко

ЄФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ОРГАНІЧНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ В ПІЗНЬОМУ ВІЦІ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

За допомогою методик HDRS, HADS проаналізована ефективність терапевтичного комплексу для лікування пацієнтів похилого віку з депресіями органічного походження, який включає в себе медикаментозну терапію, фітотерапію та психотерапію (групову, індивідуальну та аутогенну). (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 27-31)

THE EFFICIENCY OF THE THERAPEUTIC COMPLEX OF THE PATIENTS WITH ORGANICALS DEPRESSIVES FRUSTRATIONS IN THE LATE AGE

Donetsk State Medical University

With the help of methods HDRS, HADS analyzed the efficiency of the therapeutic complex for medical treatment of patients in the late age with depressions organical origin, which includes medical therapy, fitotherapy and psychotherapy (in the group, individual and autogeny). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 27-31)

Литература

1. Shah A., De T. Depression and anxiety in geriatric inpatients. Documented evidence of depression in medical and nursing care-homes and its implications in acutely ill geriatric inpatients // Int. Psychogeriatrics. — 1998. — 2. — P. 163-172.;
2. Loke B., Nickalson F., Buzvill P. Screening for depression: Clinical validation of geriatricians diagnosis, the brief assessment schedule depression cards and the 5-item version of the symptom checklist among nondemented geriatric inpatients // Int. J. Ger. Psych. — 1996. — 11. — P. 461-465.
3. Katona C.L. Depression and physical illness in old age // Depression in old age. — 1997. — P. 63-77.
4. O'Brien J., Ames D. Why do depressed patients die // Int. J. Ger. Psych. — 1994. — 9. — P. 689-693.
5. Кац И. Актуальные вопросы исследования суицидов на современном этапе // Вестник РАГЭПП, вып. 1, 1995. — P. 87-94.
6. Rost K., Khang M., Fortney J. Persistently poor outcomes of undetected mayor depression in primary care // Gen.Hosp.Psychiatry. — 1998. — Vol.20, №1. — P. 12-20.;
7. Koder D.-A., Brodaty H., Anstey K.J. Cognitive therapy for depression in the elderly // Int.J.Geriatr.Psychiatry. — 1996. — Vol.11. — P.97-107.

Поступила в редакцию 3.09.2005

УДК 616.89 – 616.61 – 08.64

*С. Г. Пырков, Е. М. Выговская***ПРИМЕНЕНИЕ ЦИПРАЛЕКСА В ЛЕЧЕНИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ ГЕМОДИАЛИЗОМ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: ципралекс, эмоциональные нарушения, хроническая почечная недостаточность, гемодиализ.

Вследствие увеличения продолжительности жизни больных хронической почечной недостаточностью (ХПН) при лечении гемодиализом (ГД) в последние годы большое значение приобретает проблема изучения психических нарушений у данного контингента лиц, оказывающих влияние как на качество их жизни, так и на адаптацию к указанному лечению.

К настоящему времени медикаментозному лечению психических расстройств у ГД-больных уделялось мало внимания, т.к. считалось, что основным методом, рекомендуемым для лечения этих нарушений, является психотерапевтический метод [5,7 и др.]. Во многом такой подход обусловлен тяжестью соматического состояния данных больных, что ограничивает применение многих психотропных лекарственных ве-

ществ из-за высокой вероятности развития осложнений. Между тем, преимущественно органическая природа психических расстройств у лиц ХПН, находящихся на лечении ГД, обусловленная неблагоприятным воздействием на головной мозг различных проявлений системного заболевания (уремическая интоксикация, артериальная гипертензия, водно-электролитные нарушения, метаболические изменения и т.д.), определяет необходимость специального изучения вопросов, связанных с применением психотропных лекарственных средств у данного контингента лиц.

Целью данной статьи явился анализ эффективности ципралекса в лечении эмоциональных нарушений у больных ХПН, находящихся на лечении ГД.

Материал и методы исследования

Объектом настоящего исследования стали 86 больных ХПН, получавшие лечение хроническим ГД в центре экстракорпорального гемодиализа и трансплантации почки ДОКТМО.

На момент обследования все больные имели диагнозы: хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия, пролонгированная гемодиализом; неврологический - энцефалопатия (токсическая и дисциркуляторная) и находились на лечении экстракорпоральным гемодиализом (2-3 раза в неделю) продолжительностью 4-6 часов. У всех исследованных больных наблюдались сходные клинические проявления: уровень креатинина находился в пределах от 0,45 до 1,24 ммоль/л, клубочковая фильтрация снижалась до 20,0-10,0% - 5,0%, по сравнению с нормальными показателями. Обязательными симптомами являлись артериальная гипертензия, анемия и ацидоз. Данная стадия сопровождалась выраженными клиническими симптомами поражения сердечно-сосудистой, дыха-

тельной и других систем.

Причиной развития ХПН у 68,6% больных был хронический гломерулонефрит, у 17,4% - хронический пиелонефрит, у 10,5% - поликистоз почек. Среди других заболеваний, приведших к развитию ХПН, наблюдались мочекаменная болезнь, диабетический гломерулосклероз, аплазия почки, которые были отнесены в рубрику «прочие» ввиду их немногочисленности (3,5%).

Средний возраст больных к началу исследования составил 34,2±8,5 лет. Средний возраст данного контингента лиц ко времени выявления почечного заболевания составил 25,0±8,1 лет, продолжительность почечной патологии до проведения гемодиализа – 10,5±5,4 года. Средняя продолжительность лечения гемодиализом у включенных в обследование больных составила 3,1±0,85 года.

Оценка эффективности действия ципралекса включала анализ обратного развития психопатологических расстройств по методикам

HADS (Zigmond A.S., Snaithe R.P., 1983) [3] – госпитальной шкале тревоги и депрессии (относится к «субъективным шкалам», которые заполняют сами пациенты), MADRS [6] – шкале Монгомери-Асберга для оценки депрессии (принадлежит к числу стандартизованных объективных клинических инструментов, широко применяемых в современной психиатрии), а также SF-36 [9] – методике субъективной оценки качества жизни соматически больных, позволяющей оценивать различные параметры социального функ-

ционирования. Формализованная оценка побочных эффектов терапии проводилась с помощью модифицированной шкалы UKU.

Достоверность результатов исследования обеспечивалась применением статистических методов, реализованных на IBM-совместимом компьютере в пакете программ STADIA. При сравнении средних величин использовался метод Стьюдента с определением вероятности различий «р». Различия принимались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты изучения психического состояния больных ХПН, которые получают активные методы лечения (хронический гемодиализ, трансплантация почки) в центре экстракорпорального гемодиализа и трансплантации почки Донецкого областного клиничко-территориального объединения свидетельствуют о значительной распространённости среди них невротоподобных расстройств – 65 человек (75,6%). При этом наибольший удельный вес среди указанных выше нарушений приходился на эмоциональные расстройства - 60 человек (92,3%), а именно: астено-депрессивные - 31 человек (47,7%), тревожно-депрессивные - 18 человек (27,7%) и депрессивно-ипохондрические – 11 человек (16,9%).

Симптоматика изучаемых расстройств не достигала психотического уровня и соответствовала традиционному для отечественной медицины представлению о невротоподобных расстройствах, критерии отграничения которых от собственно невротических были наиболее полно и четко сформулированы В. В. Ковалевым [4].

Согласно МКБ-10, невротоподобные расстройства отнесены к рубрике F06 «Другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга, либо вследствие физической болезни» [2]. Эта категория включает различные состояния, причинно связанные с дисфункцией мозга вследствие первичного церебрального заболевания, системного заболевания вторично поражающего мозг, эндокринных расстройств или других соматических заболеваний. Эти расстройства, по существу, являются симптоматическими по отношению к тяжелому соматическому состоянию, каким является ХПН.

Астеническая симптоматика являлась стержневой, своего рода «фоном», на котором развивались более сложные психические нарушения, и проявлялась у всех больных. Она имела в процессе лечения гемодиализом определенную ди-

намику: по мере прогрессирования и утяжеления соматического заболевания, а также при длительном лечении гемодиализом, гиперстенический вариант сменялся гипостеническим с характерной вялостью, слабостью, повышенной физической и психической утомляемостью, быстрым истощением психических процессов. Больные выглядели вялыми, не проявляли активности, не стремились к общению. У них отмечались агрипнические нарушения: днем наблюдалась сонливость, ночной сон был поверхностный, с частыми пробуждениями. Многие больные отмечали, что нарушения сна особенно сильно проявлялись после сеансов гемодиализа.

В структуре астено-депрессивного синдрома, наряду с довольно выраженной астенией, проявляющейся гипостенической симптоматикой, гиперестезией, расстройствами сна (с частыми пробуждениями, кошмарными сновидениями и т.д.), отчётливо выявлялись депрессивные нарушения в виде подавленности, тоскливости, сниженного настроения. Перевод данного контингента лиц на лечение диализом являлся для них сильнейшим психотравмирующим фактором и воспринимался как утяжеление заболевания, катастрофическое снижение социального и семейного статуса, значительное ограничение возможностей для реализации жизненных планов и т.д.. У многих больных отмечалась угнетённость, потеря веры в себя, в свои силы и возможность излечения, пессимизм, предчувствие неизбежных неудач (особенно после трансплантации), суицидальные мысли, которые особенно усиливались в ночные часы. Часто депрессивные проявления нарастали или усиливались на фоне достаточно хорошего соматического состояния при дополнительном воздействии неблагоприятных психогенных факторов. В контакт с окружающими и медперсоналом такие больные самостоятельно не вступали, на обращённые к ним вопросы чаще отвечали од-

носложно, неохотно.

В клинической картине больных с тревожно-депрессивным синдромом преобладали чувство тревоги, страха, сниженное настроение, связанные с проведением ГД, различными лечебно-диагностическими процедурами (наложение артерио-венозной фистулы, сбор анализов для исследования, трансплантация почки и т.д.). У этой группы больных с приближением начала сеанса гемодиализа усиливались тревога, страх, появлялись мысли, носящие навязчивый характер, о возможных осложнениях: «не выдержит сердце», «затромбируется фистула» и т.д. Зачастую отмечались мысли о бесперспективности лечения, которое проводится. У данных больных даже малейшие отклонения в работе аппаратуры во время сеанса резко ухудшали их психическое состояние. В отличие от других больных, они не могли читать или спать во время сеанса, а постоянно «следили» за работой аппаратуры.

Особенно негативно на их психическом состоянии сказывалась смерть диализных больных (тем более, если она происходила на «глазах», во время проведения диализа в одном зале с пострадавшим больным), неудачная трансплантация почки. При этом резко усиливалась тревога, ухудшалось настроение, появлялись суицидальные мысли, которые максимально были выражены накануне очередного сеанса ГД. После окончания сеанса интенсивность тревоги снижалась, изменялся характер тревожных опасений (пациенты прислушивались к кровотоку в фистуле, боясь ее кровотечения и т.д.).

В то же время, больные этой группы охотно шли на контакт, особенно вне сеанса диализа, объясняя это нежеланием быть в одиночестве, наличием тревожных мыслей, опасений по поводу своего здоровья, дальнейшего лечения, семейных проблем. Они соглашались с тем, что нуждаются в помощи психиатра, просили назначить им успокаивающие средства, активно интересовались результатами обследования. При положительных результатах успокаивались на некоторое время, однако вскоре фиксировались на других проявлениях болезни (развитии костной патологии, головных болях, сердцебиении, слабости в ногах при ходьбе и т.д.). У данного контингента больных преобладало чувство неуверенности в своем здоровье, своих возможностях, тем не менее, они осознавали несоразмерность своих опасений со стремлением к преодолению страхов.

Депрессивно-ипохондрический синдром у больных ХПН, находящихся на лечении ГД,

характеризовался выраженностью в клинической картине чрезмерной сосредоточенностью, фиксацией на состоянии своего здоровья, сниженным фоном настроения. Данная категория лиц была убеждена, что их состояние тяжелее, чем у других больных, находящихся в отделении, и они нуждаются в дополнительном внимании со стороны врачей. Они постоянно стремились ознакомиться с данными, содержащимися в истории болезни, требовали у врачей сообщить им результаты обследования (сравнивали их с предыдущими, с анализами других больных). Указанная группа пациентов не удовлетворялась обследованием и назначением лечащего врача, настаивала на консультации ведущих специалистов, назначении «самых эффективных» на данный момент препаратов, а также дополнительном обследовании с применением современной аппаратуры. У таких больных отмечалась тенденция к выявлению у себя тяжелых дополнительных заболеваний (рак, туберкулез почек, лейкоз и т.д.). При определенных условиях (неудачная фраза врача, необычные ощущения в процессе проведения диализа, отклонения в анализах, выявление подобного заболевания у других больных, чтение научно-популярной литературы) наблюдалось ухудшение настроения, усиление ипохондрической фиксации, нарушался сон.

Больные с депрессивно-ипохондрическими нарушениями оценивали свое состояние после ГД намного хуже, чем до сеанса. Предъявляли массу жалоб на неприятные ощущения в голове, теле, в области сердца, различные болевые проявления, хотя объективно врачами их состояние оценивалось, как удовлетворительное. Характерным являлся и тот факт, что объективно (по данным анализов, наличия вторичной патологии) соматическое состояние этих больных оценивалось лучше, чем у пациентов с астено-депрессивной симптоматикой.

Таким образом, значительный удельный вес эмоциональных нарушений среди больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализом, ставит перед специалистами дополнительные задачи по реабилитации данного контингента лиц, эффективность которой будет определяться не только стабилизацией соматического состояния пациентов, но и лечением указанных выше психических нарушений.

Из всех антидепрессантов данным требованиям в большей мере отвечает препарат ципрапрам (эсциталопрам).

При лечении эмоциональных расстройств у

больных ХПН, находящихся на лечении ГД, с учётом выраженных нарушений функции почек начальная доза ципралекса составила 5 мг 1 раз в сутки утром. Длительность курса терапии данным препаратом составила в среднем 28-30 дней.

В процессе терапии нами была проведена коррекция времени приёма и дозировки препарата. Основной причиной изменения времени приёма ципралекса была сонливость, возникавшая через 3-4 часа и проходившая в дальнейшем в течение суток. Учитывая данное обстоятельство, дальнейший приём препарата у таких больных осуществлялся на ночь в дозировке 5 мг 1 раз в сутки. Вышеуказанный симптом развился у 27,6% больных, участвовавших в исследовании.

Основными причинами коррекции дозировки ципралекса были нарастающие сонливость, слабость, «тяжесть в голове» и тошнота. Данное развитие симптомов наблюдалось у 6,7% и 27,6% лиц соответственно. При этом 13,8% больных прекратили приём препарата из-за выраженной тошноты. Однако следует отметить, что указанный выше симптом уже наблюдался у данных пациентов на момент начала клинического исследования.

Таким образом, после коррекции дозировка для этой группы пациентов составила 5 мг 3 раза в неделю в дни гемодиализа. Следствием проведенных изменений явилось то, что уже через 5-7 дней мы наблюдали снижение выраженности данных неблагоприятных явлений до минимальных проявлений.

Удельный вес больных, потребовавших увеличения дозировки ципралекса до 10 мг 1 раз в сутки через 14 дней после начала лечения в связи с клинической выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики и хорошей его переносимостью, составил 17,2%.

Других неблагоприятных эффектов во время клинического испытания ципралекса среди больных ХПН, получающих лечение ГД, не наблюдалось, или они были настолько незначительно выражены, что не оказывали какого-либо влияния на соматическое состояние данной группы лиц.

Рассматривая эффективность действия ципралекса на астено-депрессивные и тревожно-депрессивные расстройства у больных ХПН, находящихся на лечении ГД, следует отметить, что в первую очередь происходила редукция астенической симптоматики (раздражительности, повышенной возбудимости, несдержанности), а также нормализовался сон (увеличивалась его

продолжительность и глубина). Эти клинически значимые изменения возникали к концу первой недели приёма препарата.

Следующим этапом терапевтического эффекта ципралекса являлась редукция «внутреннего напряжения» (чувства болезненного дискомфорта, смятения, психического напряжения, душевной боли и т.д.), что с нашей точки зрения становилось важной предпосылкой для дальнейшей нормализации настроения. Регресс «внутреннего напряжения» отмечался уже к концу 2-й недели приёма препарата.

Относительно стойкий регресс остальных аффективных нарушений у изученного контингента лиц обозначился на 21-28 день лечения: произошла нормализация настроения, исчезли тревога у больных с тревожно-депрессивными расстройствами, а также сопровождавшие её вегето-висцеральные проявления. Вышеуказанная группа пациентов стала спокойнее относиться к проведению сеансов ГД, значительно уменьшилась их фиксация на работе аппаратов по проведению гемодиализа, практически не высказывались мысли о возможных осложнениях. Характерным для всей группы больных, получавших лечение ципралексом, был рост социальной активности. Испытуемые отмечали некоторое повышение жизненного тонуса (появилась активность при выполнении обычной повседневной работы и т.д.), возросла удовлетворённость взаимоотношениями с семьёй, родственниками, друзьями, появилось чувство удовольствия от просмотра телепередач, прочитанной книги и т.д.

Следует отметить, что полученная положительная динамика в коррекции аффективных нарушений во времени у больных ХПН, получающих лечение ГД, наблюдалась у всех пациентов, несмотря на различия в дозах принимаемого препарата. По-видимому, это обстоятельство связано с соматическим состоянием исследуемых лиц и свидетельствует о необходимости индивидуализированного подхода (подбора дозы, времени приёма и т.д.) при назначении ципралекса.

У больных с депрессивно-ипохондрическим синдромом длительность антидепрессивной терапии составила 6-8 недель, что было обусловлено проявлением выраженного антидепрессивного эффекта не ранее чем через 4-5 недель приёма препарата.

Эффективность действия ципралекса на депрессивно-ипохондрические расстройства у больных ХПН, находящихся на лечении гемодиализа

зом, виражалась в нормалізації настроєння, сна, зниженні вираженості іпохондричної фіксації. Велика роль в регресі іпохондричної фіксації відводилась купірованню болевих відчуттів, вираженість яких значительно зменшалась при використанні ципралекса в течение 3-4 тижнів.

Сравнение средних показателей по методике HADS ($20,0 \pm 1,38$ - до лечения и $7,2 \pm 0,386$ - после) и MADRS ($28,2 \pm 1,16$ - до лечения и $15,3 \pm 1,14$ - после) обнаружило их статистически достоверное снижение после проведенного лечения ципралексом ($p < 0,02$ и $p < 0,0001$ соответственно), что свидетельствует об эффективности исследуемого антидепрессанта в редукции эмоциональных расстройств среди больных ХПН, получающих лечение ГД.

Сопоставление средних показателей по методике SF-36 выявило их достоверное увеличение по шкалам GH - здоровья в целом ($25,8 \pm 3,04$ - до лечения и $31,8 \pm 2,8$ - после, $p < 0,01$), VP - жизнеспособности ($43,8 \pm 3,48$ - до лечения и $49,6 \pm 3,23$ - после, $p < 0,001$), RE - ролевой эмоциональной шкале ($50,6 \pm 2,99$ - до лечения и $58,0 \pm 2,99$ - после, $p < 0,01$) и MH - психического здоровья ($52,6 \pm 3,9$ до лечения и $62,8 \pm 3,9$ - после, $p < 0,0001$) по завершении курса лечения ципралексом. Полученные результаты свидетельствуют о том, что после проведенного лечения респонденты демонстрировали большую удовлетворенность качеством жизни. Эмоцио-

нальные проблемы уже в меньшей степени влияли на ограничение их повседневной деятельности. Соматические нарушения, в свою очередь, оказывали не настолько сильное действие на эмоциональное состояние данных лиц, как было в период до лечения. Это подтверждает участие имеющихся аффективных нарушений у больных ХПН, получающих лечение ГД, в субъективной неудовлетворенности своим самочувствием и физической активностью, а также подчеркивает актуальность коррекции указанных расстройств, что позволит повысить уровень их социального функционирования и обеспечит ощущение полноценности жизни.

Выводы:

1. Изучение переносимости и побочных действий ципралекса свидетельствует о возможности применения данного антидепрессанта у исследуемого контингента лиц.

2. Рекомендуемой лечебной дозой ципралекса для купирования эмоциональных расстройств у больных ХПН, находящихся на лечении ГД, является 5мг 1 раз в сутки утром. В зависимости от регресса аффективных нарушений и степени переносимости данного препарата дозировка и время приёма могут варьироваться.

3. Антидепрессант ципралекс, благодаря свойственным ему особенностям, является эффективным средством лечения эмоциональных нарушений у изученного контингента лиц и способствует улучшению качества их жизни.

С. Г. Пирков, О. М. Виговська

ЗАСТОСУВАННЯ ЦИПРАЛЕКСУ В ЛІКУВАННІ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ОСІБ З ХРОНІЧНОЮ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ, ЩО ЗНАХОДЯТЬСЯ НА ЛІКУВАННІ ГЕМОДІАЛІЗОМ

Донецький державний медичний університет, ім. М. Горького, Україна

Вивчення переносимості і побічних дій ципралекса свідчить про можливість застосування данного антидепрессанту в хворих ХНН, що знаходяться на лікуванні ГД. Ципралекс, завдяки властивим йому особливостям, є ефективним засобом лікування емоційних порушень у вивченого контингенту осіб і сприяє поліпшенню якості їхнього життя. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С.32-37)

S. G. Pyrkov, E. M. Vygovskaya

APPLICATION OF ZIPRALEX IN TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS AT THE PERSONS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY, RECEIVING TREATMENT BY A HAEMODIALYSIS

Donetsk State Medical University, Ukraine

The study bearability and collateral actions zipralelex testifies to an opportunity of application of this antidepressant at the patients CRI, receiving treatment by a haemodialysis. Zipralelex, due to features, peculiar to it, is an effective means of treatment of emotional disorders at the investigated quota of the persons and promotes improvement of quality of their life. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 32-37)

Литература

1. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства // Український вісник психоневрології. – 2001. – Т.9. – Вип.4 (29). – С. 79 –82.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр): Классификация психических и поведенческих расстройств. – Киев, 1999. – 270с.
3. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессии: современная терапия. – Харьков, 2003. – С.327 – 330.
4. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности (СМИЛ) // Методическое руководство. – М., 1990. – 74с.
5. Blagg C.R. The socioeconomic impact of rehabilitation // Am. J. Kidney Dis. – 2000. – Vol.24, suppl.1. – P.17-21.
6. Montgomery S.A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // Br. J. Psychiatry. – 1979. – N.134. – P. 382 – 389.
7. Porter G.A. Assessing the outcome of rehabilitation in patients with end-stage renal disease // Am. J. Kidney Dis. – 2000. – Vol.24, suppl.1. – P.22-27.
8. Sanchez C. Escitalopram has potent effects in animal models of anxiety and depression. Poster presented at the 23rd Collegium Internationale Neuro – Psychopharmacologicum (CINP), Montreal, Canada, June 23 – 27, 2002b.
9. Ware J.E., Snow R.R., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health Status Survey Manual and Interpretation Guide. – Boston, 1993. – P.1 – 22.

Поступила в редакцию 12.09.2005

УДК 616.895.4-053.2

*Б. В. Михайлов, В. А. Федосеев, В. С. Филык, И. В. Харченко, А. А. Кашинский, Н. М. Гуменко***ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ЭСЦИТАЛОПРАМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АФФЕКТИВНЫМИ И НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Центральная клиническая больница № 5 г. Харьков

Ключевые слова: аффективные и невротические расстройства, ципралекс

Последнее десятилетие характеризуется ухудшением показателей психического здоровья населения Украины. В настоящее время отмечается негативное действие на состояние здоровья и уровень качества жизни населения Украины сложного комплекса социальных, экономических, экологических и других системообразующих факторов. Это привело к существенному ухудшению уровня психического здоровья в популяции, прежде всего за счет увеличения аффективных и невротических расстройств.

В 2002 году заболеваемость психическими расстройствами в Украине составляла 2617 на 100 тысяч населения. На протяжении 1990 - 2002 гг. этот показатель увеличился на 5,5%. Такой рост обусловлен в основном за счет увеличения заболеваемости непсихотическими расстройствами (1990 г. - 1820; 2002 г. - 1846).

Показатель распространенности непсихотических форм на 100 тысяч населения возрос почти в полтора раза – с 828 в 1990 году до 1226 в 2002 г.

Анализ структуры изменений заболеваемости свидетельствует, что в Украине в последние годы отмечается значительный рост психогенных по происхождению, соматизированных, психосоматических и нейросоматических заболеваний с хроническим течением в том числе и «скрытых», соматизированных форм депрессивных расстройств [3].

Это происходит на фоне традиционной ориентации населения на стационарную медицинскую помощь, а также отсутствия в общесоматической сети отделений психосоматического, нейросоматического профиля для лечения пограничных состояний: депрессий невротического уровня, невротических и соматоформных расстройств и пр.

Определенную негативную роль играют также дистанцирование психиатрической службы от иных социальных структур с концентрацией на

контингенте пациентов с психотическими расстройствами, отсутствие профилактической направленности деятельности диспансеров и внедиспансерных форм психиатрической помощи, в частности консультативно-диагностических центров.

В то же время доктриной развития медицинской помощи населению Украины является развитие первичного звена и передачи ему целого ряда функций специализированных звеньев здравоохранения. Это обуславливает значительное повышение уровня требований к психотропным препаратам, прежде всего к антидепрессантам.

Нельзя также не отметить явлений определенного кризиса биологически направленных методов лечения, прежде всего психофармакологии. Характер и выраженность побочных эффектов традиционных антидепрессантов, частично используемых и как препараты психоэнергизирующего действия, потенцируют постоянный поиск новых, более специализированных и действенных лекарственных препаратов [4].

В этой связи внимания заслуживает новый лекарственный препарат — Ципралекс (фирмы Lundbeck). Ципралекс содержит эсциталопрам в форме гидробромида. Механизм действия Эсциталопрама связан с ингибированием обратного захвата серотонина в ЦНС. В целом препарат обладает сбалансированным анксиолитическим, тимоаналептическим и психоэнергизирующим действием. Эсциталопрам действует более селективно, чем все известные антидепрессанты.

Известны хорошие результаты клинического применения предшественника Ципралекса – Циталопрама [5, 6], а сейчас проявились и позитивные данные в отношении эсциталопрама.

Целью нашего исследования было изучение эффективности применения и спектра действия препарата Ципралекс при аффективных и невротических расстройствах и разработка критериев его дальнейшего применения в психиатрической и общесоматической практике.

Материалы и методы исследования

Нами было проведено клиническое исследование препарата Ципралекс в психиатрической клинике, в котором приняли участие 42 пациента, находящиеся на стационарном лечении (28 женщин и 14 мужчин в возрасте от 22 до 65 лет) с наличием различных психопатологических расстройств аффективного и невротического регистра.

Исследование проводилось на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования и Центральной клинической больницы №5.

Методика обследования. Препарат назначался по единой схеме: 1 таблетка Ципралекс (10 мг) один раз в день — в любое время суток вне зависимости от приема пищи. Курс лечения продолжался 2 месяца с последующей постепенной отменой препарата в течение 4-х месяцев. Назначение сопутствующих психотропных препаратов не допускалось. Лишь при бессоннице эпизодически назначались снотворные (транквилизаторы короткого действия).

Обследование пациентов проводилось 1 раз в

неделю. С целью клинической диагностики психического состояния пациентов использовался клинко-психопатологический метод исследования больных. Кроме клинического исследования применялись шкала Гамильтона — для оценки тяжести депрессии со дня начала лечения с недельными интервалами и до окончания курса; шкала общего клинического состояния. Данные оценивались и заносились в анкету раз в неделю.

Сведения о нежелательных явлениях заносились в учетную форму больного еженедельно. Тщательно анализировалась их возможная связь с приемом препарата. Кроме того, оценивались его переносимость и безопасность (по количеству побочных явлений).

Длительность психических расстройств у обследованных пациентов до применения препарата колебалась от нескольких месяцев до 3 лет.

Данные о нозологической и синдромологической представленности психических расстройств у больных, согласно МКБ-10, представлены в таб. 1.

Таблица 1

Распределение больных по характеру психических расстройств

Психические расстройства	Количество больных
Дистимия (F 34.4)	2
Паническое расстройство (F41.0)	3
Обсессивно-компульсивное расстройство (F42.0)	2
Затяжная депрессивная реакция (F43.1)	1
Смешанная тревожно-депрессивная реакция (F43.22)	7
Ипохондрическое расстройство (F45.2)	2
Соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы (F45.30)	7
Соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта (F45.32)	6
Хроническое соматоформное болевое расстройство (F45.4)	4
Неврастения (F48.0)	8
Всего	42

У всех больных базисным был депрессивный синдром. Легкая (гипотимная, дистимическая) степень выраженности депрессивного синдрома была диагностирована у 21 пациента, сред-

няя (циклотимная) — у 13.

Характеристика психопатологических синдромов с ведущей депрессивной симптоматикой представлена в табл. 2

**Распределение ведущих психопатологических синдромов
Результаты исследования и их обсуждение**

Ведущий психопатологический синдром	Количество больных
1. Астено-депрессивный	14
2. Тревожно-депрессивный	15
3. Астено-ипохондрический	6
4. Депрессивный	5
5. Диссоциативно-конверсионный	2
6. Циклотимия	13
Всего	42

Оценка динамики состояния больных с помощью клинико-психопатологического метода выявила следующее: у пациентов, получавших Эсциталопрам, к 7 дню исследования наблюдалось существенное улучшение субъективного спектра ощущений, повышались настроение и активность. К 14 дню терапии было зафиксировано выраженное снижение астенической, тревожной, аффективной и депрессивной симптоматики, в частности, витальных компонентов депрессии и тревоги, утомляемости, слезливости, раздражительности, гиперестезий, беспричинных страхов или конкретных опасений о состоянии своего здоровья. У большинства больных купировались диссомнические расстройства, антивитаальные переживания. К концу 4-недельного курса применения Эсциталопрама практически полностью исчезли соматизиро-

ванные проявления депрессии: купировались болевые и сомато-вегетативные компоненты депрессивного синдрома. Сохранившиеся к концу курса единичные случаи наличия фрагментарных элементов депрессии были характерны для больных с ипохондрической симптоматикой и в случаях затяжной депрессивной реакции, что было обусловлено специфическими проявлениями патопсихологического развития личности.

Постепенная отмена препарата в течение последующих 4-х месяцев с постепенным титрованием дозы при катамнестическом наблюдении выявили стойкую сохранность полученных результатов. В то же время при резкой отмене препарата отмечался незначительный возврат имеющейся, преимущественно соматовегетативной и диссомнической, симптоматики у 35% пациентов.

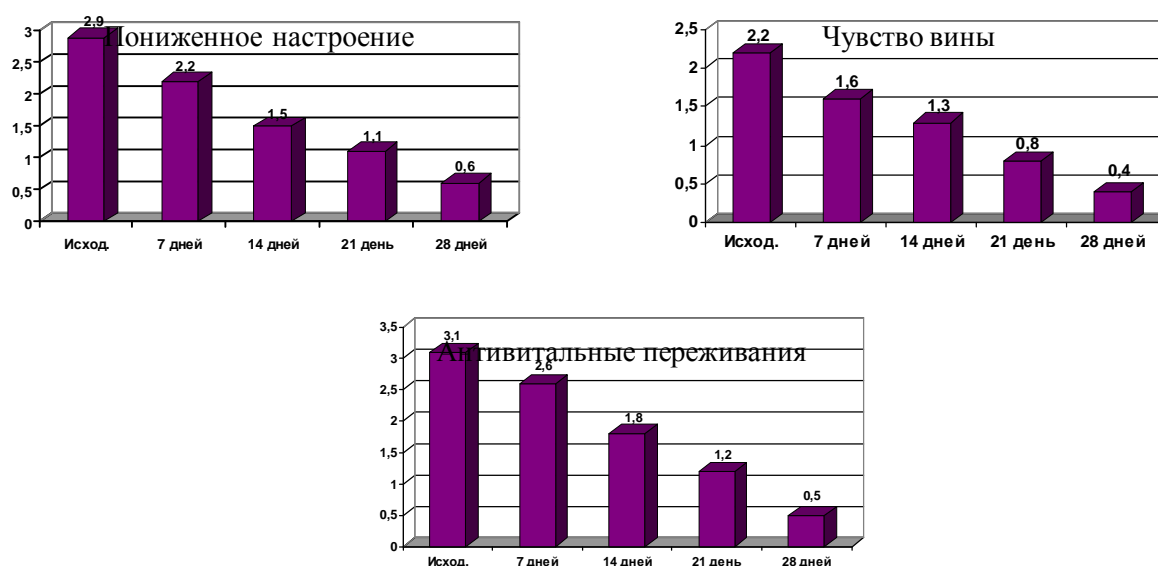


Рис. 1. Регресс симптомов депрессии (по шкале Гамильтона) в процессе лечения препаратом Эсциталопрам

Объективизированная оценка динамики психопатологических расстройств в процессе терапии препаратом Эсциталопрам согласно шкале Гамильтона выявила достоверное существенное снижение уровня аффективных и тревожно-депрессивных расстройств уже к 14 дню по всем критериям. К концу курса (к 28 дню исследова-

ния) уровень депрессивного настроения снизился на 79%; чувства вины — на 81%; антивитаьных переживаний — на 83%; соматоформная вегетативная дисфункция желудочно-кишечного тракта – на 90%, соматоформная вегетативная дисфункция сердечно-сосудистой системы – на 87%. Эти данные представлены на рис. 1, 2, 3, 4.

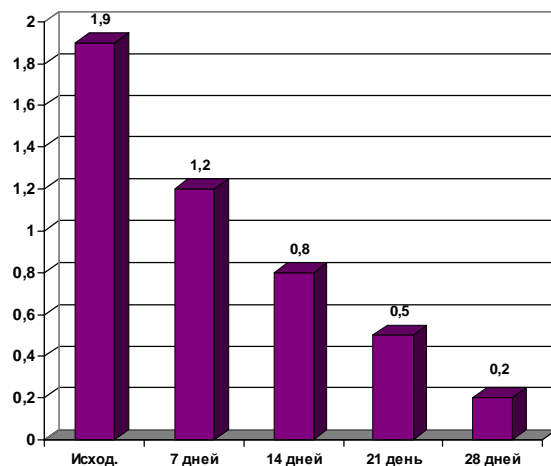


Рис.2. Регресс симптомов соматоформной вегетативной дисфункции сердечно-сосудистой системы (по шкале Гамильтона) в процессе лечения препаратом Эсциталопрам

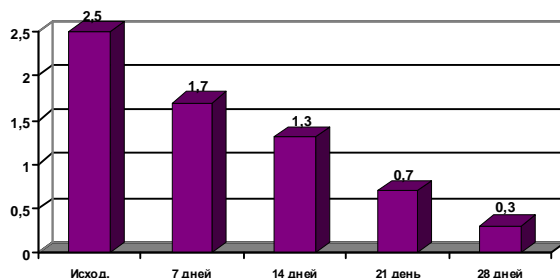


Рис. 3. Регресс симптомов соматоформной вегетативной дисфункции желудочно-кишечного тракта (по шкале Гамильтона) в процессе лечения препаратом Эсциталопрам

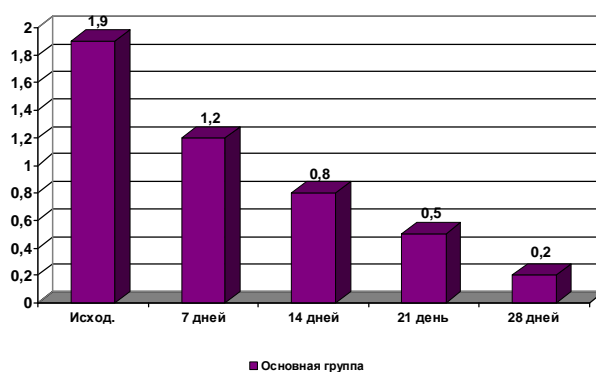


Рис. 4. Регресс депрессивной симптоматики (по шкале Гамильтона) в процессе лечения препаратом Эсциталопрам

В процессе проведения клинического исследования были обнаружены незначительные побочные эффекты терапии. У 3 больных в течение первой недели лечения были зафиксированы проявления тревожности и у 1 больной — жалобы на плохое засыпание, которые уменьшались к концу второй недели.

Выводы:

— Эсциталопрам обладает сбалансированным действием, включая антидепрессивный и анксиолитический эффект.

— Эсциталопрам является эффективным антидепрессантом при терапии аффективных, не-

вротических и соматоформных нарушений разной этиологии.

— Наиболее эффективной терапевтической схемой применения Эсциталопрама должно быть использование его в течение 4-х месяцев с последующей постепенной отменой в течение 2-х последующих месяцев.

— Эсциталопрам имеет минимальные побочные эффекты, безопасен в применении, не снижает качества жизни пациентов.

— Эсциталопрам может быть рекомендован к применению как в стационарных, так и в амбулаторных условиях.

Б. В. Михайлов, В. А. Федосеев, В. С. Філик, І. В. Харченко, О. А. Кашинський, Н. М. Гуменко

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТА ЕСЦИТАЛОПРАМ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З АФЕКТИВНИМИ ТА НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Харківська медична академія післядипломної освіти, Центральна клінічна лікарня № 5

В роботі наведені дані про застосування препарату есциталопрам в лікуванні невротичних та соматоформних захворювань. Проведено аналіз купірування симптомів депресії при різних симптомокомплексах, які зустрічаються в сучасних умовах. Виділені критерії для призначення препарату та проаналізована редукція симптомів, розроблені схеми прийому препарату. Дані рекомендації для застосування препарату. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 38-42)

B. V. Mikhailov, V. A. Fedoseev, V. S. Filuk, I. V. Harchenko, A. A. Kashinsky, N. M. Gumenko

APPLICATION OF A DRUG ESCITALOPRAM IN TREATMENT OF THE PATIENTS WITH AFFECTIV AND SOMATIC DISORDERS

The Kharkov medical academy of postgraduate aducation, Central klinical hospital № 5

In paper the outcomes of the analysis of application of a drug Escitalopram in treatment neurotic and somatic of disorders represented in view of clinical psychopathologic manifestations, duration of application, and also periods of cancellation of a drug. The comparative characteristic with usage of antidepressants of other pharmacological groups is carried out spent. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 38 -42)

Литература

1. Підаєв А.В., Табачников С.І. Проблеми організації психіатричної, психотерапевтичної і психологічної допомоги в загально соматичній мережі. /Архів психіатрії, том. 9, № 1(32), Київ – 2003, стор. 4-5.

2. Михайлов Б.В. Депрессии как междисциплинарная проблема современной медицины. /Архів психіатрії, том 10 № 1(36), Київ – 2004, стор. 182-188.

3. Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г., Напреснюк О.К. Стан психіатричної допомоги в Україні на кінець 2000 року та

перспективи її розвитку. /Вісник психічного здоров'я, 2001, № 1-2, стор. 5-13.

4. Linde K., Ramirez G. e.a. St John wort for depression — an overview and meta-analysis of randomized clinical trials. BMJ, 1996; 313; 252—258.

5. Volz H. P. controlled clinical trials of Hypericum Extracts in depressed patients — an overview.

6. Muldoon C. The safety and tolerability of citaloprim. Int Clin Psychopharmacol (1996), 11 supl 1, 35-40.

Поступила в редакцию 16.05.2005

УДК 616.89-008.434.53:616.517

*А. К. Бурцев***О РОЛИ АЛЕКСИТИМИИ В ФОРМИРОВАНИИ ЛИЧНОСТНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: алекситимия, псориаз, самоотношение, индивидуально-типологические особенности.

Псориаз – одно из распространенных кожных заболеваний; им болеют около 2% населения Земли. Этиология и патогенез псориаза выяснены недостаточно: ни одна из предложенных теорий (вирусная, наследственная обменная не нашла всеобщего и однозначного признания [1]. Как и для всех хронических дерматозов, для псориаза характерно длительное течение с периодическими обострениями, резистентностью к проводимой терапии. Зуд, наличие высыпаний на видимых участках кожи, другие неприятные симптомы создают специфический негативный эмоциональный фон, способствуют нарушениям самоотношения и самовосприятия, негативно влияют на коммуникативные возможности существенно снижая качество жизни пациентов и становясь, возможно, дополнительным элементом этиопатогенеза.

Связь возникновения и хронического течения псориаза нервной системы отмечал еще один из основоположников отечественной дерматологии А.Г. Полотебнов, считая его вазомоторным неврозом, П.В.Никольский создал концепцию псориаза как сосудисто-трофического невроза, возникающего после психотравм, аффектов [1]. Было показано, что у 40% больных псориазом отмечаются явления вегето-сосудистой дистонии, невротические симптомы, гипоталамический синдром; при ЭЭГ исследовании отмечались признаки дисфункции различных уровней, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса [2].

С целью увязать эмоциональные и вегетативные нарушения при псориазе с личностными особенностями пациентов проводились исследования с использованием теста ММРІ [3]. У пациентов с обострением псориаза отмечались признаки депрессии с напряженностью, нервозностью, астенией и навязчивыми страхами, снижением продуктивности, инициативности, уверенности в себе. При клиническом улучшении авторы считали, что «несмотря на снижение

уровня профиля по основным шкалам... можно говорить только о субъективном улучшении психоэмоционального состояния, которое отражает стремление больного отрицать эмоционально насыщенные проблемы и конфликты, осознание которых оказало бы психотравмирующее действие». [3]. В других исследованиях, опиравшихся не только на применение ММРІ, но также опросника Лири, «семантического дифференциала» были выявлены усиления конфликтности, истеричности, шизоидных и паранойяльных черт при стабильном течении псориазического процесса; описывались изменения личности по тревожно-фобическому типу или по застревающему (ригидному) типу, дезадаптация систем доверия и зависимости, появление враждебности к окружающим [5].

Последующие исследования личности больных псориазом с позиций модели позитивной психотерапии по Н.Пезешкиану с использованием Висбаденского опросника (WIPPF) выявили специфическое влияние заболевания на психоэмоциональную сферу пациентов». Рекомендовалось обязательно поддерживать у таких больных эмоциональные отношения к близким и самим себе. Отмечалось, что эти отношения нередко не находят своего выражения [1]. Исследование эмоциональных проблем больных псориазом с применением шкал Спилбергера и Тейлора выявило в период обострения усиление астено-ипохондрической симптоматики, умеренно выраженной в относительно стабильный период [6].

Оценивая приведенные публикации, посвященные психологическим аспектам псориаза, можно отметить их относительную немногочисленность в последнее время, несмотря на повсеместное признание большой роли психоэмоциональных, личностных факторов в происхождении заболевания, важность разработки дифференцированных коррекционных мероприятий. В связи с этим было предпринято настоящее ис-

следование, опирающееся на современные методики (опросники, шкалы) и ставящее целью выявить роль такого важного фактора соматизации психоэмоционального напряжения как алекситимия для формирования патогенетически значимой конфликтной проблематики в сфере самооотношения и отношения с другими.

В качестве основного контингента (группы) было обследовано 30 больных с псориазом (20 мужчин и 10 женщин), находившихся на стационарном лечении в кожно-венерологическом диспансере. Средний возраст составлял $32,0 \pm 2,3$ года; давность заболевания составила в среднем $6,9 \pm 1,2$ года. Оценка психического состояния пациентов основной группы ни у кого из них не выявила клинически выраженных признаков психического расстройства, однако все они предъявляли разрозненные, синдромально не структурированы в жалобы невротического характера (раздражительность, нетерпеливость, некоторое нестойкое снижение настроения, чувство досады и т.п.). Группу сравнения составили 30 пациентов (13 мужчин и 17 женщин), лечившихся в том же диспансере с диагнозом «микоз, микотическая экзема». Средний возраст больных в этой группе составил $33,4 \pm 1,8$ года, а давность заболевания - $5,9 \pm 0,8$ года. Сопоставление в исследовании описанных контингентов имело целью сравнить по результатам корреляционного анализа связь алекситимии другими психологическими характеристиками, а также личностные особенности пациентов различных в этиологическом отношении групп, предполагая, что в основной группе алекситимия играет более выраженную системообразующую роль.

Для измерения выраженности проявлений алекситимии была использована Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ) в адаптации института им В. М. Бехтерева [7]. Для более тщательного изучения корреляционных связей были выделены такие составляющие суммарного показателя, как: а) нарушение идентификации эмоций, в) нарушение экспрессии эмоций, с) экстернальность мышления. Шкала состоит из 26 пунктов.

Для измерения уровня субъективной оценки своего состояния использовалась Шкала субъективного благополучия (ШСБ), разработанная в 1988 г. французскими психологами Perrudet-

Badoux, Mendelsohn и Cliche [8] для изучения влияния стресса (в данном случае – обострения хронического заболевания) на эмоциональное состояние. ШСБ состоит из 17 пунктов, которые делятся на 6 кластеров: 1) напряженность и чувствительность, 2) признаки, сопровождающие основную симптоматику (депрессия, сонливость, рассеянность и т.п.), 3) изменения настроения, 4) значимость социального окружения, 5) самооценка здоровья, 6) степень удовлетворения повседневной деятельностью. Сумма баллов по всем пунктам составляет итоговый балл, является показателем наличия и глубины эмоционального дискомфорта.

Как личностная стандартизированная методика использовался разработанный Л.Н. Собчик индивидуально-типологический опросник (ИТО) [9], выявляющий такие типологические свойства личности, как экстраверсия, спонтанность, агрессивность, ригидность, интроверсия, сензитивность, тревожность, лабильность. ИТО был выбран не только из-за относительной краткости при возможности выделить важнейшие личностные качества, но и в связи с тем, что позволяет выявить стиль межличностного поведения (лидерство, неконформность, конфликтность, индивидуализм; зависимость, конформность, компромиссность, коммуникативность).

Для оценки самооотношения пациентов был применен тест-опросник самооотношения (ОСО), разработанный В.В. Столиным [10]. ОСО включает следующие шкалы: интегральная шкала (измеряет интегральное чувство «за» и «против» собственного «Я» испытуемого; I – шкала самоуважения, II – аутосимпатия, III – шкала ожидания положительного отношения от других, IV – шкала самоинтереса. В опроснике содержатся также 7 шкал, направленных на измерение выраженности установки на те или иные внутренние действия в адрес «Я» испытуемого: 1) самоуверенность; 2) отношение других; 3) самопринятие; 4) саморуководство, самопоследовательность; 5) самообвинение; 6) самоинтерес. Опросник состоит из 57 утверждений.

С учетом объема выборок и нормального характера распределения в них при статистической обработке были применены параметрические критерии t-критерий Стьюдента, и коэффициент линейной корреляции Пирсона.

Полученные результаты и их обсуждение

Результаты исследования по методике ТАШ в

сравниваемых группах представлены в табл. 1.

Данные по методике ТАШ в сравниваемых группах

Показатели ТАШ	Общие показатели	а	в	с
Группы				
Больные псориазом	70,63±2,64	23,9±1,27	20,77±1,06	25,23±1,33
Больные микозом	59,97±2,11	19,33±0,93	17,53±0,86	23,43±1,3

Примечание: а – субшкала нарушения идентификации эмоций, в – субшкала нарушения экспрессии эмоций, с – субшкала экстернальности мышления

В основной группе (больных псориазом) средний общий показатель достоверно выше ($p < 0,05$) показателя алекситимии у здоровых людей (59,3±1,3) и приближается к показателю у больных с психосоматическими расстройствами (72,09±1,3) [7]. В то же время в группе сравнения этот показатель достовер-

ных отличий от показателя здорового контингента не имеет. В сравниваемых контингентах отмечаются также достоверные отличия (с тем же уровнем значимости) по субшкалам а и в.

Результаты, полученные по методике ШСБ, представлены в таблице 2.

Таблица 2

Данные по методике ШСБ в сравниваемых группах

Показатель	стены	1	2	3	4	5	6
Группы							
Больные псориазом	5,07±0,38	11,93±0,54	14,37±0,92	6,5±0,54	7,5±0,66	8,03±0,63	10,4±0,75
Больные микозом	5,2±0,33	11,63±0,53	14,07±0,91	7,33±0,58	8,67±0,69	8,6±0,57	10,33±0,77

Примечание: 1 – «напряженность и чувствительность», 2 – «признаки, сопровождающие основную симптоматику», 3 – «изменения настроения», 4 – «значимость социального окружения», 5 – «самооценка здоровья», 6 – «степень удовлетворенности повседневной деятельностью»

Средние значения суммарного показателя в стенах и в сырых баллах по субшкалам достоверных различий не обнаруживают. Полученные данные указывают на ощущение умеренного субъективного благополучия, отсутствие серь-

езных проблем в личностном функционировании, явной невротизации, хотя о полном эмоциональном комфорте говорить нельзя.

Средние результаты исследования по методике ИТО приведены в таблице 3.

Таблица 3

Данные по методике ИТО в сравниваемых группах

Показатель	Ложь	Арггр.	Экст.	Спон.	Агрес.	Риг.	Инт.в	Сенз.	Тревога	Лаб.
Группы										
Больные псориазом	3,03±0,31	2,37±0,4	5,23±0,44	4,57±0,39	4,77±0,26	4,6±0,37	5,23±0,4	5,47±0,38	5,2±0,37	5,2±0,29
Больные микозом	2,8±0,31	1,23±0,27	5,7±0,41	4,57±0,39	4,87±0,36	4,87±0,36	4,97±0,37	6,33±0,35	5,43±0,41	5,4±0,33

Показатель шкал лжи и аггравации, составляющий не более 3-х баллов в обеих группах, указывает на достоверность полученных результатов.

В обеих группах умеренно акцентированными (5-7 баллов) оказываются черты сензитивности, тревожности и лабильности, что соответ-

ствует наличию у них субклинически выраженных невротоподобных расстройств; отмечается амбивертность; ведущий стиль поведения характеризуется зависимостью, конформностью, компромиссностью, коммуникативностью.

Средние показатели по шкалам методики ОСО представлены на таблице 4.

Данные по методике ОСО в сравниваемых группах

Показатель	Больные псориазом	Больные микозом
I	57,11±5,1	63,91±5,04
II	55,74±5,11	51,38±4,6
III	48,46±5,04	59,83±4,9
IV	64,2±4,65	54,57±4,7
1	64,89±4,52	52,47±4,64
2	59,01±4,78	63,47±5,09
3	59,76±4,72	55,37±5,53
4	56,51±4,16	70,61±3,17
5	56,58±5,41	60,35±3,7
6	50,92±5,5	59,7±5,06
7	55,28±4,96	61,01±4,91
S	69,94±4,03	74,67±3,92

Примечание: I – «самоуважение», II – «аутосимпатия», III – «ожидание положительного отношения от других», IV – «самоинтерес» 1 – «самоуверенность» 2 – «отношение других», 3 – «самопринятие», 4 – «саморуководство, самопоследовательность», 5 – «самообвинение», 6 – «самоинтерес», 7 – «самопонимание», S – «за» и «против» собственного «Я»

В группе больных псориазом наибольшее накопление частот (от 69,94±4,03 до 64,2±4,65) отмечается по шкалам S, 1, и IV – «за» и против собственного я, «самоуверенность» и «самоинтерес». Менее 60% накопления частот (от 59,76±4,72 до 48,46±5,11) отмечается по шкалам «самопринятие», «отношение других», «самоуважение», «самообвинение», «саморуководство», «аутосимпатия», «самопонимание», «ожидание положительного отношения от других». Стиль защитить самоотношения - преимущественно агрессивный [10].

В сравниваемой группе наибольшее накопление частот (от 74,67±3,92 до 60,35±3,70) отмечается по шкалам «за» и «против» собственного Я, «саморуководство», «самопоследовательность», «самоуважение», «отношение других», «самопонимание», «самообвинение». Менее 60% накопления частоты (от 59,83±4,90 до 51,38±4,60) отмечается по шкалам «ожидание положительного отношения от других», «самоинтерес», «самопринятие», «самоинтерес», «самоуверенность», «аутосимпатия». Стиль защиты самоотношения – с помощью фальсифика-

ции «Я».

Достоверно выше ($t=2,70$; $p<0,01$) показатель по шкале «самопоследовательность» («саморуководство») в группе больных микозами, что отражает, по нашему мнению, большую осознанность жизненной тактики в связи с лучшим самопониманием вследствие меньшей выраженности алекситимических тенденций, в частности нарушения идентификации эмоций и экстернатальности мышления.

Анализ первичных статистических данных по использованным методикам выявил ряд сходных психологических характеристик у пациентов сравниваемых групп. Вместе с тем достоверные различия в выраженности алекситимических тенденций позволяют предположить, что у больных псориазом они должны играть особую роль в формировании психологических особенностей пациентов. Для проверки этого предположения был проведен корреляционный анализ показателей по методике ТАШ с показателями по остальным опросникам.

В группе больных псориазом установлена статистически достоверная отрицательная кор-

реляционная связь ($r = -0,375$) показателя по субшкале нарушения экспрессии эмоций с показателем агрессии по ИТО. Учитывая отсутствие на поведенческом уровне у пациентов основной группы явных проявлений внешней агрессии (в рамках нормопатического поведения алекситимиков), можно предположить, что речь идет скорее об аутоагрессивных тенденциях, подвергающихся соматизации. В пользу этого косвенно свидетельствует ряд отрицательных связей показателя самоуважения (ОСО): с общим показателем по ТАШ ($r = -0,552$), нарушения идентификации эмоций ($r = -0,563$) и нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,418$). Также выявлена отрицательная корреляция этого показателя с показателем аутосимпатии ОСО ($r = -0,515$). Показатель шкалы самоинтереса отрицательно коррелирует с общим уровнем алекситимии ($r = -0,395$), показателем нарушения экспрессии эмоций. Показатель шкалы самоуверенности также связан отрицательными корреляциями с показателями общего уровня алекситимии ($r = -0,405$) и экстернальности мышления ($r = -0,369$). Показатель шкалы самопринятия отрицательно связан с показателем нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,365$); самоинтерес отрицательно коррелирует с общим уровнем алекситимии ($r = -0,392$) и уровнем нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,430$). Установлены также отрицательные корреляции самопонимания с общим уровнем алекситимии ($r = -0,595$), нарушением идентификации эмоций ($r = -0,464$) и нарушением экспрессии эмоций ($r = -0,463$). И, наконец, интегральное чувство «за» или «против» своего Я отрицательно связано с общим уровнем алекситимии ($r = -0,551$), нарушением идентификации эмоций ($r = -0,444$) и нарушением экспрессии эмоций ($r = -0,430$). Вместе с тем такой противоположно направленный, по сравнению с остальными показателями ОСО, как показатель шкалы «самообвинение» положительно коррелирует с нарушением идентификации эмоций ($r = 0,373$) и экспрессии эмоций ($r = 0,517$).

Представляют интерес и корреляции, установленные между показателями по ТАШ и ШСБ в основной группе. Суммарный показатель по ШСБ положительно коррелирует (следует напомнить, что высокие показатели по этой методике указывают на неблагополучие, дезадаптацию) с общим уровнем алекситимии ($r = 0,446$), нарушением идентификации ($r = 0,462$) и экспрессии эмоций ($r = 0,453$). Показатель по субшкале ШСБ «напряженность и гиперестезия» положительно коррелирует с нарушением экспрессии эмоций ($r = 0,377$); показатель по субшкале при-

знаков, сопровождающих основную симптоматику (нервозность, субдепрессия) положительно коррелирует с общим уровнем алекситимии ($r = 0,399$), нарушением идентификации эмоций ($r = 0,580$).

В группе сравнения, как и предполагалось, спектр корреляций показателей алекситимии с показателями по другим использованным опросникам оказался заметно уже. Были установлены отрицательно значимые корреляции показателей по шкале экстраверсии ИТО с показателями субшкал нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,373$) и экстернальности мышления ($r = -0,387$) ТАШ, что отражает самоочевидный факт того, что экстравертная установка личности предполагает отсутствие алекситимических проявлений.

Установлена отрицательная корреляционная связь между показателем субшкалы нарушения экспрессии эмоций ($r = -0,451$) и показателем шкалы самоинтереса ОСО (высокий самоинтерес связан с отсутствием нарушения экспрессии эмоций). Показатель по шкале наличия сопутствующих невротических симптомов ШСБ положительно коррелирует с нарушениями идентификации эмоций ТАШ ($r = -0,363$), т.е. степень невротизации больных микозной экземой тем выше, чем пациент хуже может уяснить свое эмоциональное состояние.

Подводя итог сравнению результатов корреляционного анализа в изученных группах можно констатировать, что у больных псориазом достаточно высокий уровень общего показателя алекситимии, а также показателей по субшкалам идентификации и экспрессии эмоций связан с характерными для них невысоким уровнем субъективного благополучия, наличием напряженности, высоким уровнем самообвинения, заниженной аутосимпатией и самоинтересом, что препятствует самопониманию и самопринятию. Алекситимичность больных псориазом создает предпосылки для формирования скрытой агрессивности и аутоагрессии, то есть выступает в роли системообразующего фактора в формировании интрапсихического конфликта, находящего символическое выражение в характерных кожных поражениях.

В группе сравнения, характеризовавшейся незначительной выраженностью алекситимических тенденций, не установлены достоверные связи с общим уровнем алекситимии по методике ТАШ, что указывает на отсутствие сколь угодно значимой роли этого показателя в происхождении психологических проблем у лиц, страдающих микозной экземой.

О. К. Бурцев

**ПРО РОЛЬ АЛЕКСИТИМИЇ У ФОРМУВАННІ ОСОБИСТІСНИХ ХАРАКТЕРИСТИК
ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ**

Донецький державний медичний університет

Особенности самовідношення, почуття об'єктивного благополуччя індивідуально-типологічні особливості хворих на псоріаз були вивчені у їхньому зв'язку з проявами алекситимії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 43-48)

A. C. Burtsev

**ABOUT THE ROLE OF ALEXITYMIA IN FORMING OF PERSONALITY
CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH PSORIASIS**

Donetsk State Medical University

Peculiarities of selfattitude, the filling of subjective wellbeing and individual and typological characteristics in patients with psoriasis in connection with alexitymia are shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 43-48)

Литература

1. Сидоров П.И., Панков М.Н., Файзулин Р.А. Психологические особенности больных псориазом // Журнал дерматологии и венерологии. — 1999, № 2.
2. Боголепов Н.К., Аристов Р.А., Федоров С.М. Клинико-электроэнцефалографические исследования при псориазе // Вестник дерматологии. — 1976, № 3.
3. Егоров М.А., Демьянова Т.Б. Психоэмоциональное состояние больных псориазом // Вестник дерматологии. — 1979, № 11.
4. Рахматов А.Б., Школьник Р.Г. Психоэмоциональный статус больных псориазом // Вестник дерматологии и венерологии. — 1987, № 7.
5. Мушет Г.В., Ямковой А.М. Изменение психоэмоциональной сферы у больных псориазом // Здравоохранение. Кишинев. — 1988, № 3.
6. Богданов В.К. Особенности психоэмоционального состояния больных в различных стадиях псориазом // Журнал дерматологии и венерологии. — 1999, № 2.
7. Ерьсько Д.Б. Алекситимия и методы ее определения при пограничных и психосоматических расстройствах. Методическое пособие. Психоневрологический институт им. В.М.Бехтерева. — СПб., 1994. — 16 с.
8. Шкала субъективного благополучия. Психодиагностика. — Ярославль. — 1997. — 16 с.
9. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. — М. Институт прикладной психологии. — 1998. — С.44-45.
10. Тест-опросник самоотношения // Практикум по психодиагностике. Издание МГУ. — 1988. — С. 123-130.

Поступила в редакцию 16.08.2005

УДК 616.895.8+615.851.4

*Е. М. Денисов***ПРИНЦИПЫ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: параноидная шизофрения, психосоциальная реабилитация, психообразовательная терапия, качество жизни, социальное функционирование.

Концепция психосоциальной реабилитации хронически психических больных, разработанная в последние годы отечественными и зарубежными исследователями, оказывает возрастающее влияние на клиническую и социальную психиатрию, качество жизни (КЖ) и социальное функционирование (СФ) пациентов, а также на систему организации психиатрической помощи населению [1,2,7,8,12].

Анализ литературы показывает, что психосоциальная реабилитация больных параноидной шизофренией (ПШ) направлена не только на достижение максимально возможной ремиссии, предупреждение инвалидности, повышение личного и социального статуса, но и на восстановление когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, социальных навыков, знаний и умений противодействовать остаточным психотическим и дефицитарным симптомам [14,17,19].

Организация лечения больных ПШ, находящихся в стационаре, предусматривает, помимо использования биологической терапии, применение различных психосоциальных программ. Этот комплекс включает в себя как традиционные реабилитационные мероприятия, так и современные подходы, отражающие тенденцию к гармонизации и более глубокому правовому регулированию психиатрической помощи [2,9,17].

В настоящее время для достижения положительного терапевтического эффекта при лечении больных ПШ в условиях психиатрического стационара применяют многочисленные психотерапевтические подходы: когнитивно-поведенческая терапия, телесно-ориентированная тера-

пия, психодинамически-ориентированная (эксплоративная) терапия, суппортивная терапия, семейная терапия, социальный тренинг, а также психообразовательная и обучающая терапия [4,15,18,20].

Особое место в структуре психосоциальной реабилитации занимает психообразовательная терапия, как система психотерапевтического воздействия, направленная на информирование пациента и его родственников о психических расстройствах и обучение их методам совладания со специфическими проблемами, обусловленными проявлением заболевания [10,11,13].

Некоторые авторы указывают на предпочтительность возможно более раннего включения больных в психообразовательную терапию как на этапе становления терапевтической ремиссии после первого психотического эпизода, так и на последующих этапах заболевания, в том числе и в случае его рецидивирования [4,13,16].

Одновременно высказываются суждения, что больные, страдающие шизофренией, способны усваивать и понимать информацию, касающуюся их психического состояния, распознавать ранние субъективные признаки рецидива заболевания и осуществлять меры по нормализации своего состояния [5,9,15].

В то же время, в отечественной литературе отсутствуют работы, посвященные этому разделу психосоциальной реабилитации психических больных.

Целью данного исследования явилось изучение эффективности психообразовательной терапии, влияния ее на частоту рецидивирования психотической симптоматики в катамнестическом периоде, на КЖ и СФ больных ПШ.

Материал и методы исследования

В основную терапевтическую группу для проведения психообразовательной терапии вошли 25 больных ПШ с различным типом течения, после выхода из острой фазы психоза и невыра-

женной прогрессивностью шизофренического процесса, которые параллельно принимали традиционные (галоперидол - 15-20 мг/сут., трифтазин - 15-30 мг/сут., флюанксол 1-5 мг/сут.) или

атипичные антипсихотики (азалептин 75-200 мг/сут., rispoleпт 2-4 мг/сут., зипрекса – 5-10 мг/сут). Согласно МКБ-10 у 10 (40%) пациентов диагностировали эпизодическое течение ПШ с нарастающим дефектом (F20.01), у 3 (12%) – непрерывное течение ПШ (F20.00), и 12 (48%) - ПШ, период наблюдения менее года (F20.09). Абсолютным противопоказанием для проведения психобразовательной терапии являлись: острая психотическая симптоматика, грубопрогредиентное злокачественное течение заболевания, выраженные дефектные состояния, постпсихотическая депрессия.

Контрольная группа состояла из 30 больных ПШ, получавших только медикаментозную терапию традиционными (галоперидол - 15-20 мг/сут., трифтазин – 15-30 мг/сут., флюанксол 1-5 мг/сут.) или атипичными антипсихотиками (азалептин 75-200 мг/сут., rispoleпт 2-4 мг/сут., зипрекса – 5-10 мг/сут). Согласно МКБ-10 - 15 (50%) больным ставили диагноз: ПШ, эпизодическое течение с нарастающим дефектом (F20.01), 3 (10%) – ПШ, непрерывное течение (F20.00), 12 (40%) - ПШ, период наблюдения менее года (F20.09).

Задачи при проведении психобразовательной терапии были следующими:

1. Восполнение имеющегося у больных и членов их семей информационного специфического (медицинского) дефицита знаний.
2. Обучение пациентов и членов их семей умению опознавать первые признаки обострения заболевания.
3. Обучение больных навыкам совладания с болезнью.
4. Коррекция искаженных болезнью социальных позиций пациентов.
5. Уменьшение возможности рецидивирования заболевания.
6. Снижение у членов семьи эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания у родственника.
7. Снижение у пациентов уровня самостигматизированности и стигматизированности.

Основными методами при проведении занятий были следующие: консультирование, преподавание (минилекции), варианты коммуникативной терапии и проблемно ориентированные дискуссии в группах, а также - методы улучшения семейных коммуникаций.

Проведение психобразовательных и обучающих занятий с больными проводилось в стационаре в виде регулярных групповых встреч с

больными с частотой 1 раз в неделю на протяжении 50-60 минут. Общее количество занятий колебалось от 6 до 8 (в среднем 7) и состояло из трех этапов: включение пациентов в психобразовательную группу, начальный этап работы в группе, проведение психобразовательных сессий. Занятия проводились в закрытых группах по 8-10 человек.

Психобразовательная терапия включала в себя набор информационных занятий: повышение уровня специфического (медицинского) образования пациента, его семьи, формирование умения управлять медикаментозной терапией, выработка навыков в решении жизненных проблем, снижение у больных и членов семьи эмоционального напряжения, вызванного фактом и проявлениями психического заболевания, тренинг коммуникативных навыков, улучшение психологических характеристик, имеющих существенное значение для формирования стиля жизни, тренинг навыков совладания.

Оценку эффективности психобразовательной терапии изучали при помощи шкалы общего клинического впечатления (CGI-I).

Изучение КЖ больных ПШ проводили при помощи русской версии опросника КЖ, разработанного ВОЗ [3]. Данная шкала оценивала 6 ядерных модулей (сфер): физические функции (PH), психологические функции (PS), уровень независимости (LI), социальные взаимоотношения (SR), окружающая среда (EN), духовная сфера (SS), а также напрямую измеряла восприятие пациентами своего КЖ и здоровья в целом (G). Внутри каждой из сфер выделялись несколько составляющих ее субсфер (F) – более узких и конкретных аспектов жизни, связанных с состоянием здоровья пациента и терапевтическими вмешательствами. Анализ уровня качества жизни осуществлялся по 20-балльной шкале (4-6 баллов – очень плохое, 7-10 баллов – плохое, 11-13 баллов – удовлетворительное (среднее), 14-17 баллов – хорошее, 18-20 баллов – очень хорошее).

Успешность СФ в различных социальных сферах и его параметры, отражающие характеристику 10 сфер жизнедеятельности, фиксировались в опроснике СФ В.В. Зайцева (1999) [6]. Количественная сторона СФ характеризовала уровень успешности функционирования в различных сферах: производственная (учебно – трудовая), межличностных отношений, родительская семья, родственных отношений, организация быта повседневной жизни, проведение досуга, сексуальные отношения (в том числе и в

семье), а также оценивал способность ухаживать за собой, внешний вид, а также физическую сферу, сферу работоспособности (дневной активности). Уровень СФ в каждой сфере оценивался: 0-1 балла (высокий), 1-2 балла (хороший), 2 – 3 балла (сниженный), 3-4 балла (низкий).

Статистическую обработку полученных результатов производили при помощи пакета «STADIA 5,0». Для оценки независимых совокупностей применяли непараметрические критерии различия Манна-Уитни (U) и достоверность различий (p).

Результаты и обсуждение

Эффективность психообразовательной терапии по шкале общего клинического впечатления,

проводимых в основной терапевтической и контрольной группах, представлена в таблице 1.

Таблица 1

Эффективность психообразовательной терапии по шкале общего клинического впечатления (CGI-I)

Клинический эффект	Основная группа n=25		Контрольная группа n=30		Достоверность различий
	Абс.	Отн.	Абс.	Отн.	
Очень значительное улучшение	4	16,0	3	10,0	p<0,01
Значительное улучшение	16	64,0	6	20,0	p<0,001
Минимальное улучшение	3	12,0	12	40,0	p<0,05
Без изменений	1	4,0	5	16,6	p<0,05
Минимальное ухудшение	1	4,0	3	10,0	p<0,05
Значительное ухудшение	0	0	1	3,4	p>0,05
Очень значительное ухудшение	0	0	0	0	p>0,05

Таким образом, в основной терапевтической группе достоверно чаще в 92% случаев наблюдалась различной степени положительная динамика (очень значительное улучшение у 16% , значительное улучшение - у 64%, минимальное улучшение - у 12% пациентов) психического состояния, и только в 8% случаев психические нарушения продолжали удерживаться (в 4% случаев - без изменений и в 4% - минимальное ухудшение).

В группе больных, получавших только антипсихотические средства, достоверное улучшение психического состояния отмечено у 63,3% пациентов (в 10% случаев – очень значительное, в 20% - значительное, в 40,0% - минимальное улучшение). В то же время у 16,6% больных этой группы достоверно чаще обнаруживалось отсутствие позитивной динамики редукции психического расстройства, а у 13,4% пациентов - минимальное и значительное ухудшение психического состояния.

При катamnестическом обследовании больных на протяжении 6-12 месяцев были выявлены достоверные различия частот рецидивирования психического расстройства в основной те-

рапевтической и в контрольной группах. Так, только в 12% случаев в катamnестическом периоде в группе больных, проходивших психообразовательную терапию, было выявлено возобновление психотической симптоматики в отличие от группы больных, не вовлеченных в психотерапевтические мероприятия, у которых в 26,6% отмечалось рецидивирование симптомов шизофрении (p<0,001).

Оценка КЖ больных ПШ после проведения психообразовательной терапии показала достоверное повышение среднего показателя в большинстве сфер и субсфер шкалы ВОЗКЖ-100, что отражено на рисунке 1.

Обращает на себя внимание, что после проведения психообразовательной терапии отмечался достоверный рост средних показателей до уровня хорошего КЖ в сферах «психологические функции» с 13,2±1,27 до 14,1±1,31 балла (p<0,01), «уровень независимости» - 12,2±1,25 до 14,2±1,30 балла (p<0,001), «социальные отношения» - 10,7±1,10 до 13,9±1,26 балла (p<0,001), «окружающая среда» - 12,1±1,26 до 13,8±1,24 балла (p<0,01), «общее восприятие

качества жизни» - $10,1 \pm 1,12$ до $13,5 \pm 1,24$ балла ($p < 0,001$). В противоположность этому рост средних значений в физической и духовной сфе-

рах с $11,7 \pm 1,11$ до $12,4 \pm 1,23$ балла и $16,8 \pm 1,39$ до $17,0 \pm 1,45$ балла оказывался незначительным ($p > 0,05$).

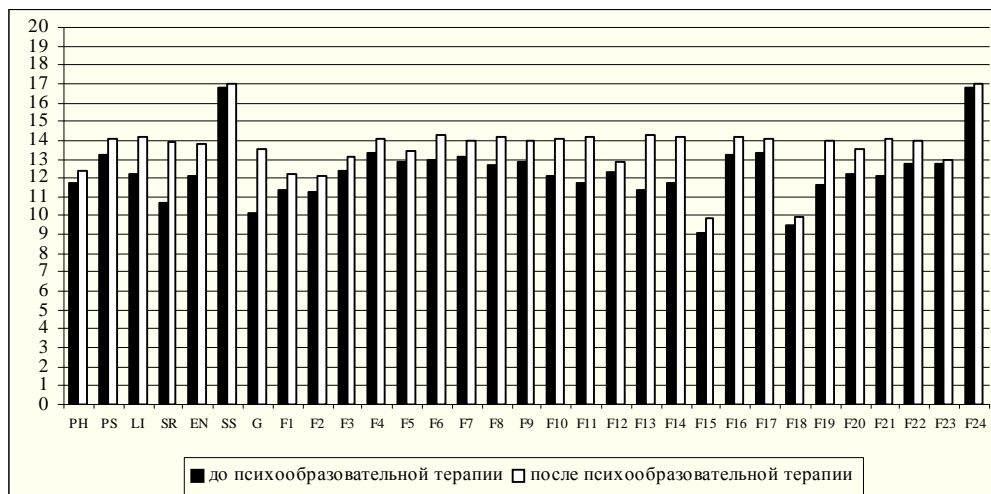


Рис. 1. Средние показатели сфер и субсфер КЖ больных ПШ до и после психообразовательной терапии по шкале ВОЗКЖ-100

Условные обозначения сфер и субсфер: PH - физические функции, PS - психологические функции, LI - уровень независимости, SR - социальные взаимоотношения, EN - окружающая среда, SS - духовная сфера, G - восприятие пациентами своего КЖ и здоровья в целом, F1-«физическая боль и дискомфорт»; F2-«жизненная активность, энергия, усталость»; F3-«сон и отдых»; F4-«положительные эмоции»; F5-«познавательные функции»; F6-«самооценка»; F7-«образ тела и внешность»; F8-«отрицательные эмоции»; F9-«подвижность»; F10-«способность выполнять повседневные дела»; F11-«зависимость от лекарств и лечения»; F12-«способность к работе, работоспособность»; F13-«личные отношения»; F14-«практическая социальная поддержка»; F15-«сексуальная активность»; F16-«физическая безопасность и защищенность»; F17-«окружающая среда дома»; F18-«финансовые ресурсы»; F19-«медицинская и социальная помощь»; F20-«возможности для приобретения новой информации и навыков»; F21-«возможность для отдыха и развлечений и их использование»; F22-«окружающая среда вокруг»; F23-«транспорт»; F24-«духовность/религия, личные убеждения».

Достоверно значимым было обнаруженное после психообразовательной терапии улучшение средних значений субсфер «положительные эмоции» - $13,3 \pm 1,28$ до $14,1 \pm 1,31$ балла ($p < 0,01$) и изменение «самооценки» в положительную сторону - $13,0 \pm 1,25$ до $14,3 \pm 1,33$ балла ($p < 0,001$), показатели которых увеличивались до хорошего уровня КЖ. Параллельно перечисленным изменениям, достоверно повышалась средняя оценка субсфер «образ тела и внешность» - $13,1 \pm 1,24$ до $14,0 \pm 1,32$ балла ($p < 0,05$) и «отрицательные эмоции» - $12,8 \pm 1,20$ до $14,2 \pm 1,35$ балла ($p < 0,001$), уменьшались проявления эмоциональной напряженности, раздражительности, тревоги и вины.

Показательным является тот факт, что во время психообразовательной терапии пациенты достоверно выше ($p < 0,001$) оценивали свои способности справляться с болезненными переживаниями, могли контролировать свои поступки и самостоятельно могли справляться с остаточной психотической симптоматикой. В то же время после терапии существенно увеличились по-

казатели, характеризующие способность к повседневной работе - $12,1 \pm 1,20$ до $14,1 \pm 1,28$ балла ($p < 0,05$), в то время как рост средней оценки субсферы «способность к работе, работоспособность» был незначительным - $12,3 \pm 1,12$ до $12,9 \pm 1,31$ балла ($p > 0,05$). Уровень «зависимость от лекарств и лечения» находился в диапазоне хорошего качества жизни ($14,2 \pm 1,35$ балла), при этом больные ни в одном случае самовольно не прекращали прием антипсихотика, что свидетельствовало о достаточно высоком терапевтическом комплаенсе ($p < 0,001$).

Особенно статистически значимыми в ходе психообразовательных занятий по улучшению коммуникативных навыков было улучшение в субсферах «личные отношения» - $11,4 \pm 1,19$ до $14,3 \pm 1,41$ балла ($p < 0,001$) и «практическая социальная поддержка» - $11,7 \pm 1,19$ до $14,2 \pm 1,35$ балла ($p < 0,001$), достигавшие хорошего уровня качества жизни. При этом практически все пациенты отмечали улучшение семейных, родственных, дружественных взаимоотношений, а также повышение коммуникативных способно-

стей в общении с другими людьми.

Необходимо отметить, что после психообразовательной терапии достоверным являлось также улучшение субъективной оценки в субсферах «физическая безопасность» - $13,2 \pm 1,20$ до $14,2 \pm 1,25$ балла ($p < 0,05$), «окружающая среда дома» - $13,3 \pm 1,24$ до $14,1 \pm 1,26$ балла ($p < 0,05$), «медицинская и социальная помощь» - $11,6 \pm 1,14$ до $14,0 \pm 1,29$ балла ($p < 0,001$), «возможность для отдыха и развлечений» - $12,2 \pm 1,28$ до $14,1 \pm 1,30$ балла ($p < 0,05$) и «окружающая среда» - $12,8 \pm 1,23$ до $14,0 \pm 1,29$ балла ($p < 0,05$). Средняя оценка данных субсфер свидетельствовала о хорошем уровне КЖ.

В то же время рост средних значений субсфер «сон и отдых» - $12,5 \pm 1,19$ до $13,1 \pm 1,14$ балла ($p < 0,01$), «познавательные функции» - $12,9 \pm 1,20$ до $13,4 \pm 1,23$ балла ($p < 0,01$), «возможности для приобретения новой информации и навыков» - $12,2 \pm 1,18$ до $13,5 \pm 1,20$ балла ($p < 0,01$) были незначительными и соответствовали среднему (удовлетворительному) уровню КЖ.

Применение психообразовательной терапии не оказывало достоверного влияния на улучшение уровня КЖ в субсферах «физическое благополучие» - $11,6 \pm 1,11$ до $12,2 \pm 1,21$ балла ($p > 0,05$), «жизненная активность» - $11,5 \pm 1,12$ до $12,1 \pm 1,17$ балла ($p > 0,05$), «сексуальная активность» - $9,2 \pm 1,07$ до $9,9 \pm 1,18$ балла ($p > 0,05$), «финансовые ресурсы» - $9,5 \pm 1,09$ до $10,0 \pm 1,12$ балла ($p > 0,05$) и «транспорт» - $12,8 \pm 1,26$ до $13,0 \pm 1,23$ балла ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о значительном положительном влиянии психообразовательной терапии на субъективное восприятие КЖ. При этом, в первую очередь происходило улучшение социальных отношений: межличностных, родительских, родственных, отношений с друзьями, сексуальных; повышение удовлетворения больных от социальной поддержки. Во-вторых, улучшение способности к самообслуживанию и независимости действий, личностной и духовной реализации приводило к повышению общего восприятия КЖ. В-третьих улучшение психологических функций больных приводило к адекватной самооценке и оценке своего психического состояния. Они правильно соотносили свои субъективные впечатления с объективной реальностью окружающей среды. В-четвертых, повышение удовлетворенности от качества медицинской и социальной помощи приводило к долговременному приему антипсихотиков, что свидетельствовало об устойчивом терапевтическом комплаенсе.

Однако применение психообразовательной терапии не оказывало значительного влияния на физическое благополучие больных, финансовые ресурсы, удовлетворенность сексуальной жизнью больных шизофренией.

Средняя оценка СФ больных ПШ, прошедших психообразовательную терапию, свидетельствовала о достоверной положительной динамике в 8 социальных сферах функционирования. (Рис.2)

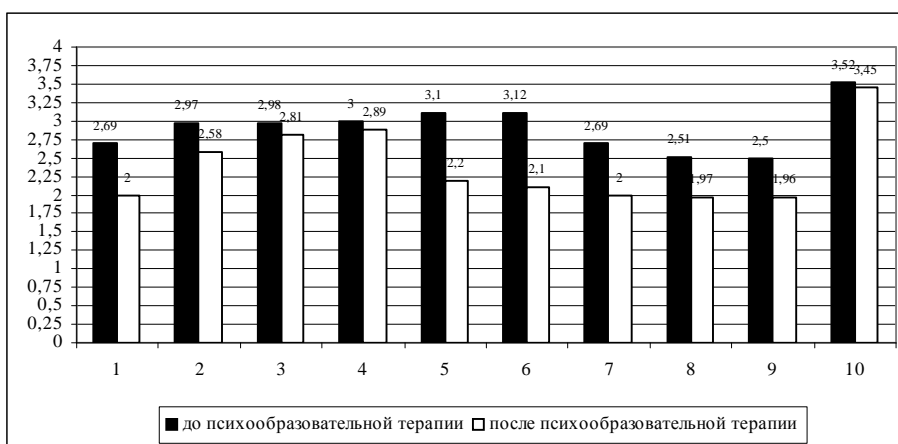


Рис. 2. Средние показатели сфер СФ больных ПШ до и после психообразовательной терапии по шкале уровня СФ Зайцева В.В.

Условные обозначения сфер СФ: 1 – «способность следить за собой (внешний вид)», 2 – «физическая», 3 – «работоспособность (дневная активность)», 4 – «учебно-трудовая (производственная)», 5 – «межличностных отношений», 6 – «родительской семьи», 7 – «родственных отношений», 8 – «организация быта в повседневной жизни», 9 – «проведение досуга», 10 – «сексуальные отношения».

Успешность социального функционирования после психообразовательных занятий, включающих в себя коммуникативные и общественные занятия, достоверно была выше ($p < 0,001$) в сферах «межличностные отношения», «взаимоотношения с родителями», «родственные отношения», «организация быта в повседневной жизни» и «проведение досуга». Это свидетельствовало о хорошем уровне функционирования и совпадало с данными о влиянии поведенческой терапии на успешность социальной адаптации больных шизофренией, полученными Т.В. Гончарской и Н.Р. Мальковым (1984).

При этом обучающие занятия по соблюдению личной гигиены оказывали достоверное влияние ($p < 0,05$) на способность следить за своим внешним видом. Напротив, психообразовательная терапия не оказывала достоверного влияния на функционирование пациентов в физической сфере ($p > 0,05$), сфере «работоспособность (дневная активность)» ($p > 0,05$), производственной сфере ($p > 0,05$) и в сфере «сексуальных взаимоотношений» ($p > 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о положительном влиянии психообразовательной терапии на межличностные взаимоотношения, отношения с родителями, родственные отношения, характеризующиеся в катамнестическом периоде достаточной содержательностью, гармоничностью, с формированием оптимальной эмоциональной дистанции между пациентом и членами семьи. В то же время происходило сохранение или восстановление социальных связей семьи.

После того как достигался достаточный уровень адаптации членов семьи к психическому заболеванию родственника, обычная среда становилась «психотерапевтической». В этом случае больные начинали чувствовать, что обладают прежней автономией, как и до болезни, что существующие социальные ограничения носят временный и действительно обоснованный характер, что его заболевание не приносит чрез-

мерного ущерба никому из его родных, что он в любой момент может надеяться на помощь и поддержку. В такой ситуации факт заболевания постепенно терял свою катастрофичность, и больные получали возможность шаг за шагом создавать эффективные стратегии совладания с заболеванием и постепенно адаптироваться к социальной среде.

Обеспечение родственников информацией, касающейся психических расстройств, приводило к улучшению понимания членами семьи болезни и усилению их эмоциональной толерантности к больному, а также способствовало более адекватному использованию имеющихся в распоряжении семьи поведенческих навыков.

Кроме этого, проведенные в стационаре психообразовательные и обучающие занятия способствовали лучшей адаптации больных ПШ в домашней среде с нормированной организацией быта и досуга. В результате этого они могли самостоятельно вести домашнее хозяйство, осуществлять необходимый контроль семейных расходов (в том числе при незначительной помощи со стороны). При этом пациенты проводили работу и ведение домашнего хозяйства с интересом, на достаточном уровне, однако иногда плохо переносили длительные физические нагрузки.

Необходимо отметить положительное влияние психообразовательных занятий, включающих в себя обучение больных общественным навыкам. Больные адекватно оценивали интерес к своему внешнему виду, чистоте одежды, причёске и макияжу.

Таким образом, использование психообразовательной терапии является необходимым компонентом реабилитационного процесса в условиях психиатрического стационара, помогая больному и членам его семьи стать более активными участниками лечебного процесса, что, безусловно, способствует более полному восстановлению пациента и подготавливает его к дальнейшему возвращению в сообщество.

ПРИНЦИПИ ПСИХООСВІТНЬОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ В УМОВАХ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦИОНАРУ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

Нами використовувалася у 25 хворих на параноїдну шизофренію техніка психоосвітньої психотерапії, яка була заснована на навчальних та психоосвітніх підходах.

Нами досліджувалася ефективність психоосвітньої терапії, вплив на рецидив захворювання, якість життя та соціальне функціонування. Оцінку ефективності психоосвітньої психотерапії вивчали за допомогою шкали загального клінічного враження (CGI-I), якості життя за допомогою шкали ВООЗ ЯЖ-100, соціального функціонування за допомогою шкали соціального функціонування в різноманітних сферах Зайцева В.В.

В ході лікування була показана висока ефективність психоосвітньої терапії та був виявлений позитивний вплив на численні сфери якості життя та соціального функціонування (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 49-55)

E. M. Denisov

THE PRINCIPLES OF PSYCHOEDUCATION THERAPY OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA IN THE PSYCHIATRIC HOSPITAL

Donetsk State Medical University n.a. M. Gorkiy

Were was used of methods psychoeducation psychotherapy of the 25 patients with paranoid schizophrenia, based on the teaching and education approaches. Was studied clinical efficiency of the psychoeducation psychotherapy by used the scale clinical global impression (CGI), quality of life with used scale WHO QOL –100 and social functioning by used scale social functioning by names Zaitsev V.V. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 49-55)

Литература

1. Абрамов В.А. Стандарты многоосевой диагностики в психиатрии. Донецк: «Донеччина», 2004. - 272 с.
2. Абрамов В.А., С.И. Табачников, В.С. Подкорытов. Основы качественной психиатрической практики. Донецк: «Каштан», 2004. - 248 с.
3. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. С-Пб., 1998.
4. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении С-Пб: «Питер»,-2001 г., - 432 с.
5. Гурович И.Я., Кирьянова Е.М., Винидиктова Г.И., Марченко Г.Г. Проблема стигмы и дискриминации больных шизофренией и их родственников, возможные пути преодоления // Социальная и клиническая психиатрия.-2003.-Т.13, №3.-С.26-30.
6. Зайцев В.В. Влияние семейных параметров на социальную адаптацию больных шизофренией. Автореф. дисс. канд. мед. наук.-С-Пб, 1999, с.52.
7. Влох І.Й., Гофман Г. Психосоціальна реабілітація. Принципи, результати в Україні та Австрії //Архів психіатрії.-2001.-№3 (26).-С.115-118.
8. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество жизни (к вопросу об охране психического здоровья) // Социальная и клиническая психиатрия.-2001.-№1.-С.22-27.
9. Карлинг Пол Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. Сфера. Киев, 2001.- 418 с.
10. Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А., Архипова Е.Л. Опыт психообразовательной работы с больными шизофренией в небольничных условиях // Социальная и клиническая психиатрия.-2002. Т.12, №1.- С.48-53.
11. Семенова Н.Д. Сальникова Л.И. Проблема образования психически больных // Социальная и клиническая психиатрия.-1998. Т.8, №4. – С.30-39.
12. Anthony W.A. The psychosocial rehabilitation. Boston, 2001.- 256 p.
13. Anderson C. A psychoeducational program for patients with schizophrenia. London.- 2000.-p.135.
14. Bellack A. Psychosocial treatment in schizophrenia // Dialogues in clinical. Neuroscience Schizophrenia: Specific Topics –2001 – Volume 3 –No.2 – P.136-137.
15. Crow S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms. Br. J. Psychiat.-2001. v.215.-p.253-272.
16. Dixon L. Adams C. Update on family psychoeducation for schizophrenia // Schizophr. Bull. –2000.-Vol.26, N 1.-P.5-20.
17. Fenton WS, Blyler SR. Determinants of medical compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. Schizophr. Bull.-1997.-v.23., № 4.-p.637-651.
18. Glass L., Katz H., Schnitzer R. Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome.- Am. J. Psychiat.-1999.-v.231.-p.523-541.
19. Goldstein M.J. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medication for schizophrenia and mood disorder // Psychopharmacol. Bull.-1992. –Vol. 28, N 3.- P.237-240.
20. Mosher L., Keith S. Psychosocial treatment: individual, group, family and community support approaches. Schizophr. Bull.-1997.-v.24., № 3-p.635-649.

Поступила в редакцию 18.10.2005

УДК 616-07+615.851:681.3:622-058.243

В. Н. Казаков, И. И. Кутько, Ю. Е. Лях, О. А. Панченко, В. Г. Гурьянов

НЕЙРОСЕТЕВОЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ШАХТЕРОВ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького, Институт неврологии,
психиатрии и наркологии АМН Украины

Ключевые слова: психическое расстройство, нейронные сети Кохонена

Большое количество природных, техногенных и антропогенных катастроф, а также иных экстремальных ситуаций обуславливают формирование у больших групп населения разнообразных психических расстройств, в том числе посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) или отдельных их симптомов. Особенно актуальна эта проблема для горнорабочих

очистных забоев (ГРОЗ), работающих в специфических условиях угольных шахт.

Данное исследование было направлено на изучение частоты встречаемости ПТСР и отдельных симптомов ПТСР у шахтеров и ГРОЗ, работающих в экстремальных условиях, а также изучение индивидуально-типологических и эмоциональных особенностей этих лиц.

Материал и методы исследования

Было обследовано 100 человек, имеющих подземный стаж работы, профессиональное функционирование которых связано с экстремальными условиями трудовой деятельности. Подземный стаж в среднем составил 15-22 года. По возрастному составу были выделены 3 группы:

- 1 – от 20 до 30 лет – 21 человек,
- 2 – от 31 до 40 лет – 51 человек,
- 3 – от 41 до 50 лет – 28 человек.

Для оценки адаптированности и личностных свойств шахтеров был использован набор психодиагностических методик:

- шкала для самооценки ПТСР (ПТСР),
- цветовой тест Люшера (Эмоц.),
- «Опросник общего здоровья» (ООЗ),
- «Интегративный тест тревожности (ИТТ)» (ИТТ I, ИТТ II),
- методика депрессивных состояний Зунге (Зунге),
- методика «Качество жизни» (КЧ),
- опросник нервно-психического напряжения (НПН),
- шкала астенических состояний (ШАС).

Для анализа результатов психологического

исследования шахтеров ГРОЗ были применены методы нейросетевого анализа [1]. Выбор этих методов обусловлен следующим:

- 1) при психологическом исследовании использовалась батарея тестов, изучающая различные аспекты психологического состояния ГРОЗ, по каждой из шкал тестов была получена соответствующая оценка;
- 2) результаты тестируемого каждого конкретного испытуемого по различным тестам связаны между собой сложными зависимостями;
- 3) представляет интерес получить интегральное представление о состоянии обследуемого, отдельные стороны которого отражены в тестах батареи;
- 4) не существует стандартной методики объединения результатов тестирования, проведенного по различным тестам;
- 5) методы нейросетевого анализа успешно применяются для решения задач распознавания образов, при этом на признаки, отражающие отдельные стороны анализируемого объекта не накладываются жесткие требования (такие как независимость, нормальность закона распределения), а полученная модель может отражать как линейные, так и нелинейные связи признаков.

Результаты исследования и их обсуждение

В качестве инструмента анализа выбран метод построения самоорганизующихся карт Кохонена. Такая нейросетевая модель может быть

использована в задачах распознавания образов, разведочном анализе данных. Сеть Кохонена может распознавать кластеры в данных, а также

устанавливать близость классов и, таким образом, улучшить понимание структуры данных [1].

При построении нейросетевой модели были использованы стандартные методы построения и обучения нейронной сети Кохонена [1]. Входной слой сети содержал 9 нейронов с радиальной функцией активации, выходной слой состоял из трех нейронов, в которых осуществлялась классификация анализируемых объектов (в выходном слое было опробовано от 2 до 25 нейронов, при этом наиболее информативной оказалась классификация в 3 кластера). Обучение нейросетевой модели проводилось по стандартной методике [2]: на первом этапе проводилось

500 итераций с высокой скоростью обучения (с постепенным уменьшением этой скорости), на этапе подгонки – 5000 итераций с небольшой скоростью обучения. В результате кластеризации была получена модель, которая разделила анализируемое множество на кластеры V1 (отнесено 53 человека), V2 (отнесено 24 человека), V3 (отнесено 23 человека). Положение центров выделенных кластеров в пространстве анализируемых признаков представлено на рисунке 1. Значение признака Y указано в относительных единицах (0 соответствует минимальному по выборке, 1 – максимальному по выборке значению).

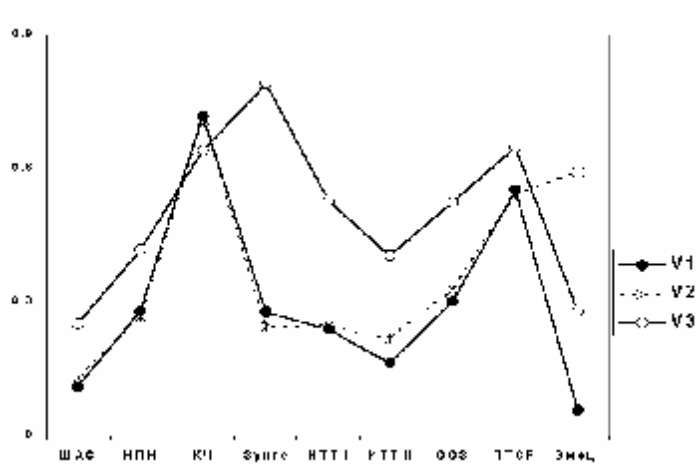


Рис.1. Положение центров, выделенных методом самоорганизующихся карт Кохонена, кластеров (V1, V2, V3) в многомерном пространстве шкал батареи тестов психологического исследования ГРОЗ.

Из рисунка видно, что среди испытуемых явно выделяются две группы людей: I – группа, состояние которой практически по всем показателям (за исключением шкалы эмоциональной напряженности) хуже – кластер V3; II – группа, состояние которой практически по всем показателям благополучней – кластеры V1, V2. Обследуемые,

отнесенные к кластерам V1 и V2 различаются только по шкале эмоциональной напряженности – в кластере V2 она выше. Для иллюстрации разделения на рисунке 2 представлена кластерная диаграмма анализируемой выборки в координатах: Зунге – Эмоц. стресс (в этих координатах различие между кластерами наиболее наглядно).

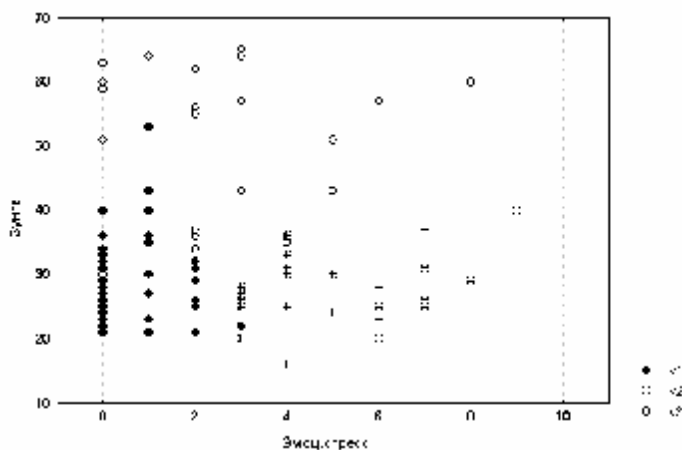


Рис.2. Кластерная диаграмма результатов психологического исследования ГРОЗ в координатах: Зунге – Эмоц.

В таблице 1 представлены усредненные значения показателей для каждого из кластеров.

Таблица 1

Средние значения показателей психологического исследования ГРОЗ в выделенных, методом самоорганизующихся карт Кохонена, кластерах

Показатель	$\bar{X} \pm \sigma$		
	V1	V2	V3
Возраст	37.8±11.1	34.2±10.6	38.5±11.0
Стаж	14.6±9.0	11.2±8.2	16.3±9.5
ШАС	35.7±4.7	36.1±5.3	47.3±16.7
НПН	38.0±6.2	35.8±4.0	42.7±9.1
КЧ	90.6±14.1	87.9±13.5	82.1±13.5
Зунге	29.2±7.0	27.3±5.7	52.3±11.4
ИТТ I	19.9±3.4	20.0±3.5	28.0±8.2
ИТТ II	23.5±4.3	26.3±4.1	33.6±9.1
ООЗ	38.5±4.6	38.8±6.1	43.6±7.6
ПТСР	62.7±9.0	62.3±12.6	67.5±11.8
Эмоц.	0.57±0.84	5.04±1.8	2.3±2.2

Анализ значений показателей отдельных шкал в выделенных кластерах был проведен с использованием метода множественных сравнений [3]. При этом получены следующие результаты:

1) Возраст, стаж работы и КЧ обследуемых в выделенных кластерах статистически значимо не различаются, $p > 0.05$;

2) показатели ШАС, НПН, Зунге, ИТТ I, ИТТ II и ООЗ обследуемых в выделенных кластерах статистически значимо различаются. Выявлено статистически значимое отличие этих показателей между кластерами V3 и V2, кластерами V3 и V1 ($p < 0.05$), значение этих показателей для кластеров V1 и V2 статистически значимо не различается ($p > 0.05$);

3) показатели ПТСР обследуемых в выделенных кластерах статистически значимо различаются $p = 0.02$. Выявлено статистически значимое отличие этих показателей между кластерами V3 и V1 ($p < 0.05$), значение этих показателей для кластеров V3 и V2, V1 и V2 статистически значимо не различается ($p > 0.05$);

3) показатели Эмоц. обследуемых в выделенных кластерах статистически значимо различаются $p = 0.001$. Выявлено статистически значимое отличие этих показателей между кластерами V1 и V2, V1 и V3, V2 и V3 ($p < 0.01$).

Полученные в результате исследования данные свидетельствуют о различном уровне деза-

даптации личности.

У 23 человек отмечается выраженная эмоциональная напряженность. Отдельные признаки ПТСР зафиксированы у 4 человек. У 6 человек диагностирована астения. 6 человек отмечают у себя умеренное нервно-психическое напряжение. Высокий уровень тревоги выявлен у 2 человек. У 10 человек зафиксирована легкая депрессия и у 7 человек – субдепрессивное состояние, наиболее частыми симптомами являются: пессимизм, плаксивость, ощущение наказания. Состояние общего здоровья как предболезненное отмечают 6 человек. Низкий уровень жизни не зафиксирован у обследуемого контингента. Из всего числа шахтеров 20 чел. (20%) отмечают уровень жизни как средний, 80 чел. (80%) – высокий уровень жизни, 5 чел. нуждаются в дообследовании и комплексном лечении.

Лица с расстройствами эмоциональной сферы нуждаются в дальнейшем наблюдении за динамикой индивидуальной адаптивности в экстремальных условиях и проведении индивидуальных психокоррекционных мероприятий с целью предупреждения развития психической патологии.

Таким образом, разработанный нами метод нейросетевого моделирования позволяет провести интегральную оценку психологического состояния ГРОЗ по результатам комплексного тестирования.

В. М. Казаков, І. І. Кутько, Ю. Є. Лях, О. А. Панченко, В. Г. Гур'янов

НЕЙРОМЕРЕЖЕВИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ШАХТАРІВ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького, Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України

Проаналізовано результати медико-психологічного обстеження 100 гірників очисного вибою вугільної шахти. Показано високу ефективність нейромережевого підходу для кластеризації результатів дослідження. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 56-59)

V. N. Kazakov, I. I. Kutko, Y. E. Liakh, O. A. Panchenko, V. G. Gurianov

ANALYSIS THE RESULTS OF PSYCHOLOGICAL EXAMINATION OF THE MINERS BY MEANS OF NEURAL NETWORKS

Donetsk State Medical University, Institute of neurology, psychiatry and narcology AMS of Ukraine

The results of psychological examination for the 100 miners are analysed. The high effectiveness of neural networks for cluster analysis of outcomes of research is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P.56-59)

Литература

1. Казаков В.Н., Лях Ю.Е., Кутько И.И., Панченко О.А., Мануйлова А.М., Гурьянов В.Г. Теоретические и практические аспекты автоматизированной информационной системы «Депрессии» – Серия «Очерки биологической и медицинской информатики». – Донецк: изд-во ДонГМУ, 2001. – 160с.

2. Краткое руководство по SNN, «Нейронные сети» STATISTICA. StatSoft Russia, 1998.- 355 с.

3. Ю.Є. Лях, А.М. Черняк, В.Г. Гур'янов, Ю.Г. Вихованець. Кількісна оцінка психофізіологічного стану людини за успішністю виконаної роботи // Фізіологічний журнал. – 2001, Т. 47, № 6. – С. 63-70.

Поступила в редакцію 16.10.2005

УДК 613.816 – 057

*Ю. Г. Дрозд, И. А. Бабюк***К ПРОБЛЕМЕ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЕМ И ТАБАКОМ УЧАЩИМИСЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКИХ УЧИЛИЩ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: алкоголь, алкогольная зависимость, табак, табачная зависимость, учащиеся ПТУ

Проблема подросткового алкоголизма и табакокурения является актуальной во всём мире [4]. В последние десятилетия эти заболевания, особенно в странах СНГ, приобретают масштабы эпидемии [1]. Главной особенностью этой эпидемии является снижение возрастной границы подростков, употребляющих спиртные напитки и табак, до 11-15 лет [3]. Украина не является исключением в этой печальной статистике.

По данным опроса [2] 79% опрошенных учеников в Украине употребляли алкогольные напитки на протяжении последнего года, что совпадает со среднеевропейскими данными. Цифры, характеризующие эпизодическое курение сходятся со среднеевропейскими показателями: 66% респондентов Украины хотя бы раз курили на протяжении жизни (67% европейская молодёжь), а 38% - в последний месяц (32% - среднеевропейский показатель).

Приведенные данные опроса 1998 г. показывают, что подростковая молодёжь Украины в употреблении алкоголя и табака аналогична молодёжи стран Восточной Европы. По данным отдела медицинской статистики МОЗ Украины в 1993 – 1997 гг. заболеваемость хроническим алкоголизмом (в том числе алкогольными пси-

хозами) среди подростков 15-17 лет составляла в среднем 0,5 на каждые 10 тыс. населения [2], в том числе по Донецкой области от 0,6 до 1,0.

Анализируя методологию и данные анкетного опроса по выявлению уровня распространения и потребления алкоголя и табака в Украине в 1998 г. [2], можно отметить следующее: вся учащаяся молодёжь (возраст 15 – 17 лет) исследователями была разбита на группы: средние городские школы, средние сельские школы, ПТУ, средние специальные учебные заведения. Однако окончательные выводы сделаны на среднестатистического учащегося/ студента 15-17 лет.

Следует полагать, что между подростками различных учебных заведений будут определённые различия в мотивации и уровне потребления алкоголя и табака.

Целью данного исследования является выявление уровня распространения злоупотребления алкоголем и табаком учащихся городских ПТУ в возрасте 15–17 лет и зависимости от этих веществ.

По данным Министерства образования Украины (1998 г) перечень учебных заведений, где обучаются подростки 15-17 лет, приведен в табл.1. [3]

Таблица 1

Структура учебных заведений

Тип среднего учебного заведения	Абсолютное количество учебных заведений	% учащихся
Средняя городская школа	5099	48
Средняя сельская школа	6312	20
ПТУ	1301	15
Средние специальные учебные заведения	736	17

Как следует из табл.1, 15% учащихся Украины обучались в ПТУ.

Известно, что контингент ПТУ составляют подростки зачастую с невысоким уровнем интеллекта, из неблагополучных и малообеспеченных семей, живущие в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, находящиеся на пороге начала трудовой деятельности в рабочих коллективах и подверженные влиянию макро- и микросоциума.

Методология данного исследования заключалась в следующем: в качестве респондентов выступали учащиеся ПТУ г. Макеевки 1987-89 гг. рождения в количестве 80 человек. Среди них был проведен анонимный анкетный опрос с целью установления количественного и качественного уровня, частоты и мотиваций употребления алкоголя и табака. Данная информация интересна для исследования, т.к. позволяет сравнить полученные данные по употреблению алкоголя и табака учащимися ПТУ с аналогичными данными в Украине среди учащихся 15-17 лет других учебных заведений и разработать методы профилактики.

Анализ анкетирования приведен ниже. В скобках указаны сравнительные данные за 1998 г. среди учащихся 15-17 лет.

В опросе принимало участие 90% (67%) юношей и 10% (33%) девушек.

Из всех опрошенных респондентов мать имеют

92%, отца – 61%, не имеют родителей – 6%. Социальный статус большинства родителей: рабочие и служащие – 62%, руководители – 12%, коммерсанты – 8%. Ухудшение материального положения за последний год отмечают 18% опрошенных.

Периодические или регулярные конфликты в семьях возникают у 76%, конфликты по месту учёбы – 72%. Направленностью этих конфликтов является: неудовлетворённость отношений со старшими (преподавателями, родителями) – 52%, неудовлетворённость отношений со сверстниками – 48%.

Большинство респондентов имеют низкий и средний уровень знаний – 1-6 баллов, 20% (20%) – достаточный уровень – 7-9, 6% (16%) – высокий уровень – 10-12 баллов. Имеют хобби (увлечение вне учебного заведения) – 68% (76%); ничем не интересуются – 32% (21%). Из увлечений преобладают: музыка, танцы – 54% (44,7%); техника, компьютерные игры и спорт – 35%, театр, литература – 4% (22%).

Возраст первого употребления алкоголя составил: до 13-14 лет – 50%, систематически употребляют алкоголь с 15 лет – 63% (51%) респондентов. Мотивами первого употребления алкоголя являются: за компанию – 62%, любопытство – 26%, от одиночества – 2%, «хотел показать себя взрослым» – 2%. Крепкие напитки (водка, коньяк, самогон) предпочитают употреблять 43% опрошенных (рис.1.).

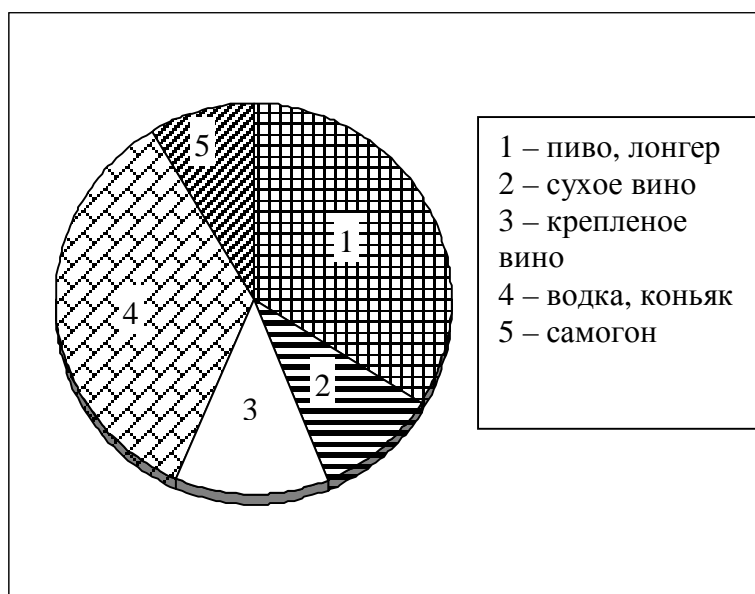


Рис.1. Виды спиртного, предпочитаемые подростками ПТУ

Первое употребление алкоголя происходило в компании у 80%; влияние товарищей стало мотивом для дальнейшего употребления спиртных напитков у 89% респондентов. Удержаться от

употребления алкоголя в компании, где пьют, могут 14%. Не могут удержаться от курения во время приёма спиртного – 62%.

Более 60% опрошенных пытались воздер-

жаться от употребления алкоголя на длительный срок, но возобновляли приём спиртных напитков: в компании товарищей – 50%, из-

за отрицательного влияния учебной нагрузки – 20%, из-за конфликтов в семье или по месту учёбы – 5%.

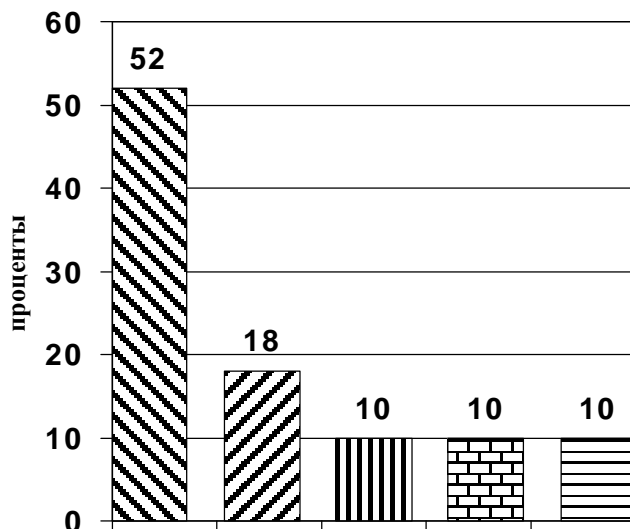


Рис. 2. Причины употребления алкоголя подростками за последний месяц

Примечание: 1 – за компанию; 2 – получают удовольствие; 3 – «успокаивают нервы»; 4 – от одиночества; 5 – другие причины.

Причиной употребления алкоголя за последний месяц (Рис. 2) явилось: за компанию – 52%, получают удовольствие от употребления спиртных напитков – 18%, «успокаивают нервы» - 10% респондентов. Причины, по которым опрошенные способны отказаться от употребления алкоголя оказались таковыми: опасение за своё здоровье или здоровье будущих детей – 68%, желание совершен-

ствовать волевою форму – 18%, желание совершенствовать физическую форму – 16%.

Анализируя данные об употреблении табака, мы видим, что: возраст первой пробы табакокурения составил – с 6 лет – 10%, 10-12 лет – 22%, 13-14 лет – 40% (33%). Причиной первой пробы табака явилось любопытство – 55%, за компанию – 28%, от одиночества – 9%, другие причины – 8% (Рис. 3).

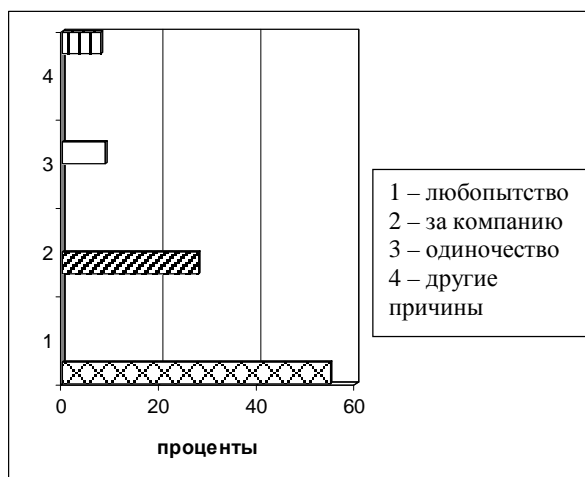


Рис. 3. Причины первой пробы табакокурения

Мотивом второй пробы табакокурения в большинстве случаев стало: влияние товарищей – 32%, понравились ощущения – 18%, желание уйти от проблем – 5%. 48% опрошенных относятся к данной своей привычке безразлично, 5% - пытаются это скрыть от родителей, а 10% - браврируют этим перед сверстниками. 60% - респон-

дентов прекрасно знают о формировании табачной зависимости, но относятся к этому безразлично; 20% - надеются, что смогут бросить курить.

Анализируя приведённые выше данные, можно прийти к выводу, что проблема злоупотребления спиртными напитками и табаком в про-

фессіонально-технічних навчальних закладах достатньо актуальна. Вона потребує більш глибоких і професіонально спрямованих дослід-

жень, їх аналіз, а також розробки додаткових методик з метою виявлення і профілактики алкогольної і тютюнової залежності у учнів ПТУ на більш ранніх стадіях.

Ю. Г. Дрозд, І. А. Бабюк

ДО ПРОБЛЕМИ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ ТА ТЮТЮНОМ УЧНЯМИ ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНИХ УЧИЛИЩ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

В статті наведені результати дослідження рівня розповсюдження та зловживання алкоголем та тютюном у учнів міських ПТУ у віці 15-17 років. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 60-63)

Yu. G. Drozd, I. A. Babuk

TO A PROBLEM OF ABUSING BY ALCOHOL AND TOBACCO BY THE PUPILS OF TECHNICAL TRAINING COLLEGES

Donetsk state medical university

The resume. In the article the findings of investigation of a level of distribution(propagation) both abusing by alcohol and tobacco for learning urban TECHNICAL TRAINING COLLEGES in the age of 15-17 years is adduced. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 60-63)

Литература

1. Бабюк І.А., Сосин І.К., і др.. Алкогольна і наркотична залежність у підлітків (руководство для медичних і соціальних працівників). — Донецьк — Харків, 2004. — 192 с.
2. Балакірева О.М., Яременко О.О. Рівень розповсюдження та структура вживання алкоголю та інших наркотичних речовин серед

підлітків в Україні: соціологічний вимір. — Київ, 1998. — 144 с.

3. Пятницька І.Н. Наркоманія (руководство для лікарів). — Москва: Медицина, 1994 — 544 с.

4. Фридман Л.С., Флемінг Н.Ф., Робертс Д.Г., Хайман С.Е. Наркологія.- Москва: BINOM, 2000. — 320 с.

Поступила в редакцію 19.06.2005

УДК 616.89 - 008

*Л. А. Васякина***ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СУПРУГОВ ПРИ МИОМЕ МАТКИ У ЖЕНЫ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: черты личности, миома матки, супружеская адаптация

Миома матки – одно из наиболее часто встречающихся и достаточно изученных в соматическом плане гинекологических заболеваний [1, 2]. Однако миома матки, с одной стороны, как длительно протекающее заболевание, с другой – как заболевание органа, психологически значимого для женщины, не только ухудшает качество жизни больных и их эмоциональное состояние, но и оказывает отрицательное влияние на личность и межличностные отношения женщин, способствуя психологической, социально-психологической и сексуальной дезадаптации супружеской пары.

В то же время этот аспект проблемы практически не изучен и не освещен в литературе, несмотря на то, что он имеет большое медико-психологическое и социальное значение, поскольку нарушение адаптации супругов подрывает брак и может в конечном счете стать причиной разрушения семьи. В этой связи изучение особенностей личности и их сочетания в супружеских парах при миоме матки у жены представляет весьма актуальную задачу.

Мы провели психодиагностическое исследование у 127 супружеских пар, в которых у жены была диагностирована данная патология. Супруги были разделены на две группы: первую – основную группу составили 97 пар с супружеской дезадаптацией, вторую (контрольную) группу – 30 пар, в которых дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие миомы матки у жен. В основной группе были выделены две подгруппы: 1-я – супруги с социально-психологической дезадаптацией (46 пар), 2-я – с сексуальной дезадаптацией (51 пара).

Супруги были в возрасте от 31 года до 55 лет, большинство (69±5%) – от 31 года до 45 лет. Давность миомы матки составляла от 1,5 до 5 лет.

Поскольку формирование разных сторон личности, в том числе ее способности к адаптации, во многом зависит от воспитания, полученного в родительской семье, нами были изучены особенности общего и полового воспитания находившихся под наблюдением супругов. Получен-

ные данные представлены в табл. 1.

Из таблицы видно, что большинство женщин получили воспитание по типу потворствующей гиперпротекции, а на втором месте по частоте было воспитание по типу «Золушки» – эмоциональное отвержение.

Потворствующая гиперпротекция способствует заострению истероидных черт, эмоциональное отвержение – развитию эмотивной и тревожной акцентуаций характера. Доминирующая мотивация при наличии педантических, тревожных, эмотивных черт характера еще более усиливает несаможесткость, неуверенность в себе, нерешительность. Воспитание по типу гипопротекции особенно неблагоприятно при неустойчивой или конформной акцентуации характера, а воспитание в условиях жестоких взаимоотношений особенно пагубно отражается на подростках с акцентуацией возбуждаемого типа.

Условия повышенной моральной ответственности могут привести к развитию обсессивно-фобического расстройства и к еще большему заострению тревожно-мнительных черт.

Гармоничного общего воспитания не получил никто из супругов основной группы супружеских пар, тогда как в контрольной группе такое воспитание получила половина женщин и несколько менее половины мужчин. При этом никто из женщин контрольной группы не воспитывался в условиях гипо- или гиперпротекции. Надо полагать, что более благоприятные условия воспитания способствовали достижению и сохранению супружеской адаптации у супругов контрольной группы.

Что касается полового воспитания, то, как видно из табл. 1, подавляющее большинство обследованных, особенно часто – женщин, не получили вообще никакого воспитания, а среди тех, кто его получил, это было либо безнравственное, либо пуританское воспитание. Правильного полового воспитания не было ни у кого из супругов основной группы, что, бесспорно, способствовало развитию у них в последующем сексуальной дезадаптации.

Общее и половое воспитание, полученное обследованными супругами

Тип воспитания	Основная группа обследованных, подгруппы		Всего, n=97	Контрольная группа, n=30
	1-я, n=46	2-я, n=51		
Общее воспитание				
гипопротекция	$\frac{13 \pm 5}{11 \pm 5}$	$\frac{4 \pm 3}{12 \pm 5}$	$\frac{8 \pm 3}{11 \pm 3}$	$\frac{-}{24 \pm 8}$
доминирующая гиперпротекция	$\frac{2 \pm 2}{43 \pm 7}$	$\frac{8 \pm 4}{22 \pm 6}$	$\frac{5 \pm 2}{32 \pm 5}$	-
потворствующая гиперпротекция ("кумир семьи")	$\frac{43 \pm 7}{9 \pm 4}$	$\frac{47 \pm 7}{28 \pm 6}$	$\frac{45 \pm 5}{20 \pm 4}$	-
эмоциональное отвержение ("Золушка")	$\frac{26 \pm 7}{19 \pm 6}$	$\frac{26 \pm 6}{8 \pm 4}$	$\frac{27 \pm 5}{13 \pm 4}$	$\frac{24 \pm 8}{13 \pm 6}$
условия жестоких взаимоотношений	$\frac{11 \pm 5}{4 \pm 3}$	$\frac{4 \pm 3}{12 \pm 5}$	$\frac{7 \pm 3}{8 \pm 3}$	$\frac{-}{13 \pm 6}$
повышенная моральная ответственность	$\frac{4 \pm 3}{13 \pm 5}$	$\frac{10 \pm 4}{18 \pm 5}$	$\frac{7 \pm 3}{15 \pm 4}$	$\frac{27 \pm 8}{7 \pm 5}$
гармоничное воспитание	-	-	-	$\frac{50 \pm 9}{44 \pm 9}$
Половое воспитание				
пуриганское	$\frac{4 \pm 3}{13 \pm 5}$	$\frac{10 \pm 4}{18 \pm 5}$	$\frac{7 \pm 3}{15 \pm 4}$	-
безнравственное	$\frac{13 \pm 5}{19 \pm 6}$	$\frac{8 \pm 4}{10 \pm 4}$	$\frac{10 \pm 3}{14 \pm 4}$	-
никакого	$\frac{83 \pm 6}{68 \pm 7}$	$\frac{82 \pm 5}{73 \pm 6}$	$\frac{83 \pm 4}{70 \pm 5}$	$\frac{40 \pm 9}{56 \pm 9}$
правильное	-	-	-	$\frac{60 \pm 9}{44 \pm 9}$

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

Акцентуации характера являются, как известно, одним из важнейших психологических параметров, от которого во многом зависят межличностные отношения человека. Мы с целью выявления акцентуаций обследовали супругов по методике Шмишека [3]. Результаты этого исследования обобщены в табл. 2.

Как мы видим, самой частой у женщин была акцентуация демонстративного типа, несколько реже встречалась гипертимная, в 1-й подгруппе – возбудимая акцентуация характера. Реже встречались среди женщин эмотивные и тревожные личности. Среди мужчин наиболее распространенной была педантическая акцентуация характера, во 2-й подгруппе – гипертимная и возбудимая. Реже всего и среди женщин, и среди мужчин встречался застревающий параноический тип акцентуации характера.

У женщин контрольной группы и их мужей явные акцентуации характера не были выявлены.

Учитывая, что для адаптации супругов важны не столько имеющиеся у них акцентуации характера, сколько сочетание этих акцентуаций в паре, мы провели соответствующее исследование.

Полученные данные показали, что при социально-психологическом варианте дезадаптации в большинстве случаев сочетание акцентуаций в супружеской паре было неблагоприятным, а именно наблюдалось совпадение одинаковых акцентуаций или сочетание демонстративного и тревожного, возбудимого и демонстративного, тревожного и гипертимного типов. При сексуальной дезадаптации чаще встречались благоприятные сочетания акцентуаций, дополняющих друг друга: демонстративной и педантичной, застревающей; возбудимой и эмотивной.

Акцентуации характера, выявленные у обследованных супругов

Тип акцентуации	Основная группа супружеских пар, подгруппы		Всего, n=97
	1-я, n=46	2-я, n=51	
демонстративный	$\frac{22 \pm 6}{-}$	$\frac{28 \pm 6}{-}$	$\frac{26 \pm 4}{-}$
педантический	$\frac{-}{39 \pm 7}$	$\frac{4 \pm 3}{18 \pm 5}$	$\frac{2 \pm 2}{28 \pm 5}$
возбудимый	$\frac{24 \pm 6}{15 \pm 5}$	$\frac{8 \pm 4}{23 \pm 6}$	$\frac{15 \pm 4}{20 \pm 4}$
эмотивный	$\frac{15 \pm 5}{11 \pm 5}$	$\frac{22 \pm 6}{4 \pm 3}$	$\frac{18 \pm 4}{7 \pm 3}$
застревающий	$\frac{2 \pm 2}{4 \pm 3}$	$\frac{4 \pm 3}{8 \pm 4}$	$\frac{3 \pm 2}{6 \pm 2}$
гипертимный	$\frac{22 \pm 6}{9 \pm 4}$	$\frac{18 \pm 5}{28 \pm 6}$	$\frac{21 \pm 4}{21 \pm 4}$
тревожный	$\frac{11 \pm 5}{9 \pm 4}$	$\frac{6 \pm 3}{4 \pm 3}$	$\frac{8 \pm 3}{6 \pm 2}$
дистимический	$\frac{4 \pm 3}{13 \pm 5}$	$\frac{10 \pm 4}{14 \pm 5}$	$\frac{7 \pm 3}{13 \pm 4}$

Социально-психологическую адаптацию супругов во многом определяет диспозиция личности – доминирующая мотивация, ценностные ориентации и др., нарушение адаптации в свою очередь сказывается на мотивации, способствуя усилению, трансформации или угасанию одних мотивов и замене их другими.

Обследование показало, что у подавляющего большинства и женщин, и мужчин (до 89±2%) доминирующей мотивацией было обеспечение жизненных интересов. В проведении досуга большинство супругов, особенно мужчин, предпочитали отдых. Среди ценностных ориентаций у всех супругов первой и второй по степени значимости была сексуальная сфера. На третьем месте у всех женщин и мужчин 1-й подгруппы были в основном производственные интересы, а у мужчин 2-й подгруппы – быт, что, по-видимому, объясняется их компенсаторным поведением при сексуальной дезадаптации.

При всех обстоятельствах расхождение ценностных ориентаций, наблюдавшееся у подавляющего большинства – 86±4% супружеских пар, несомненно, способствовало дезадаптации супругов.

В формировании гармоничных супружеских отношений определенную роль играют и мотивы вступления будущих супругов в брак. Среди наших обследованных подавляющее большин-

ство и женщин (90±3%), и мужчин (92±3%) вступили в брак по любви. Однако к моменту обследования сохранили любовь лишь относительно немногие супруги, о чем свидетельствует тот факт, что 64±5% женщин и 73±5% мужчин думали о разводе или делали попытки развестись. Чаще всего такие мысли и попытки наблюдались у женщин с демонстративной и женщин и мужчин с возбудимой, застревающей, гипертимной, дистимической акцентуациями характера, тогда как лица с педантической и тревожной, а также с эмотивной акцентуацией в большинстве случаев не допускали мысли о разводе.

Нами были изучены особенности полоролевого поведения каждого из находившихся под наблюдением супругов и его соответствие в супружеской паре. Исследование проводили с помощью полоролевой шкалы ACL A.V. Heilbrun и проективной психодиагностической методики L.Szondi [3], позволяющих определить полоролевое поведение соответственно на социогенном (уровне Я-концепции) и биогенном уровне.

В работах, посвященных исследованию полоролевого поведения, выделяют несколько моделей маскулинности – фемининности [4]. Первая из них – дихотомическая, в соответствии с которой индивид не может одновременно иметь черты маскулинности и фемининности; вторая – континуально-альтернативная, в соответствии

с ней и маскулинные, и фемининные черты могут уживаться в одном индивидуе, но чем больше у него черт маскулинности, тем меньше – фемининности, и наоборот; в сумме при этом маскулинность и фемининность представляют собой некоторую константу. Помимо указанных, с 1970-х годов получила распространение также андрогинная полоролевая модель, по которой образования маскулинности и фемининности у индивида существуют независимо друг от друга.

Таким образом, можно говорить о существовании четырех полоролевых типов: маскулинного (высокие показатели маскулинности и низкие фемининности), фемининного (высокие показатели фемининности и низкие маскулинности), андрогинного (высокие показатели и маскулинности, и фемининности) и недифференцированного в полоролевом отношении типа (низкие показатели как маскулинности, так и фемининности).

Мы в своих исследованиях основывались на андрогинной полоролевой модели, рассматривая полоролевое поведение в связи с типом акцентуации характера пациентов.

Было установлено, что у женщин самые высокие показатели маскулинности на социогенном уровне отмечаются при гипертимной, демонстративной и возбудимой акцентуациях характера, причем различия между указанными группами по этому показателю недостоверны ($p > 0,05$). Наиболее низкие показатели маскулинности – у женщин с эмотивной и дистимической, а также с застревающей акцентуацией – достоверно ниже, чем у гипертимных женщин ($p < 0,01$). Маскулинность женщин с педантической акцентуацией ниже, чем женщин с возбудимой и демонстративной акцентуацией ($p < 0,05$).

Повышенная маскулинность женщин с возбудимой акцентуацией характера проявлялась в агрессивности, настойчивости, недостаточной чувствительности к переживаниям других людей, в наличии садистических элементов в социальном и сексуальном поведении, в желании властвовать, доминировать. У женщин с демонстративной акцентуацией повышенная маскулинность проявлялась в так называемом «комплексе маскулинности», приводившем к соперничеству и борьбе с мужчинами.

По фемининности на уровне Я-концепции обследованные группы женщин достоверно не различались. Исключение составляли больные с педантической акцентуацией, у которых были самые низкие показатели фемининности, о чем свидетельствует достоверность различий этой

группы женщин по сравнению с остальными группами ($p < 0,01$).

Исследование по шкале Dur-Moll показало, что женщины с гипертимной, демонстративной, возбудимой и застревающей акцентуациями характера обнаруживают высокую маскулинность на биогенном уровне, и различия между ними по этому показателю статистически не значимы ($p > 0,05$). В то же время пониженную маскулинность на этом уровне проявляют пациентки с педантической, тревожной и эмотивной акцентуациями, причем различия между ними по этому показателю также не значимы ($p > 0,05$). У женщин с гипертимной, возбудимой, демонстративной и застревающей акцентуациями показатели маскулинности на биогенном уровне достоверно более высоки, чем у лиц с педантической, эмотивной и тревожной акцентуациями ($p < 0,01$).

Следовательно, можно говорить о межуровневой полоролевой рассогласованности (дискордантности) при педантической и застревающей акцентуациях характера. Дискордантность отмечается также при возбудимой и демонстративной акцентуации. Расхождение выраженности маскулинности на уровне полоролевой Я-концепции и биогенном уровне позволяет предположить наличие у женщин внутриличностного конфликта и в связи с этим – противоречивости установок и ожиданий в отношении брачного партнера.

У мужчин самые высокие показатели маскулинности на уровне Я-концепции отмечались при возбудимой, гипертимной и застревающей акцентуациях характера, причем различие по этому показателю указанных групп недостоверно ($p > 0,05$). Наиболее низкими были показатели маскулинности у обследованных с педантической, тревожной, эмотивной и дистимической акцентуациями – соответственно они достоверно ниже, чем у мужчин с возбудимой, гипертимной, застревающей и педантической акцентуациями ($p < 0,01$).

Гипермаскулинность при возбудимой акцентуации характера проявлялась, как и у женщин, в агрессивности, упрямстве, низкой межличностной чувствительности, наличии садистических элементов в социальном и сексуальном поведении, стремлении к властвованию, доминированию. При демонстративной акцентуации гипермаскулинность проявлялась в активности, которая часто была «фасадной», имитирующей гипертимность. Социально адаптированные лица с демонстративной акцентуацией характера отличались активностью, носящей социаль-

но одобряемый и поощряемый характер – активностью в присутствии других. Достаточно высокий уровень маскулинности при застревающей акцентуации проявлялся в независимости, самостоятельности, самодостаточности, холодности контактов. Лица со всеми тремя указанными типами акцентуации отличались более высоким уровнем самоуважения, чем лица с педантической и эмотивной акцентуацией. Известно, что маскулинность в большей степени определяет самоуважение, чем фемининность.

Фемининность на социогенном уровне отмечалась у мужчин с тревожной и застревающей акцентуацией. Различия этих групп по указанному показателю были незначимы ($t=0,66$; $p>0,05$). Самыми низкими показателями фемининности были у лиц с педантической и возбудимой акцентуацией.

На биогенном уровне мужчины с возбудимой акцентуацией характера обнаруживают гипермаскулинность, а при застревающей акцентуации коэффициент маскулинности близок к нормативному, предложенному L.Szondi. Гипомаскулинными являются лица с педантическим, тревожным, эмотивным и демонстративным типами акцентуации.

Учитывая выявленную при исследовании по ACL-шкале маскулинность мужчин с демонстративной акцентуацией характера, можно говорить о межуровневой полоролевой несогласованности (дискордантности) при этом типе акцентуации. Несовпадение выраженности маскулинности на уровне полоролевой Я-концепции и биогенном уровне позволяет предположить у этих мужчин наличие внутриличностного конфликта. Кроме того, даже на уровне Я-концепции у всех обследованных отмечаются достаточно высокие уровни фемининности. Очевидно, что фемининная Я-концепция, как и маскулинная, может определять поведение мужчин с акцентуацией и их фиктивные убеждения.

Таким образом, андрогинность создает достаточно широкий поведенческий репертуар, определяя тем самым ролевую гибкость в супружес-

кой паре. Однако в тех случаях, когда ролевые позиции супругов не сочетаются по принципу комплементарности, а вступают в конфликт, это приводит к полоролевой несогласованности, или дискордантности, супружеских отношений.

Выявленные особенности полоролевого поведения каждого из супругов и его сочетания в паре позволяют сделать заключение о существовании закономерности: чем адекватнее полоролевая Я-концепция супругов, тем гармоничнее их взаимоотношения, тогда как биогенный уровень полоролевого поведения менее значим в этом отношении.

Для супружеской адаптации большое значение имеет также соответствие психосексуальных типов мужа и жены. Результаты их изучения у наших пациентов приведены в табл. 3. Из них видно, что в 1-й подгруппе основной группы супружеских пар женщины чаще всего относились к психосексуальному типу женщина-мать, и реже всего – к пассивно-подчиняемому варианту типа женщина-женщина, агрессивный вариант этого типа также встречался довольно часто. Во 2-й подгруппе среди женщин реже всего отмечался агрессивный вариант, на первом месте по частоте был тип женщина-дочь и несколько реже – женщина-мать. Среди мужчин в 1-й подгруппе самым частым был мужчина-отец, несколько реже – мужчина-сын, а во 2-й подгруппе чаще всего встречался пассивно-подчиняемый вариант типа мужчина-мужчина, но довольно часто и агрессивный вариант этого типа.

Таким образом, в супружеских парах с социально-психологической дезадаптацией наблюдались в большинстве случаев неблагоприятные сочетания типов мужчина-отец и женщина-мать, мужчина-сын и женщина-дочь, нередким было и сочетание агрессивных женщин и мужчин. При сексуальной дезадаптации можно было отметить дисгармоничное сочетание женщины-дочери и пассивно-подчиняемого мужчины, но в ряде случаев наблюдалось и благоприятное сочетание женщина-дочь и мужчина-отец или агрессивный мужчина и пассивно-подчиняемая женщина.

Таблица 3

Психосексуальные типы обследованных супругов

Основная группа супружеских пар	Мужчина-отец	Мужчина-мужчина		Мужчина-сын	Женщина-мать	Женщина-женщина		Женщина-дочь
		Агрессивный	пассивно-подчиняемый			Агрессивная	пассивно-подчиняемая	
1-я подгруппа, n=46	39±7	15±5	11±5	35±7	44±6	24±6	11±5	22±6
2-я подгруппа, n=51	22±6	23±6	37±6	18±5	34±6	12±4	16±4	38±6

В контрольной группе сочетание в паре психосексуальных типов жен и мужей, как правило, было благоприятным.

В целом изучение рассмотренных характеристик

личности супругов убедительно показало, что супружеская адаптация при миоме матки у женщин в значительной степени зависит от сочетания личностных черт больных с чертами личности их мужей.

Л. О. Васякина

ОСОБЛИВОСТІ ОСОБИСТОСТІ ПОДРУЖЖІВ ПРИ МІОМІ МАТКИ У ДРУЖИНИ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

На основі обстеження 97 подружніх пар з міомою матки у дружини виявлено відмінності особистості хворих жінок та їхніх чоловіків (здобуте виховання, акцентуації характеру, домінуюча мотивація і ціннісні орієнтації, психосексуальні типи, ставорольова поведінки на соціогенному та біогенному рівні). Зроблено висновок, що подружня адаптація за розглядуваної хвороби у жінки значною мірою залежить від сполучення особистісних рис хворих з рисами особистості чоловіків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 64-69)

L. A. Vasyakina

PERSONAL PECULIARITIES OF MARRIED COUPLES IN THE CASES OF UTERINE MYOMA IN A WIFE

Donetsk State Medical University named after M. Gorkiy.

The peculiarities of sick women and their husbands (received education, character accentuations, dominated motivation and valuable orientations, psychosexual types, sexual-role behaviour on social genetic and biogenetic levels) have been revealed on the basis of the examination of 97 married couples when a wife is ill with uterine myoma. The conclusion has been made that married adaptation in case of the studied disease in a wife greatly depends on the combination of personal features of patients with their husbands' personal features. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 64-69)

Литература

1. Вихляева Е.М. О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестник Российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 1997. — №3. — С.21-23.
2. Савицкий Г.А. Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии). 2-е изд. — С.Пб: Элби-С.Пб, 2000. —

236с.

3. Практическая психодиагностика: Методики и тесты. — Самара: Бахрах-М, 2000. — 672с.
4. Кочарян А.С. Кочарян А.С. Личность и половая роль. — Харьков: Основа, 1996. — 127с.

Поступила в редакцию 2.09.2005

УДК 616.89-058.83-058.833-055.2:616

*Н. Р. Писаная***ФОРМИРОВАНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЬИ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННОМ РАССТРОЙСТВЕ У ЖЕНЩИН**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: соматизированное расстройство у женщин, формирование семьи, функции семьи, сексуальная дезадаптация

Соматизированное расстройство у женщин в большинстве случаев сочетается с сексуальными нарушениями, которые в силу парного характера сексуальной функции приводят к сексуальной дезадаптации супругов [1, 2]. Сексуально-эротическая функция, являясь, как известно, одной из функций семьи, однако при супружеской дезадаптации нарушается выполнение не только этой, но и других семейных функций, в особенности при соматизированном расстройстве у жены. В результате нарушение функционирования семьи ослабляет прочность брачного союза и может даже привести к разводу [3].

При описанных обстоятельствах может нарушаться и формирование семьи.

Формирование семьи представляет собой процесс, характеризующийся стадийностью: оно проходит четыре стадии – первичной адаптации (регистрация брака и образование семьи); становления ролевых позиций супругов и выполнения семейных функций; личностного роста супругов; формирования согласованного образа семьи (чувства «мы», «семья») [4].

Первая из этих стадий проходит в три этапа: романтический и этапы психологической и сексуальной адаптации; вторая – в два этапа: аксиологический и выполнения функций семьи.

Для романтического этапа характерны влюбленность, очарованность, обожествление молодоженами друг друга, реальное восприятие друг друга снижено или отсутствует. На этапе психологической адаптации при успешном его протекании отношения супругов определяются наличием сходных приобретенных и различных врожденных черт личности, уважением друг друга, честностью, толерантностью, сходством доминирующей мотивации и ценностных ориентаций, совпадением интересов, умением конструктивно общаться по всем проблемам семейной жизни, становлением сексуальной адаптации, обусловленной совпадением сексуальной

активности супругов, соответствием их полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Во второй стадии на аксиологическом этапе вырабатываются ролевые позиции супругов, отношение жены к мужу как личности, мужчине, мужу, хозяину, работнику и мужа к жене как к личности, женщине, супруге, хозяйке, матери, работнице. Успешность второго этапа определяется выполнением функций семьи.

На третьей стадии развития семьи формируется социально-психологическая компетентность членов семьи – их способность эффективно взаимодействовать в системе семейных межличностных отношений. При правильном ее протекании у супругов вырабатывается умение ориентироваться в семейных ситуациях, адекватно определять личностные особенности и эмоциональное состояние друг друга, выбирать конструктивные способы общения и использовать их в процессе взаимодействия.

Наконец, на четвертой стадии у супругов, как указывалось, формируется согласованный образ семьи, появляется чувство «мы», «семья».

Продолжительность описанного процесса зависит от подготовленности молодых людей к браку и от их личностных особенностей. Так этот процесс протекает при достаточно высоком уровне психологической и сексуальной адаптации супружеской пары. Однако на каждой стадии развития семьи могут возникать кризисные ситуации, имеющие разные причины.

На первой стадии формирования семьи кризисы обуславливаются наличием конфликта из-за несоответствия мотивов вступления в брак, психологической и сексуальной дезадаптации. На второй стадии они связаны с несоответствием выбранных супругами ролевых позиций с проблемами, с которыми супруги сталкиваются при рождении ребенка, т.е. с формированием роли отца, матери, а также с недостаточным выполнением функций семьи, когда не обеспе-

чивается удовлетворение потребностей ее членов. Причинами кризисов на третьей стадии развития семьи могут быть слишком высокое место Я в системе ценностей супругов, преобладание мотивации Я, низкая оценка супруга (супруги) как личности. Наконец, на четвертой стадии кризис может возникать вследствие расогласованного образа семьи.

Процесс формирования семьи и выполнение семейных функций при соматизированном расстройстве у женщин не изучен и не освещен в медикопсихологической литературе, что, по на-

шему мнению, существенно снижает эффективность психотерапии дезадаптации супружеской пары при этом заболевании у жены. Учитывая это, мы провели специальное исследование с целью выяснить этапы формирования семьи, значимость для супругов семейных функций и оценку их выполнения в своей семье при сексуальной дезадаптации, сопряженной с соматизированным расстройством у женщин.

Результаты проведенного нами исследования формирования семьи у наших пациентов представлены в табл.1.

Таблица 1

Частота нарушения становления семьи обследованных супругов

Стадия, этап	Сексуальная дезадаптация		Контрольная группа, n=30
	первичная, n=45	вторичная, n=50	
1. Стадия первичной адаптации, этапы			
романтический	37±7	4±3	3±3
психологической адаптации	22±6	2±2	–
сексуальной адаптации	100-2	–	–
2. Стадия становления ролевых позиций супругов и функций семьи			
аксиологический этап			
отношение жены к мужу как			
личности	24±6	6±3	7±5
мужчине	29±6	28±5	–
мужу	100-2	38±7	–
хозяину	20±6	24±6	–
отцу	9±4	2±2	10±6
работнику	–	4±3	–
отношение мужа к жене как			
личности	11±5	28±5	3±3
женщине	22±6	16±5	–
жене	29±7	86±5	–
хозяйке	9±4	8±4	7±5
матери	–	–	–
работнице	–	–	–
этап выполнения функций семьи	100-2	100-2	–
3. Стадия личностного роста			
социально-психологическая компетентность	100-2	96±3	–
адекватность в системе ценностей	100-2	82±5	–
конструктивная мотивация	100-2	84±5	–
степень развития когнитивных структур	100-2	76±6	–
оценка значимости каждого члена семьи как личности	100-2	62±7	–
4. Стадия формирования согласованного образа семьи	100-2	96±3	–

Из данных таблицы видно, прежде всего, что процесс формирования семьи в основных группах супружеских пар очень часто был нарушен. На первой стадии при первичной дезадаптации супругов были нарушены все этапы, причем этап сексуальной адаптации – у всех супругов; при вторичной дезадаптации этот этап проходил нормально, но у некоторых супругов были нарушены два других этапа – романтический и психологической адаптации.

На второй стадии нарушения наблюдались на обоих этапах развития семьи в обеих клинических группах. При этом у всех женщин с первичной дезадаптацией было нарушено отношение к супругу как к мужу и довольно часто – как к мужчине и личности. У мужчин этой группы чаще всего было нарушено отношение к супруге как к жене, а у мужчин второй группы – как к жене (у подавляющего большинства мужчин) и как к личности. Этап выполнения семейных функций был нарушен у всех супружеских пар и с первичной, и с вторичной сексуальной дезадаптацией, тогда как в контрольной группе супружеских пар этот этап проходил без каких-либо нарушений.

Следующие две стадии развития семьи – стадия личностного роста по всем его показателям и стадия формирования согласованного образа семьи были нарушены у всех супружеских пар с первичной и несколько реже – со вторичной сексуальной дезадаптацией. В контрольной группе в протекании этих стадий не отмечалось никаких нарушений.

Мы судили о функционировании семьи по выполнению 14 ее функций [5].

Эмоциональная функция заключается в удовлетворении потребности супругов и других членов семьи в любви, признании, уважении, эмоциональной поддержке, эмпатии. Духовная функция, представляющая собой функцию культурного общения, – это удовлетворение потребности членов семьи в духовном развитии, взаимном духовном обогащении, в совместном проведении досуга. Сексуально-эротическая функция состоит в удовлетворении сексуально-эротических потребностей супругов, репродуктивная – в удовлетворении потребности иметь детей, воспитательная – в удовлетворении потребностей в отцовстве, материнстве, контакте с детьми.

Хозяйственно-бытовая функция – удовлетворение материальных и бытовых потребностей членов семьи. Функция социализации (первичной, вторичной, профессиональной) реализуется в развитии у членов семьи социабельности, в

усвоении и активном воспроизводстве каждым из них социального опыта, осуществляемого в общении и деятельности. Функция социального интегрирования представляет собой заботу семьи о том, чтобы каждый из ее членов нашел свое место в социуме.

Ролевая функция заключается в удовлетворении в семье ролевой потребности каждого из супругов, защитная функция – в удовлетворении их потребности в защищенности, психологической, физической и материальной защите. Функция сохранения здоровья состоит в обеспечении сохранения соматического, психического и сексуального здоровья членов семьи, а также в оказании им необходимой помощи при заболевании.

Функция персонализации – это обеспечение представленности каждого из членов семьи в жизнедеятельности остальных ее членов и возможности проявлять себя в общественной жизни как личность. Психотерапевтическая функция заключается в обеспечении психотерапевтической помощи членам семьи в трудных ситуациях, реабилитационная функция (функция первичного социального контроля) обеспечивает возможность семейной и способствует социальной реабилитации членов семьи, она заключается также в выполнении социальных норм в случаях заболевания.

Таким образом, при правильном функционировании семьи удовлетворяются социальные, психологические, социально-психологические и биологические потребности каждого из ее членов. Социальные потребности – это потребности в питании, одежде, жилье; психологические – потребность в персонализации, самовыражении, потребность быть личностью, духовные, культурные, информационные, эстетические потребности; социально-психологические – потребность и возможность занимать определенное место в обществе, пользоваться привязанностью, защищенностью, вниманием окружающих, быть объектом уважения и любви; биологическая потребность – это потребность в соматическом, психическом и репродуктивном здоровье, т.е. потребность в самосохранении.

Нами была изучена значимость каждой из функций семьи для больных соматизированным расстройством женщин и их мужей.

Было установлено, что эмоциональная функция занимала по значимости 1 – 3-е места у женщин и у мужчин, духовная, у большинства женщин (63±4%) была на 3-м, у большинства мужчин (73±4%) – на 3-4-м месте. Сексуально-эротическую функцию 76±4% женщин ставили

на 1-е и 2-е место, но $34\pm 3\%$ – на 7-е, у мужчин она занимала чаще всего ($69\pm 4\%$) 3-4-е места.

Репродуктивную функцию как женщины, так и мужчины в семьях, где были дети, поставили на 4-е и 5-е место. Хозяйственно-бытовой функции женщины отводили 5-е место, а более половины мужчин – 2-е. Функции воспитательная, социализации и социального интегрирования у женщин и у мужчин занимали соответственно 6-7-е и 9 – 11-е места.

Ролевую функцию женщины поставили на 9 – 11-е места, а для мужчин эта функция была более значима: чаще всего ($68\pm 4\%$) они отводили ей 5 – 9-е места. Функции защитная, сохранения здоровья, психотерапевтическая были более значимы для женщин, персоналистическую около половины женщин поставили на 8-е место, остальные – на 12-13-е; у мужчин эта функция была на 11 – 13-м местах по значимости.

Следует отметить, однако, что половое различие супругов не сказывается на их взглядах на значимость функций семьи, а имеющиеся расхождения носят положительный, естественный характер.

Следующим этапом исследования было изучение оценки супругами выполнения семейных функций в своих семьях. Полученные при этом данные показали, что при первичной сексуальной дезадаптации выполнение эмоциональной функции и жены, и мужа чаще оценивали как удовлетворительное и реже – как хорошее (15 ± 4 и $9\pm 3\%$) или очень плохое (12 ± 3 и $10\pm 3\%$). Выполнение духовной функции большинство супругов ($68\pm 4\%$ жен и $72\pm 4\%$ мужей) считали удовлетворительным, остальные – плохим. Крайних оценок (хорошее и очень плохое) при оценке этой функции не было. Сексуально-эротическая функция, по мнению подавляющего большинства женщин ($93\pm 3\%$) и всех мужчин, выполнялась плохо, а $7\pm 2\%$ женщин считали, что очень плохо.

В наибольшей степени супруги были удовлетворены состоянием репродуктивной функции, выполнение которой все женщины считали удовлетворительным или хорошим, а мужчины – хорошим. Хозяйственно-бытовая функция почти одинаково часто, по мнению обоих супругов, выполнялась плохо или удовлетворительно и лишь изредка ($7\pm 2\%$) – хорошо. Выполнение воспитательной функции в основном было удовлетворительным (по мнению $81\pm 5\%$ женщин и $85\pm 5\%$ мужчин), в остальных случаях – чаще хорошей, реже – плохой. Оценка выполнения функции социализации у $81\pm 5\%$ жен и $83\pm 5\%$ мужей была удовлетворительной, а ос-

тальные не смогли однозначно определить свое отношение к ее выполнению. Почти так же распределены оценки выполнения функции социального интегрирования.

Ролевая функция по оценке лишь $13\pm 3\%$ женщин и $17\pm 3\%$ мужчин выполнялась удовлетворительно, а по мнению остальных – плохо и очень плохо. Выполнение защитной функции все женщины оценивали как удовлетворительное, а подавляющее большинство ($88\pm 5\%$ мужчин – как удовлетворительное и хорошее (остальные не смогли определить своего отношения к ее выполнению). Функция сохранения здоровья также чаще всего оценивалась как выполняемая удовлетворительно и хорошо. Выполнение функции персонализации $34\pm 4\%$ женщин оценивали как плохое и очень плохое, остальные – чаще как удовлетворительное, а мужчины в большинстве случаев как удовлетворительное ($66\pm 5\%$) или хорошее ($13\pm 3\%$). Выполнение психотерапевтической функции $72\pm 4\%$ супругов оценивали как удовлетворительное. Так же оценивали большинство супругов и выполнение реабилитационной функции. Хорошее выполнение многих функций в данной группе супружеских пар объясняется, по-видимому, определенной компенсацией невыполнения других функций семьи. Но обращает на себя внимание то обстоятельство, что многие супруги ($36\pm 4\%$) не смогли четко определить свою оценку выполнения последних четырех функций, особенно реабилитационной.

В супружеских парах, у которых наблюдалась вторичная сексуальная дезадаптация, выполнение эмоциональной функции чаще оценивалось как удовлетворительное ($32\pm 6\%$ женщин и $26\pm 6\%$ мужчин) или хорошее (соответственно 40 ± 7 и $18\pm 5\%$ обследованных), но часть супругов (8 ± 4 и $10\pm 4\%$) не смогли четко определить свою оценку выполнения этой функции. Выполнение духовной функции в большинстве случаев (72 ± 6 и $52\pm 7\%$) считалось удовлетворительным и хорошим.

Сексуально-эротическая функция, по мнению всех женщин и $90\pm 4\%$ мужчин, выполнялась плохо, причем жены оценивали ее выполнение хуже, чем мужа. Выполнение репродуктивной функции оценивали хорошо все женщины и $22\pm 6\%$ мужчин, остальные мужчины – удовлетворительно. Хозяйственно-бытовая функция, по мнению преобладающего большинства супругов, выполнялась плохо (86 ± 5 и $82\pm 5\%$). Примерно одинаково часто оценивались как выполняемые плохо также воспитательная функция,

функции социализации, социального интегрирования и ролевая. Выполнение защитной функции $62\pm 7\%$ женщин и $54\pm 7\%$ мужчин оценивали как плохое, остальные – как удовлетворительное. Функции сохранения здоровья и персонализации также чаще всего выполнялись плохо (по мнению соответственно 86 ± 5 и $76\pm 6\%$ женщин и 82 ± 5 и $84\pm 5\%$ мужчин. Психотерапевтическую функцию считали выполняемой плохо $52\pm 7\%$ женщин и $94\pm 3\%$ мужчин, а реабилитационную – все супруги.

Нарушение перечисленных функций семьи явилось в данной группе супружеских пар психотравмой, которая привела к развитию соматизированного расстройства у женщин, тогда как сексуально-эротическая функция была нарушена вторично, как следствие этого расстройства.

В контрольной группе супружеских пар у подавляющего большинства женщин и мужчин первой по значимости была эмоциональная функция, второй – духовная. Сексуально-эротическая функция у тех и других стояла на 3-4-м месте; репродуктивная – также у большинства тех и других на 4-м; хозяйственно-бытовая – у всех супругов на 5-м; воспитательная – у всех на 6-м; функция социализации – у всех на 7-м; функция социального интегрирования – в основном на 8-м; ролевая функция – у женщин на 9-м, у мужчин на 12-м; защитная – у всех женщин на 12-м, у мужчин на 8-9-м; функция сохранения здоровья – у всех

женщин на 7-м, у мужчин на 10-11-м; функция персонализации – у всех женщин и большинства мужчин на 10-м; психотерапевтическая функция – у всех супругов на 13-м и реабилитационная – у всех на последнем, 14-м месте.

Таким образом, все супруги, сохраняющие сексуальную адаптацию, выше всего оценивали значимость эмоциональной и духовной функций семьи. Мужчины больше женщин ценили ролевую функцию и функцию персонализации, женщины больше мужчин – защитную функцию. Но особенно важно, что в подавляющем большинстве случаев у супругов контрольной группы не было расхождений в оценке значимости той или иной функции семьи. Выполнение функций семьи все супруги считали хорошим или, реже, удовлетворительным, что отражало характерную для данной группы супружескую гармонию.

В целом проведенное исследование показало, что при соматизированном расстройстве у женщин нарушается как формирование семьи (при первичной сексуальной дезадаптации), так и выполнение семейных функций (чаще при вторичной дезадаптации). В связи с этим анализ функционирования семьи является необходимым этапом диагностики и условием успешной психотерапии дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает соматизированным расстройством.

Н. Р. Писана

ФОРМУВАННЯ ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї ПРИ СОМАТИЗОВАНОМУ РОЗЛАДІ У ЖІНОК

Харківська медична академія післядипломної освіти

На основі обстеження 125 подружніх пар з соматизованим розладом у жінки і сексуальною дезадаптацією виявлено порушення формування сім'ї та виконання її функцій при цій патології, а також значущість сімейних функцій для подружжя. Аналіз проведено за 14 функціями сім'ї. Показано взаємозв'язок первинної та вторинної сексуальної дезадаптації подружньої пари зі значущістю і виконанням функцій сім'ї та значення цих зв'язків для успішної психотерапії порушення сексуальної адаптації подружжя при соматизованому розладі у жінок. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 70-75)

N. R. Pysanaya

FORMING AND FUNCTIONING FAMILY AT THE SOMATIZED DISTRESS IN WOMEN

Kharkov medical academy of postgraduate studies

On the basis of studying 125 married couples with the somatized distress in wife and sexual desadaptation there are revealed disorders of forming family and performing its functions at the pathology and the value of family functions for spouses. There were analysed 14 family functions. The interrelation is demonstrated between primary and secondary sexual desadaptation of spouses and value and performing of family functions and meaning of these relations for successful psychotherapy of sexual adaptation disorder of spouse at somatized distress in women. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 70-75)

Литература

1. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.
2. Николаев В.В. Нарушение сексуального здоровья и функционирования семьи при психопатии у женщин. – Харьков: Основа, 1999. – 226с.
3. Агарков С.Т. Супружеская дезадаптация. – М.: Едиториал УРСС, 2004. – 256с.
4. Кон И.С. Сексология: Уч. пособие. – М.: Academia, 2004. – 384с.
5. Семьонкіна І.А. Подружня дезадаптація при порушенні функцій сім'ї та її психотерапевтична корекція: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Київ, 2001. – 16с.

Поступила в редакцію 21.06.2005

УДК 616.89-008.442.4-058.833-055.1

*Р. И. Рудницкий***ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОСТИ МУЖЧИН С ЗАВИСИМЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ**

Буковинская государственная медицинская академия

Ключевые слова: зависимое расстройство личности у мужчин, супружеская дезадаптация, психотерапевтическая коррекция

Зависимое расстройство личности, как и другие типы ее расстройства, представляет собой патологическую деформацию характера, главным образом, в эмоциональной и волевой сферах [1]. Данные литературы и клиническая практика свидетельствуют о том, что врожденные аномалии личности, особенно астенического круга, часто являются причиной расстройства потенции – до 33% [2, 3]. Однако сексуальная функция и сексуальное поведение мужчин с зависимым расстройством личности (по МКБ-10 – F 60.7) изучены недостаточно и практически не исследовано влияние имеющихся у таких больных нарушений в этой сфере на супружескую адаптацию.

Целью проведенного нами исследования, результаты которого представлены в настоящем сообщении, явилось установление причин, механизмов формирования, клинических проявлений сексуальной дисфункции и супружеской дезадаптации при зависимом расстройстве личности и разработка на основании полученных данных психотерапевтической коррекции нарушения супружеской адаптации при данной патологии у мужа.

Под нашим наблюдением находились 28 страдающих зависимым расстройством личности мужчин и их жен. Супруги были в возрасте от 23 до 37 лет и состояли в браке от 2 до 10 лет. У всех супружеских пар отмечалась сексуальная и психосексуальная дезадаптация, возникшая с самого начала супружеской жизни.

Всем больным и их женам было проведено комплексное обследование, включавшее психопатологическое, психодиагностическое, специальное сексологическое обследование и системно-структурный анализ сексуального здоровья [4].

Изучение психического статуса наших пациентов показало, что у них имеются четко выраженные признаки зависимого расстройства лич-

ности. Характерными были несамостоятельность, установка всегда полагаться на других, принимая любое – как важное, так и незначительное решение; постоянно испытываемый отчаянный страх оказаться покинутым, предоставленным самому себе; чувство беспомощности и собственной несостоятельности, стремление переложить ответственность на других людей; больные всегда пассивно уступали желаниям других людей, в особенности старших по возрасту и тех, от кого они зависели, слабо реагировали на требования повседневной жизни. В поведении мужчин ярко проявлялся недостаток жизненной энергии как в интеллектуальной, так и в эмоциональной сферах.

Сексологическое обследование больных позволило установить, что основными особенностями их полового развития и сексуальности были позднее пробуждение либидо, слабая или ослабленная средняя половая конституция, отсутствие эксцессов, слабая выраженность вторичных половых признаков, низкая половая активность и предприимчивость.

В общем психическом и психосексуальном развитии пациентов четко прослеживалась ретардация. Половое самосознание устанавливалось у них в 3-4 года. В этом возрасте у мальчиков уже определялись типичные для зависимого расстройства личности, приводящие к затруднению общения черты – робость, невыносимость к психическим и физическим нагрузкам, повышенная впечатлительность, ранимость, сенситивность. Это способствовало созданию в семье с раннего детства больного щадящих условий и установлению между ребенком и родителями особых отношений: родители стремились не создавать, устранять или смягчать любые влияния или ситуации, которые они считали неблагоприятными для своего ребенка. В семье создавался при этом особый тип эмоциональной привязанности – чрезмерная привязанность ребен-

ка к одному из родителей. Все это способствовало формированию инфантильной личности со сниженной способностью или даже неспособностью к социальной адаптации.

В то же время тесная связь с родителями стимулировала ускоренное интеллектуальное развитие детей, тогда как постоянно общаясь только со взрослыми, они отставали и в развитии моторики, и в навыках общения со сверстниками. Практически все обследованные мужчины в детстве избегали игр с соревновательным началом, поскольку в них выявлялась их невыносливость, повышенная утомляемость и неловкость, которые вызывали насмешки сверстников, а позднее и приводили к исключению больных из мальчишеских игр.

Описанные нарушения в становлении психики влекли за собой задержку психосексуального развития, нередко сочетавшуюся с соматогенной ретардацией (отставанием в соматосексуальном развитии), а также с социогенной ретардацией, обусловленной неправильным половым воспитанием. В результате у больных зависимым расстройством личности возникали обусловленные действием психогенных и социогенных факторов сочетанные асинхронии полового развития, значительно реже имели место сложные асинхронии, характеризующиеся преждевременным психосексуальным и задержанным соматосексуальным развитием.

Попадая уже в школьные годы в коллектив сверстников, больные оказывались неспособными адаптироваться к новому окружению. Их попытки перенести в новую среду усвоенные в семье навыки общения и поведения, стремление занять особое положение и добиться признания, к которому они привыкли дома, не основанное на качествах лидера, приводили к открытым конфликтам, часто требующим экстренных мер – перевода в другой класс, школу и т. п. Естественно, что мир сверстников воспринимался такими детьми как враждебный, и они вынуждены были общаться либо только с родителями, либо с младшими по возрасту детьми, либо, значительно реже, с девочками, играя с ними в условно-полоролевые игры и практически всегда выбирая фемининную или неопределенную половую роль.

В результате усвоение нормативного стереотипа полоролевого поведения у большинства подростков с зависимым расстройством личности было формальным или фрагментарным. С этим была связана наблюдавшаяся у наших пациентов трансформация полоролевого поведе-

ния, т. е. фемининное поведение.

Структурной сложностью и растянутостью во времени характеризовался у больных и этап формирования психосексуальной ориентации; отмечалось выпадение целых его стадий и фаз, что придавало всему этому этапу характер незавершенности. При этом, однако, несмотря на нарушение полоролевых установок, у мужчин устанавливалась гетеросексуальная ориентация. На этапе формирования либидо общение больных ограничивалось семейным кругом или немногочисленными лицами противоположного пола (одноклассницы, подруги по играм), что способствовало задержке психосексуального развития уже на фазе платонического либидо. Больные подростки не стремились к реализации своих сексуальных фантазий. Мастурбация, обычно представляющая у больных зависимым расстройством личности самостоятельную находку, редко сопровождалась у них эротическим фантазированием. Отмеченные нами выше особенности личности больных – робость, безынициативность, слабость волевых начал, стремление избегать ситуаций, требующих какого-либо напряжения, слабость эротических побуждений – в конечном счете приводили к формированию избегательного поведения.

Первая влюбленность у наших пациентов возникла поздно – в 17-19 лет и нередко была направлена на более старших женщин, в частности, на женщин-учителей с выраженной маскулинной ролью. Как правило, влюбленность останавливалась на платонической стадии, насыщаясь со временем элементами привнесенного эротизма, а фаза реализации платонических и эротических установок часто не наступала. У большинства наших больных инициатором сексуальной активности выступала старшая, более опытная в сексуальном и житейском плане женщина. Начало половой жизни у них было поздним, но даже при своевременном ее начале сексуальность мужчин оказывалась блокированной: они воспринимали сексуальные отношения как большую нагрузку, «излишество», и чаще всего довольствовались платоническими отношениями. Значительную роль в этом играло то обстоятельство, что сложившиеся в раннем детстве и закрепившиеся в школьные годы «братские», товарищеские отношения с представительницами противоположного пола при сохранившихся симбиотических отношениях с матерью, лишавшие больных самостоятельности в решениях и поступках, становились стереотипом их поведения и тор-

мозили проявления сексуальности.

Тип половой конституции у наших больных, как уже отмечалось, был слабым или ослабленным средним. Либи́до также было слабо выраженным, его сексуальный компонент либо отсутствовал, либо был редуцирован до диффузных сексуальных включений в имеющиеся фантазии. Примечательно, что даже при вступлении в брак они часто длительное время сохраняли мастурбационную практику, которой отдавали явное предпочтение. Иногда в сексуальных контактах больных проявлялись мазохистские тенденции.

Обычным для обследованных нами мужчин с зависимым расстройством личности был шаблонно-регламентированный или гомеостатизирующий тип сексуальной мотивации, тогда как у значительной части (более 1/3) их жен отмечался игровой ее тип, и это несоответствие способствовало развитию сексуальной дезадаптации супругов и усугубляло ее. Столь же дисгармонизирующую роль играл и наблюдавшийся у $50 \pm 10\%$ мужчин мотив полового акта – выполнение супружеского долга, а также типы и варианты сексуальной культуры больных – у большинства из них – невротический, у остальных – девиантный. Подавляющее большинство наших пациентов, страдающих зависимым расстройством личности, относились к психосексуальному типу мужчина-сын, который, как известно, характеризуется несамостоятельностью, подчиняемостью, психической и физической инфантильностью, или к пассивно-подчиняемому варианту типа мужчина-мужчина, которому свойственны склонность подчеркивать свою приниженность, зависимость, подчиняемость. При несоответствии психосексуальному типу жены это также служило дисгармонизирующим фактором: в обследованных нами супружеских парах такое несоответствие наблюдалось в $68 \pm 9\%$ случаев, когда у жен имел место тот же вариант типа женщина-женщина или женщина-дочь.

У всех жен больных отмечались сексуальное расстройство относительного характера в форме оргазмической дисфункции и психосексуальная неудовлетворенность.

Данные проведенного нами системно-структурного анализа сексуального здоровья позволили выявить сочетанное стержневое поражение его компонентов и составляющих у мужчин, послужившее причиной развития супружеской дезадаптации. Как и при других типах расстройства личности, при рассматриваемом расстройстве поражение психической составляющей ана-

томо-физиологического компонента было обусловлено имеющейся у мужчин патологией. У подавляющего большинства из них ($89 \pm 6\%$) была поражена также нейрогуморальная составляющая данного компонента в результате нарушения пубертатного развития. У женщин нарушение психической составляющей анатомо-физиологического компонента было следствием личностной реакции на супружескую дезадаптацию. Причиной нарушения психологического компонента стал внутриличностный конфликт у мужчин и негативное восприятие личностных черт мужа (робости, слабохарактерности, тревожности, озабоченности своим здоровьем, несамостоятельности) у женщин. Наличие межличностного конфликта супругов определило нарушение социально-психологического компонента сексуального здоровья. Социальный компонент при данном типе расстройства личности был ослаблен у всех супругов за счет социокультурной составляющей из-за несоответствия в паре типов сексуальной культуры и информационно-оценочной составляющей из-за низкого уровня осведомленности в области секса.

У всех обследованных супружеских пар, где муж страдал зависимым расстройством личности, как и при других типах расстройства личности у мужчин, имела место дебютантная форма супружеской дезадаптации. Она достигала примерно в одинаковом числе случаев первой степени, когда женщины получали оргазм в 30% половых актов, и второй степени, при которой женщины не получали оргазма. Из разновидностей дезадаптации у $14 \pm 7\%$ супружеских пар можно было отметить псевдоадаптацию: женщины в этих парах скрывали от мужей свою сексуальную неудовлетворенность, имитируя переживание оргазма во время полового акта, что нередко еще более усугубляло их сексуальную фрустрацию.

На основании полученных в исследовании данных нами была разработана система патогенетической психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации при зависимом расстройстве личности у мужа. Отличительными особенностями предлагаемой системы являются комплексность (коррекция нарушений, обусловленных психогенными, социогенными и негативными социально-психологическими факторами); дифференцированность в соответствии с конкретными нарушениями сексуальной функции у мужчин и особенностями дезадаптации данной супружеской пары; последовательность и этапность корригирующих воздействий: ин-

формирование супругов о психогигиене половой жизни, культуре общения, о путях и перспективах супружеской адаптации; ликвидация невротических реакций супругов; выработка у них адекватных сексуальных и межличностных установок, научение супругов правильному межличностному и сексуальному общению.

На каждом этапе психотерапии используются соответствующие его задачам методы – рациональная, информационная (когнитивная) психотерапия в форме супружеских занятий, групповая психотерапия, мотивационный, коммуникативный, сексуально-эротический тренинг.

В результате проведения курса психокоррекции по разработанной программе у всех супружеских пар была достигнута нормализация сексуальных контактов и значительное улучшение межличностных отношений супругов. При этом на протяжении двухлетнего катamnестического наблюдения ни в одном случае не было отмечено рецидивов дезадаптации. Это позволяет считать полученный терапевтический эффект достаточно высоким и стойким, что дает основание рекомендовать предлагаемую систему психотерапии супружеской дезадаптации при зависимом расстройстве личности у мужа для использования в клинической практике.

Р. І. Рудницький

ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОСТІ ЧОЛОВІКІВ ІЗ ЗАЛЕЖНИМ РОЗЛАДОМ ОСОБИСТОСТІ ТА ПОДРУЖНЯ ДЕЗАДАПТАЦІЯ

Буковинська державна медична академія, Чернівці

У статті розглянуто особливості сексуальної функції та сексуальної поведінки чоловіків, хворих на залежний розлад особистості. Показано причини, механізми розвитку і клінічні прояви подружньої дезадаптації за даного розладу у чоловіка. Запропоновано систему її психотерапевтичної корекції, яка дає змогу досягти високого і стійкого ефекту. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 76-79)

R. I. Rudnitsky

PECULIAR PROPERTIES OF SEXUALITY OF MEN WITH DEPENDENT DISTRESS OF PERSONALITY AND SPOUSES DESADAPTATION

Bukovina state medical academy, Chernovtsy

Peculiar properties of sexual function and sexual behavior of men with dependent distress of personality are considered in the article. Causes, development mechanisms and clinical manifestation are revealed for spouses desadaptation developing at the distress in husband. A system of its psychotherapeutic correction is proposed, which allows to achieve a high and steady effect. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 76-79)

Литература

1. Кербиков О.В. К учению о динамике психопатии // Избранные труды. – М.: Медицина, 1971. – С. 163-231.
2. Частная сексопатология. Т.2. / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – 352 с.

3. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 575 с.
4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.

Поступила в редакцию 4.05.2005

УДК 616.89-008.442.4

*О. А. Каденко***СЕКСУАЛЬНАЯ АБСТИНЕНЦИЯ У МУЖЧИН КАК ПРИЧИНА СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ВНЕБРАЧНЫХ СВЯЗЕЙ ЖЕНЩИН**

Хмельницкий областной клинический кожно-венерологический диспансер

Ключевые слова: абстинентная форма сексуальной дисфункции у мужчин, супружеская дезадаптация, внебрачные связи женщин

Абстинентная форма первичного сексуального расстройства возникает вследствие длительного вынужденного полового воздержания у мужчин и женщин, до этого живших регулярной половой жизнью, протекавшей в определенном ритме, либо вследствие кратковременных, но часто повторяющихся периодов воздержания [1]. Длительное половое воздержание может и не приводить к сексуальному расстройству – как правило, у лиц с сильной или усиленной средней половой конституцией. В таких случаях оно компенсируется поллюциями у мужчин или мастурбацией либо внебрачными связями у мужчин и у женщин.

Возникновение данной формы сексуальной дисфункции четко связано во времени с вынужденным половым воздержанием, причем возможны два патогенетических механизма ее развития [2]. Первый из этих механизмов – нарушение функционального взаимодействия между предстательной железой и семенниками: усиленное всасывание в кровь секрета простаты угнетает деятельность семенников, а в результате воздержания в предстательной железе возникают застойные явления, способствующие всасыванию ее секрета, и это служит пусковым механизмом расстройства системы, осуществляющей нейрогуморальную регуляцию половой функции. Второй механизм – угасание условных половых рефлексов в результате детренированности сексуальной функции. Сроки развития абстинентной формы сексуальной дисфункции находятся в прямой зависимости от физиологического ритма половой активности.

Клинические проявления абстинентной формы сексуального расстройства заключаются в сочетании нарушении сексуальной функции – снижении либидо, гипозрекции и преждевременном семяизвержении. Вскоре после появления этих нарушений у пациентов возникают личностные реакции на них, в основном в форме

заострения характерологических черт – усиления мнительности, пессимизма, усугубления замкнутости и т.п., возможно и формирование невротического расстройства, клиническая форма которого зависит от типологических особенностей личности [3]. У жен больных отмечается оргазмическая дисфункция и психосексуальная неудовлетворенность.

Развитие абстинентной формы сексуальной дисфункции происходит в две стадии. Вначале возникает абстинентный синдром, характеризующийся повышением либидо, учащением спонтанных эрекций и ночных поллюций у мужчин, затем развивается собственно сексуальная дисфункция: у мужчин снижение либидо, отсутствие поллюций, гипозрекция, преждевременное семяизвержение, у женщин – гипооргазмия. При первой стадии сексуального расстройства возобновление половой жизни быстро приводит к нормализации сексуальной функции; при второй стадии ее восстановление требует проведения специальных мер.

Рассматриваемая форма сексуального расстройства чаще возникает у пожилых людей, что связано с определенной инертностью нервных и ослаблением компенсаторных процессов в организме в пожилом возрасте. У молодых людей данная форма сексуальной дисфункции возникает при слабой или ослабленной средней половой конституции.

Абстинентная форма сексуального расстройства может приводить к сексуальной дезадаптации супругов и к внебрачным половым контактам женщин. Однако если об абстинентной форме нарушения сексуального здоровья имеются некоторые сведения в литературе [4, 5], то ее связь с дезадаптацией супружеской пары и тем более с супружескими изменами практически не освещена, несмотря на бесспорную актуальность данной проблемы. Учитывая это, мы предприняли системное обследование 30 находив-

шихся под нашим наблюдением супружеских пар, в которых мужья страдали абстинентной формой сексуальной дисфункции, и у большинства жен (77±9%) имели место внебрачные сексуальные контакты.

Супруги были в возрасте 29 – 45 лет и состояли в браке 5 – 14 лет. Давность сексуальной дисфункции у мужчин составляла от 2 до 5 лет.

Проведенный нами системно-структурный анализ сексуального здоровья по его интегральным критериям [4] показал, что соматосексуальное развитие всех супругов протекало нормально, а психосексуальное было преждевременным у 20±7% мужчин и задержанным у всех женщин. У части обследованных имелись асинхронии полового развития, у женщин простые, у мужчин сочетанные, обусловленные психогенными и социогенными факторами. Полоролевое поведение было гипермаскулинным у 20±7% мужчин и у некоторых женщин (7±5%), у остальных – нормативным. Информированность в области психогигиены половой жизни была недостаточной и оценка своих сексуальных проявлений неправильной у всех мужчин и женщин.

Типы сексуальной мотивации, как правило, не способствовали сексуальной адаптации мужей и жен: у тех и других отмечалась генитальная или шаблонно-регламентированная сексуальная мотивация, лишь у 13±6% женщин – игровая, а гармоничного взаимно-альтруистического коммуникативно-гедонического ее типа не было ни у кого из супругов. Дисгармоничными были и мотивы полового акта – получение оргазма или сексуальное самоутверждение, и ни у одного из супругов не было желания дать друг другу чувственное наслаждение.

Половая конституция и у мужчин, и у женщин была преимущественно – соответственно у 63±9 и 50±9% – ослабленной средней, у остальных – слабой или средней (последняя чаще отмечалась у женщин – у 30±9%). У 63±9% мужчин и стольких же женщин были слабо выражены все виды либидо – платоническое, эротическое и сексуальное. Сексуальные фантазии, а именно половой акт с воображаемым партнером, отмечались редко и только у женщин. Тем не менее подавляющее большинство мужей (87±6%) и 70±9% жен испытывали любовь друг к другу, но 19±7% женщин – лишь привычку к мужу.

У всех мужчин были снижены адекватные эрекции, и у 44±9% наблюдалась преждевременная эякуляция. Умением регулировать ее обладали лишь 7±5% мужчин. Почти у половины

женщин оргастичность составляла от 10 до 30%. Сексуальное желание возникало у мужчин через день или, реже, 1-2 раза в неделю, у женщин также в основном 1-2 раза в неделю, но у 13±6% – один раз в 10 дней.

Среди типов сексуальной культуры и у мужчин, и у женщин преобладал невротический – соответственно у 76±8 и 83±7%, у остальных отмечался либеральный ее тип. Степень сексуальной привлекательности партнера у мужчин чаще была высокой, у женщин – средней. Диапазон приемлемости и техника полового акта не соответствовали у подавляющего большинства, а проведение предварительного периода и активность в половом акте – у всех супругов.

В результате дезадаптации все мужья и жены испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья обследованных супругов по его компонентам и составляющим позволил установить стержневое сочетанное поражение психической и генитальной составляющих анатомо-биологического компонента как причину имеющейся у супругов сексуальной дезадаптации. Психическая составляющая была поражена вследствие невротической реакции пациентов на свою сексуальную несостоятельность и их жен – на супружескую дезадаптацию; поражение генитальной составляющей у мужчин было обусловлено наличием у них застойного или хронического простатита, развитию которого способствовало отсутствие или недостаточная активность половой жизни.

Супружеская дезадаптация у всех супружеских пар была приобретенной и достигала второй степени, при которой женщины испытывали оргазм лишь не более чем в 30% половых актов, и третьей степени, когда они вообще не получали оргазма. Интересно отметить, что при этом у 43±9% супружеских пар имела место псевдоадаптация – разновидность дезадаптации, когда жена скрывает от мужа свою сексуальную неудовлетворенность, имитируя при половом акте страсть и переживание оргазма.

В то же время большинство жен мужчин с абстинентной формой сексуальной дисфункции, как указывалось выше, имели внебрачные связи. В качестве их причины женщины называли свою сексуальную неудовлетворенность половой жизнью с мужем, а некоторые – и недостаточное внимание с его стороны к себе как к женщине, стремление чувствовать себя желанной. У большинства женщин (65±8%) было от 3 до 5

партнеров, у остальных 1-2, но иногда 6 и более. Продолжительность знакомства с внебрачным партнером чаще всего составляла 2-3 недели, но, как правило, не более месяца. В большинстве случаев любовник был несколько моложе женщин либо был ровесником, редко на 3 – 5 лет старше. Внебрачные связи продолжались недели или месяцы, но обычно менее года, и прекращались большей частью по инициативе самих женщин.

Внебрачные контакты доставляли женщинам сексуальное удовлетворение, в большинстве случаев вызвали у них положительные эмоции, но наряду с этим – и боязнь разоблачения, а нередко – и чувство унижения. На вопрос о том, вышли бы они замуж за любовника, если бы была такая возможность, почти все женщины

ответили отрицательно.

Таким образом, проведенное исследование убедительно свидетельствует о том, что абстинентная форма первичной сексуальной дисфункции у мужчин закономерно приводит к развитию супружеской дезадаптации и внебрачным связям женщин. Четкие представления о причинах возникновения данной формы первичного сексуального расстройства у мужчин, причинах, механизмах формирования и клинических проявлениях супружеской дезадаптации, причинах и характере внебрачных связей жен могут быть основой для разработки патогенетически направленной системы психотерапии сексуальной дезадаптации супружеской пары и психопрофилактики внебрачного секса женщин при рассмотренной патологии у мужа.

О. А. Каденко

СЕКСУАЛЬНА АБСТИНЕНЦІЯ У ЧОЛОВІКІВ ЯК ПРИЧИНА ПОДРУЖНЬОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА ПОЗАШЛЮБНИХ ЗВ'ЯЗКІВ ЖІНОК

Хмельницький обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер

У статті висвітлено причини, механізми розвитку і клінічні прояви абстинентної форми первинної сексуальної дисфункції у чоловіків і вторинної дезадаптації, яка обумовлюється цією патологією. Показано частість, причини й наведено характеристику позашлюбних зв'язків жінок за цих умов. Зроблено висновок, що закономірності, які виявлено у дослідженні, можуть бути основою розробки системи патогенетично спрямованої психотерапії сексуальної дезадаптації подружньої пари та психопрофілактики позашлюбного сексу при абстинентній формі сексуального розладу у чоловіків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 80-82)

О. А. Каденко

SEXUAL ABSTINENCE IN MEN AS A CAUSE OF SPOUSES DESADAPTATION AND WOMEN EXTRAMARITAL RELATIONS

Khmelnitsky regional clinic of skin and venereal diseases

Causes, development mechanisms and clinical manifestation of abstinent form of primary sexual dysfunction in men and caused secondary spouses desadaptation are elucidated in the article. The frequency, causes and characteristics of women fornication in these condition are revealed. The conclusion is drawn that revealed regularities can be the basis of working out the system of pathogenetically directed psychotherapy of spouses desadaptation and psychoprophylaxis of women extramarital sex at the studied form of sexual distress in men. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 80-82)

Литература

1. Общая сексопатология: Руков. для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 435с.
2. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576с.
3. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руков. для врачей. – М.:

Медицина, 1980. – 448с.

4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.

5. Щеглов Л.М. Сексология и сексопатология. – С.Пб: КультИнформПресс, 1998. – 416с.

Поступила в редакцию 18.07.2005

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.891

*А. М. Скрипніков, Г. Т. Сонник, В. О. Рудь, О. А. Казаков, Р. І. Ісаков***ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ І ПЕРЕБІГУ ІПОХОНДРИЧНИХ РОЗЛАДІВ
НЕВРОТИЧНОГО РЕГІСТРУ**

Українська медична стоматологічна академія

Ключові слова: іпохондричні розлади, невротичні розлади, соматична схильність

Серед найактуальніших проблем сучасної психіатрії іпохондричні розлади останнім часом згадуються помітно рідше. Сприяли цьому як реформування принципів класифікації психічних розладів, зокрема, віднесення іпохондрії (F45.2) виключно до соматоформних розладів, так і зростання поширеності та важливості інших психічних захворювань.

У той же час поширеність психосоматичної симптоматики у популяції становить, за різними підрахунками, від 15 до 40 %. Отож дана проблема загалом і іпохондричні розлади у структурі соматоформних порушень зокрема, потребують подальшого вивчення.

Одним з дискусійних питань є класифікація іпохондричних розладів у структурі порушень невротичного реєстру. Труднощі ці обумовлені переважно дихотомним поділом переживань на психічні та соматичні без урахування складної системи їх взаємодії. У більшості ж хворих іпохондричні стани, їх розвиток та основні клінічні прояви тісно пов'язані не лише із цілим рядом функціональних факторів, але і з поліморфними порушеннями з боку внутрішніх органів. Отож можна припустити, що має місце наявність особливої соматичної схильності у тій ділянці тіла, з якою пов'язані прояви іпохондричного синдрому.

Матеріал і методи дослідження

Нами було проведено клініко-статистичний аналіз 400 історій хвороб пацієнтів, що перебували на стаціонарному лікуванні у Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні з іпохондричними станами невротичного генезу, що

дозволило встановити певний зв'язок і корелятивну залежність між іпохондричними проявами та різноманітними захворюваннями внутрішніх органів. Аналіз проводився за період з 2002 по 2003 роки.

Результати та їх обговорення

Іпохондричні прояви можуть слугувати одним з перших сигналів порушень з боку внутрішніх органів, передуючи появі інших, більш об'єктивних симптомів соматичної патології. Можливо, це пов'язане з тим, що у іпохондриків зміни, які відбуваються у внутрішніх органах, внаслідок ненормально низького порогу подразнення, відчуваються задовго до появи об'єктивних клінічних проявів. За своїм патогенетичним механізмом це явище можна вважати досить близьким до соматичних джерел різноманітних сновидінь.

Поліморфні іпохондричні стани є ніби продовженням соматичного захворювання, що вже завершилось. Хвороба і пов'язана з нею роль особливостей особистості хворого являються (у зв'язку з різними факторами функціонального

порядку) єдиним прийнятним виходом із ситуації, що склалася.

Часто одужання є "невигідним" і у цьому зв'язку може спостерігатись зростання кількості скарг, не дивлячись на об'єктивні критерії, які свідчать про значне покращення соматичного стану чи навіть одужання, а іноді може мати місце і так звана "втеча у хворобу".

У багатьох хворих соматичне захворювання може супроводжуватись іпохондричними переживаннями невротичного характеру, особливо у випадках захворювань з млявим, повільно-прогресуючим перебігом (поза періодами загострення).

Почасти соматичне захворювання відіграє роль одного з провокуючих чинників у розвитку такої складної комбінованої патології. Мож-

ливі також варіанти хворобливих станів (на зразок постгрипозної астенії, наслідків струсу головного мозку та ін.), що можуть стати поштовхом для наступного вирішення ситуації, яка склалась за невротичним типом.

На розвиток і особливості іпохондричних проявів певний вплив можуть чинити і наслідки перенесених раніше соматичних захворювань, котрі за певних умов ніби “оживають” і беруть участь у формуванні синдромологічної патології.

Вказані вище взаємозв'язки та взаємообумовленості між особливостями іпохондричного синдрому та порушеннями з боку внутрішніх

органів необхідно враховувати в процесі проведення лікувальних заходів, у тому числі і психотерапевтичного спрямування.

Вищенаведені дані доводять наявність певної соматичної схильності, яка обумовлює і впливає на перебіг іпохондричних розладів. Іпохондричні стани можуть використовуватись у якості діагностичних критеріїв в рамках ранньої діагностики соматичних захворювань. Важливість і актуальність даної проблеми обумовлює необхідність подальшого її доопрацювання та використання отриманих результатів у рамках психосоматичної медицини.

А. Н. Скрипников, Г. Т. Сонник, Р. И. Исаков

ОСОБЕННОСТИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ИПОХОНДРИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО РЕГИСТРА

Украинская медицинская стоматологическая академия

Показано, что существует определенная соматическая склонность, обуславливающая и влияющая на течение ипохондрических расстройств. Ипохондрические состояния могут использоваться в качестве диагностических критериев в рамках ранней диагностики соматических заболеваний. Важность и актуальность этой проблемы свидетельствует о необходимости использования полученных результатов в рамках психосоматической медицины. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2005. — № 1 (15). — С. 83-84)

A. N. Skripnikov, G. T. Sonnik, R. I. Isakov

THE SINGULARITIES OF DEVELOPMENT AND THE COURSE OF HYPOCHONDRIAC DISORDERS OF NEUROTIC REGISTER

Ukrainian medical stomatological academy

There was shown that certain somatic predisposition stipulates and impacts the course of hypochondriac disorders. Hypochondriac states can be used as diagnostics criteria in the field of early diagnostic of somatic diseases. The importance and the actuality of this problem described witness for the need of implementation of the out coming results in psychosomatic medicine. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 83-84)

Література

1. Канішев А.В. Іпохондричні розлади у хворих на вірусні гепатити // Укр. вісн. психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип.1(30). — С. 189-190.
2. Кустов А.В., Павлюк П.А., Спивак А.В. Психологические особенности больных, страдающих психосоматическими расстройствами // Укр. вісн. психоневрології. — 2002. — Т. 10,

вип.1(30). — С. 198.

3. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств. — К., 1997. — 104 с.

4. Щеглов Л.М. Психосоматика: миф или реальность? // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10, №2(37). — С. 236-241.

Поступила в редакцию 14.06.2005

УДК 616.89-051:613.62

Е. А. Кокотова

ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ В СВЯЗИ С УРОВНЕМ СОЦИАЛЬНОГО САМОКОНТРОЛЯ

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, социальный самоконтроль, средний медицинский персонал, психиатрические отделения

С конца XX века большое внимание исследователей привлекает феномен «эмоционального выгорания» как специфический вид профессионального хронического состояния лиц, работающих с людьми [1].

Среди факторов, обуславливающих профессиональное выгорание, рассматриваются как внешние (организация работы, ее ритм, эмоци-

ональная насыщенность), так и внутренние (личностные). В профессиональной деятельности психиатрического персонала наряду с негативными процессами выгорания наблюдаются и явления профессиональной адаптации. Настоящее исследование посвящено изучению соотношения уровня социального самоконтроля и проявлений профессионального выгорания.

Материалы и методы исследования

Были обследованы две группы медсестер по 36 человек с разным стажем работы. Первую группу составили медсестры, работающие в центре аффективной патологии, вторую – медсестры геронтологического центра Донецкой областной психиатрической больницы. Каждая

из указанных групп была разделена на подгруппы разного стажа работы («а» - от 2 мес. до 8 лет, «б» - от 9 до 15 лет и «в» - 16 лет и выше).

Использовались шкала социального самоконтроля (ШСС) М.Снайдера и опросник психического выгорания (ОПВ) К.Маслач [2, 3].

Результаты исследования и их обсуждение

При сравнении показателей по шкалам был использован метод Вилкоксона с определением вероятности различий «р». Различия принимались значимыми при $p < 0,05$.

По ШСС оценивался уровень способности к саморегуляции поведения в социально желаемых рамках. Испытуемым предлагалось ответить на ряд вопросов, касающихся их реакции на различные жизненные ситуации.

При исследовании выявлена явная тенденция увеличения уровня социального самоконтроля (УСС) с увеличением стажа работы. Так в группах «а» УСС находится в пределах от 1 до 5, что считается низким уровнем, т.е. женщины этих групп мало озабочены адекватностью своего поведения и эмоциональной экспрессии: не обращают внимания на нюансы поведения других людей, их поведение и эмоции зависят, в большей степени, от их внутреннего состояния, а не от требований ситуации.

В группах «б» - УСС находится в пределах

от 5 до 10 баллов, но 10 в этих подгруппах - это единичный случай, чаще встречаются 5 и 6 баллов. Отсюда можно сделать вывод о среднем УСС.

В группах «в» - от 6 до 10 баллов, но с тенденцией к увеличению, т.е. наблюдается высокий УСС. Такие люди склонны чутко воспринимать эмоциональные и поведенческие проявления окружающих и ориентированы на них в тех ситуациях, когда не знают, как поступить.

Поведение таких людей сильно варьирует в зависимости от ситуации. Кроме того, у них возможно рассогласование в выражении эмоций по разным экспрессивным каналам: например, выражение лица у такого человека может свидетельствовать об одном эмоциональном состоянии, а голос — о другом. Поведение, наиболее точно отражающее их внутреннее аффективное состояние, такие люди проявляют лишь в ситуациях с минимальными «подсказывающими» элементами. Такие люди эффективно контроли-

руют свое поведение и без труда могут создать у окружающих нужное впечатление о себе.

Таким образом, независимо от отделения, в котором работают испытуемые, те, которые работают в психиатрической клинике небольшой срок, обладают низким уровнем социального самоконтроля, не имеют развитых навыков контроля и управления своим поведением. И чем больше стаж работы в клинике, тем выше становится УСС.

Особенно заметны различия между стажевыми подгруппами «а» и «б» среди медсестер центра аффективной патологии, где $p=0,006$, а между подгруппами «а» и «в» той же группы $p=0,0023$. Аналогичные данные получены и по геронтологическому центру, где между подгруппами «а» и «б», а также между «а» и «в» $p=0,0012$, между «б» и «в» $p=0,0126$.

При использовании ОПВ значимые отличия наблюдаются у медсестер центра аффективной патологии между подгруппами «а» и «в» $p=0,006$, между «б» и «в» $p=0,0326$; а геронтологического центра – «а» и «в» $p=0,0093$, меж-

ду «б» и «в» $p=0,0067$.

В подгруппах «а» и «в» наблюдается редукция личных достижений, проявляющаяся либо в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам и возможностям, либо в преуменьшении собственного достоинства, ограничении своих возможностей, обязанностей по отношению к другим.

В подгруппах «б» - деперсонализация и эмоциональное истощение - проявляется в тенденции негативно оценивать себя, занижать свои профессиональные достижения и успехи, негативизме по отношению к служебным достоинствам, а также в сниженном эмоциональном фоне, равнодушии или эмоциональном перенасыщении.

Исходя из диаграммы 1, можно сделать вывод о том, что в группе «2» - процесс адаптации проходит сложнее и медленнее, чем в группе «1». Возможно, это зависит от отделения, в котором они работают, от сложности работы.

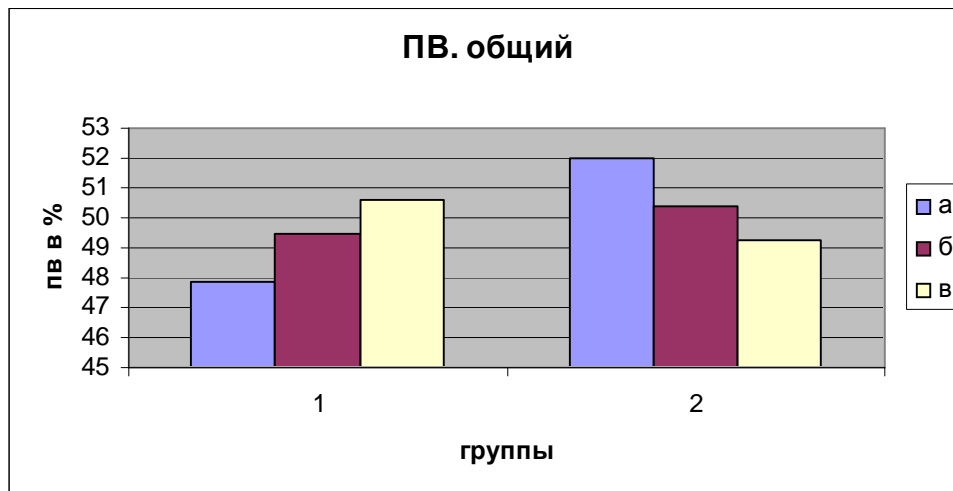


Диаграмма 1. Суммарный показатель выгорания (ПВ) в сравниваемых группах.

Выводы

1. По методике ШСС наблюдается явная тенденция к увеличению уровня социального самоконтроля с увеличением стажа работы. У людей, которые работают в психиатрической клинике более 15 лет, в отличие от новичков, наблюдается склонность чутко воспринимать эмоциональные и поведенческие проявления окружающих, они могут контролировать свое поведение и без труда создают у окружающих нужное впечатление о себе.

2. По методике ПВ: у испытуемых работающих в геронтологическом центре с минимальным стажем работы наблюдаются более высокие уровни суммарного показателя эмоционального выгорания. Возможно, трудности и сложности специфической работы с более тяжелым контингентом больных оказывают влияние на замедление адаптации к профессиональным условиям.

О. А. Кокотова

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У СЕРЕДНЬОГО
МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ПСИХІАТРИЧНИХ ВІДДІЛЕНЬ У ЗВ'ЯЗКУ З РІВНЕМ
СОЦІАЛЬНОГО САМОКОНТРОЛЮ**

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького.

Була вивчена динаміка рівней соціального самоконтролю та показника професійного вигорання у медичних сестер, які працюють у відділеннях з різними за важкістю контингентами хворих. Наведені співпадання та розбіжності цієї динаміки. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 85-87)

E. A. Kokotova

**PECULIARITIES OF THE SIGNS OF PROFESSIONAL BURN-OUT IN THE PSYCHIATRICAL
NURSES IN THE CONNECTION WITH THE LEVEL OF THE SOCIAL SELF-CONTROL**

Donetsk State Medical University

The dynamics of levels of social self-control and professional burnout in nurses of psychiatric departments for patients of different severance of their condition were studied/ The distinctions and coincidences of this dynamics were shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 85-87)

Литература

1. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. – СПб.: Питер, 2001.-752с.
2. ШСС. Руководство (адаптация Рукавишников С.Н.). – Ярославль, 1997.-22с.
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. – СПб.: Питер, 2005.-336с.

Поступила в редакцию 1.09.2005

УДК 616.89-058.833-055.2-058.837

*О. А. Каденко***ПРИЧИНЫ И ХАРАКТЕР ВНЕБРАЧНЫХ СВЯЗЕЙ ЖЕНЩИН ПРИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ**

Хмельницкий национальный университет

Ключевые слова: внебрачные связи женщин, супружеская дезадаптация

Супружеская дезадаптация нередко сопровождается изменами мужа или жены, и в последние годы эта тенденция усиливается, что отмечено в ряде современных работ [1 – 4]. В то же время данная проблема очень мало исследована. В литературе практически нет сведений о причинах внебрачного секса, о его характере при дезадаптации супругов и взаимосвязи с супружеской дезадаптацией. Общеизвестно, что случайные контакты, в том числе при внебрачном сексе, являются главным источником распространения венерических заболеваний, а при супружеских изменах оказывают разрушительное действие на брак. Однако из-за неизученности этого феномена до настоящего времени не разработаны методы психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации, являющейся причиной внебрачного секса или, напротив, его следствием, и не намечены пути психопрофилактики супружеских измен, в большинстве случаев чреватых тяжелыми последствиями для здоровья супругов и благополучия семьи.

Учитывая сказанное, мы поставили перед собой задачу исследовать причины, условия возникновения и характер внебрачных сексуальных контактов в дезадаптированных супружеских парах. С этой целью нами был разработан специальный опросник «Супружеские измены», позволяющий судить об указанных характеристиках внебрачного секса и его влиянии на эмоциональное состояние супругов.

С помощью этого опросника были обследованы 500 женщин, которые имели внебрачные связи, причем 90 из них заболели венерическими болезнями (трихомониазом – 42; гонореей – 35; сифилисом – 13) и стали источником заражения своих мужей.

Среди находившихся под наблюдением супружеских пар, в которые входили обследованные женщины, были выделены две группы: в первой (350 пар) женщины жаловались на плохие взаимоотношения с мужем (социально-психологическая дезадаптация), во второй (150 пар)

– на сексуальную неудовлетворенность (сексуальная дезадаптация).

Супруги находились в возрасте от 23 до 45 лет и, как правило, оба супруга входили в одну возрастную группу. Продолжительность брака составляла от 3 до 16 лет, но обращает на себя внимание тот факт, что у 160, т.е. почти у 1/3 супружеских пар стаж супружеской жизни был менее 5 лет.

При обследовании женщин по разработанной методике выяснилось, что 184 из них (37±3%) имели высшее образование и материально не зависели от мужей, у остальных было среднее или среднее специальное образование и среди них материально независимыми были 25±3%.

Опрос показал, что инициатором сексуальных контактов в первой группе супружеских пар в 76±7% случаев был муж, в 24±7% – жена, а во второй группе зависимость была обратной: инициативу проявляли в основном жены – 85±5%, и лишь 15±5% мужей. Внебрачные связи имели место и в родительских семьях обследованных женщин. Так, в первой группе супружеских пар изменяли своим супругам 46±8% жен, т.е. матерей обследованных, и 68±8% мужей, отцов обследованных; во второй группе соответственно 66±6 и 85±5%.

На вопрос о том, что послужило причиной супружеской неверности самих обследуемых женщин, неудовлетворенность сексом с мужем назвали все жены второй группы супружеских пар, и неудовлетворенность межличностными отношениями с мужем – все женщины первой группы. 44±6% женщин второй группы указали в качестве причины внебрачных связей сексуальную потребность и столько же – восполнение недостаточной сексуальной активности мужа. При этом все женщины этой группы отметили несоответствие их желаниям поведения мужа при сексуальных контактах. В то же время последние три причины супружеских измен не назвал никто из женщин первой группы, т.е.

с социально-психологической дезадаптацией. Они назвали другие причины, которых не было у женщин с сексуальной дезадаптацией: легче утешиться с другим мужчиной, чем разобраться в семейных проблемах и решить их – 71±7%; любовь к другому мужчине – 22±7%; серьезную привязанность, возникшую к другому мужчине – 38±8%.

Поисками любви объясняли свои внебрачные связи 49±8% женщин первой группы, а поисками полноценного секса – 100±2% женщин второй группы. Поиск романтики был назван почти одинаково часто теми и другими женщинами – соответственно 46±8 и 51±6%. Потребность в сексуальном приключении чаще звучала в первой группе – 22±7%, по сравнению со второй – 3±2%. Любопытство было причиной измен у 30±8% женщин первой и 28±6% – второй группы.

Желание проверить свои сексуальные возможности и желание доказать себе, что старость еще не наступила, было характерно только для обследованных второй группы – эти желания назвали в качестве причины супружеских измен соответственно 67±6 и 5±3% женщин этой группы. Почти одинаково часто в обеих группах супружеских пар такой причиной было самоутверждение – 38±8 и 34±6%.

Желание отомстить мужу за измену побуждало к измене только женщин в первой группе – 32±8%, а желание пожить для себя отмечалось лишь у женщин второй группы – 18±5%. Настойчивость партнера по внебрачной связи назвали как ее причину 16±6% женщин первой и 15±5% – второй группы. Довольно много опрошенных совершили супружескую измену только потому, что представилась такая возможность – 24±7 и 33±6%.

Некоторые женщины первой группы (13±4%) объяснили свои внебрачные связи поисками идеального любовника, а у 38±5% обследованных первой и 6±3% второй группы супружеская измена была шагом отчаяния. Подавляющее большинство женщин первой группы – 86±6% – считали возможной внебрачную связь потому, что угасла любовь к мужу; среди женщин второй группы эта причина встречалась гораздо реже – у 6±3%. Соответственно 38±5 и 10±4% обследованных пошли на внебрачный контакт потому, что не могли отказать в сексуальных домогательствах, у 14±6 и 18±5% выработалась привычка жить в ситуации любовного треугольника, а 14±6 и 10±4% – считали себя способными любить одновременно двоих.

Часть женщин (19±7%) первой и более 1/3 (34±6%) второй группы вступали во внебрачную

связь, чтобы испытать удовольствие чувствовать себя желанной. Весьма распространенной причиной супружеских измен был либеральный взгляд на секс – 46±8 и 38±6% соответственно в первой и второй группе. Одинаково часто – 11±5 и 11±4% – на внебрачные связи толкало женщин влияние общности, в которой они вращались. И наконец, у ряда женщин – 38±5 и 10±4% причиной супружеской измены была материальная выгода, карьера.

Специальный раздел опросника позволил нам получить характеристику супружеских измен обследованных женщин. Было установлено, что сексуальный опыт до брака имели большинство из них: 62±8% женщин с социально-психологической и 74±6% – с сексуальной дезадаптацией. Первую измену опрошенные, как правило, совершали в возрасте до 25 лет.

Одного – двух внебрачных партнеров женщины имели редко (5±4% в первой и 10±4% во второй группе), чаще всего у них было 3 – 5 партнеров (соответственно 65±7 и 42±6%) и даже 6 – 10 и более (30±8 и 48±6%). Продолжительность знакомства до первого сексуального контакта составляла от одного дня до недели у 46±7% женщин первой и 19±4% – второй группы, у остальных – 2-3 недели, и ни у кого из опрошенных это знакомство не продолжалось более месяца.

Инициатором внебрачной связи в первой группе чаще был мужчина – 54±8% против 46±8%, а во второй группе – женщина, соответственно 54±6 и 46±6%. У 40±3% женщин любовники были на 3 – 6 лет старше их, а у остальных – на 2-3 года моложе. На вопрос о том, вышли бы ли они замуж за любовника, если бы была такая возможность, 49±8% женщин первой и 38±6% – второй группы ответили положительно.

Внебрачная связь продолжалась чаще всего считанные дни: у 49±8% обследованных первой и 57±6% – второй группы; недели – соответственно у 38±8 и 20±5%; месяцы – у 14±6 и 21±5%, и лишь у одной женщины второй группы – более года. Прекращалась связь у женщин первой группы в основном по инициативе мужчины – 92±5%, у женщин второй группы – чаще по их собственной инициативе – 64±6%. Причинами прекращения внебрачной связи обычно были потеря интереса к ней и/или заражение венерической болезнью.

Показательно, что все опрошенные женщины и в первой, и во второй группе не считали, что любовь и секс – это одно и то же, и при этом отчасти оправдывали свои измены. Свой отпуск все жены проводили с мужьями.

У части обследованных – 19±7% первой и 20±5% второй группы – внебрачная связь была без секса (флирт, петтинг), что объяснялось либо физиологическим состоянием женщин, либо их характерологическими чертами – мнительностью, нерешительностью.

Только 25±5% женщин обеих групп применяли при внебрачных связях те или иные способы предупреждения беременности, которые большей частью служили и для предохранения от венерического заболевания.

Внебрачная связь представляла собой служебный роман у 13 женщин, роман с другом или со знакомым мужчиной – у 39±3%, с посторонним человеком – у 20±4%; случайная встреча закончилась сексуальным контактом у 8±4% опрошенных.

Большинство женщин в обеих группах отнеслись к супружеским изменам как к развлечению – 87±5 и 79±5% соответственно, но для остальных она представляла собой драматическую ситуацию. Тем не менее в большинстве случаев внебрачные контакты вызывали у женщин положительные эмоции, доставляли радость (22±7% обследованных первой группы и 8±4% – второй), удовольствие (соответственно 54±8 и 44±6%), удовлетворение (24±7 и 48±6%), но наряду с этим у 10±4% – и боязнь разоблачения.

Таким образом, проведенное исследование

позволило определить наиболее распространенные причины внебрачного секса у женщин, связанного с дезадаптацией супружеской пары. Это неудовлетворенность супружескими отношениями, коммуникацией с мужем или неудовлетворенность сексуальными контактами с ним, его сексуальным поведением. Нередкими причинами супружеских измен являются также отсутствие любви к мужу, при неудовлетворенности половой жизнью с мужем – желание проверить свои сексуальные возможности. Кроме того, в значительном числе случаев к внебрачному сексу приводит излишне либеральный взгляд на сексуальные отношения.

Полученные данные о характере внебрачных связей свидетельствуют о безответственности допускающих их женщин. Об этом говорят малые сроки знакомства с внебрачным партнером, случайный характер сексуальных контактов, большое количество партнеров и то обстоятельство, что женщины не применяют способов предохранения от венерических заболеваний.

Выявленные на достаточно репрезентативном материале тенденции, как нам представляется, должны учитываться при разработке методов психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации, приводящей к внебрачному сексу женщин, и методов его психофизиологии.

О. А. Каденко

ПРИЧИНИ І ХАРАКТЕР ПОЗАШЛЮБНИХ ЗВ'ЯЗКІВ ЖІНОК ПРИ ПОДРУЖНІЙ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Хмельницький національний університет

Проведено обстеження за допомогою спеціального опитувальника 500 жінок, які мали позашлюбні зв'язки, і на основі отриманих даних виявлено причини, умови виникнення і характер подружніх зрад, їх взаємозв'язок із дезадаптацією подружньої пари. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 88-90)

О. А. Kadenko

CAUSES AND A CHARACTER OF FORNICATIONS OF WOMEN AT THE SPOUSES DESADAPTATION

Khmel'nitsky national university

An investigation with the help of special questionnaire of 500 women with extramarital relations was realized and on the basis of the gained results there were revealed causes, rise conditions and a character of spouses conjugal infidelity and their interaction with the spouses desadaptation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 88-90)

Литература

1. Бэндлер Р., Гриндер Дж., Сатир В. Семейная терапия: Пер. с англ. – М.: Ин-т общегум. исслед. Сер. «Совр. психология», 2000. – 160с.

2. Эпидемиологические аспекты нарушения сексуального здоровья / В.В.Кришталь, И.И.Кутько, Б.В.Михайлов, И.К.Сосин // Нарушения сексуального здоровья. Диагностика, коррекция:

Матер. науч.-практ. конф. – Харьков, 1997. – С.19-23.

3. Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224с.

4. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879с.

Поступила в редакцию 12.06.2005

УДК 61.003.62+292/616.89

*О. В. Синяченко***ВОПРОСЫ ПСИХИАТРИИ В МИФОЛОГИИ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психиатрия, мифология.

«Изучать историю медицины,
значит изучать ход борьбы
человека за свое существование»
(Н.В.Трущенко)

С незапамятных времен самыми загадочными считались болезни души (психические). В Древнем Египте под душою богов и простых людей понимали некую «ба», которую изображали в образе птицы с человеческой головой. Считалось, что «ба» является воплощением жизненной силы и продолжает существовать после смерти человека. Двойником души человека был «ка», изображаемый в виде человека с помещенными на голову руками, согнутыми в локтях. У древних греков олицетворением души считалась бабочка [6]. Изящную черно-белую бабочку «аполлон» с красными пятнами на крыльях греки чтили как воплощение бессмертия души, а вот «бражника» («мертвую голову»), окрашенного в черный и желтый цвета, очень боялись, относя его к символам смерти вообще и души в частности. Бирманцы также полагали душой людей бабочку (лейкпью), от которой, якобы, зависят не только психические расстройства, а и жизнь человека («когда лейкпья улетает – наступает смерть»). Тайские народы искренне верили, что душа человека (хуон Хуонтон) находится преимущественно в голове, поэтому головные боли и головокружения расценивались как признаки «душевной болезни».

Поскольку древний человек не понимал причины возникновения различных явлений природы, то он представлял их в виде фантастических образов, которых позволяет нам изучать мифология [9]. На определенной стадии исторического развития мифы (слово «миф» от греч. «сказание, предание») существовали практически у всех народов мира [7]. Мифы сложились в первобытные времена, примерно тогда же, когда на Земле появились люди, а

мифотворчество можно отнести к особому виду литературы, не имеющей автора, и которое нужно рассматривать как важнейшее явление культурной истории человечества, как мироощущение и миропонимание соответствующей эпохи.

Необходимо отметить, что ряд основных мотивов в мифах разных народов повторяется, часто касаясь тем болезни и здоровья, жизни и смерти. Швейцарский психолог К.Г. Юнг (1875-1961), развивший учение о «коллективном бессознательном», в образах которого (архетипах) видел источник мифов, предположил, что при множестве внешних различий по самой своей сути люди похожи и фантазия их устроена одинаково. Мифы – это летопись того, что происходило у человечества в душе, пока оно взрослело и набиралось опыта, осмысливало жизнь, болезнь и смерть.

Исходя из мифологии некоторых народов современной Грузии, злые духи алмас хатун (албасти) губят человека, сводя его с ума, насылают кошмары, бред и фантастические видения. Древние славяне эти качества приписывали бесам (вспомним понятия “всбеситься” и “беснование”) [5], венгры – злему духу Лидерцу, евреи – демонам шедим, народы Средней Азии – Ашыкайдыну (кстати, покровителю певцов и музыкантов), Индии – высшему божеству, творцу мира Брахме (обращал в безумцев даже богов), литовцы – духам слогутес, латыши – манис и мурги, абхазы – «матери воды» Дзызлан, римляне – богу полей, лесов и пастбищ Фавну (греческий Пан) [10]. Последний изображен на сицилийской серебряной монете тетрадрахме (420 г. до н.э.) и пантикапейском золотом статере (320 г. до н.э.) (рис. 1).



Рис. 1

Олицетворением помрачения ума в греческой мифологии была дочь Зевса Ата, которая приносила не только вред людям, а и вызывала душевные расстройства у своего отца. Насылал безумие на людей греческий бог растительности, виноградарства и виноделия Дионис (римский Бахус), изображенный на серебряных монетах – сицилийской драхме (500 г. до н.э.) и мендейской тетрадрахме (430 г. до н.э.) (рис. 2). Кроме того, древние римляне считали причиной психических расстройств вредоносные тени лемуры (призраки мертвых, не получивших должного погребения). Изгнание их из дома сопровождалось бросанием в ночные часы через левое плечо черных бобов и ударами в медный таз. В традициях ассирийцев злым «демоном головы» был Ламбарту, который, выходя из пустыни, бросается на человека и приводит его в состояние безумия, что проявляется катанием несчастных пораженных по земле [12]. Греческая богиня памяти Мнемосина, дочь Урана и Геи, мать девяти муз (Каллиопы, Клио, Мельпомены, Полигимнии, Талии, Терпсихоры, Урании, Эвтерпы, Эрато), родившихся от Зевса, могла также вызывать душевные расстройства.

Согласно мифологии кхмеров, божеством, насылающим на людей болезни, являлся Арак Кол, у сиамцев – дух неземных миров, живущий на небе свирепый великан Тауветсуван, у народов Индонезии и Малайзии – дух бута, у индусов – богиня Бхагавати и демоны пищачи, у индейцев – демон Гуахайоке и дух Киберот, у народов Центральной и Средней Азии – дэвы, у абхазов – черт Аюстаа, у бурятов – шаман Гурбан Манан-тенгри и духи шудхер, у ненцев – божества Кызы и Тодоте, а также духи лозы, у нанайцев – аями, у калмыков – чуткер, у хантов – Кынь-Лунг, у мордовцев – варма-ата, у удмуртов – ву-мурт и кутысь, у чувашей – вупар, у татар – су анасы.

Согласно греческой мифологии, богиней человеческого разума была Метис. Богини судь-



Рис. 2

бы мойры предсказали Зевсу, что у Метис будут дочь и сын, который впоследствии отнимет у него власть. Чтобы избежать этого, Зевс усыпил Метис сладкими речами, а затем проглотил ее. Спустя некоторое время, он почувствовал головокружение, нестерпимую боль и шум в голове. Зевс приказал Гефесту (бог огня и кузнечного дела) разрубить голову, что тот и сделал, после чего из головы Зевса вышла на свет Афина Паллада в блестящем шлеме с копьем в руке и щитом. Изображение Афины помещено на ряде древних золотых и серебряных монет: на декадрахме (465 г. до н.э.), нумизме (390 г. до н.э.), статерах (4-5 г., 330 г., 297 г. и 295 г. до н.э.), гемиоболе (281 г. до н.э.), двойном викториате Фессалии (196 г. до н.э.), тетрадрахмах (410 г. и 150 г. до н.э.; рис. 3) и др. Отметим, что ауреусы чеканили из золота во времена правления Юлия Цезаря, а достоинство монет было равно 25 денариям или 400 ассам. В Древнем Риме врачи почитали богиню мудрости Минерву, которая отождествлена с Афиной. В 215 г. до н.э. в Римской республике появился бронзовый декусис (10 ассов) с изображением Минервы (рис. 4).

Со свойствами души человека древние греки отождествляли его психику, в последующем названных Гиппократом темпераментом. Напомним, что «отец медицины» холериками считал людей бурно и ярко выражающих свои чувства, флегматиками – спокойных лиц, проявляющих чувства умеренно и ровно, сангвиниками – быстро увлекающихся и быстро остывающих субъектов, меланхоликами – медлительных, склонных к грусти и рассеянности. В древнеримских традициях персонификацией спокойствия человека была Транквиллитас, атрибутами которой считались скипетр, корабельный руль и колосья. Можно сказать, что применение современных транквилизаторов ассоциируется с богиней Транквиллитас, изображенной на реверсе (обратной стороне) серебряного римского динария II в. н.э. (рис. 5).



Рис. 3



Рис. 4



Рис. 5

В «Илиаде» Гомера фигурирует египтянка Полидамна, обучающая гречанку Елену премудростям многих «оглушающих трав» (лишающих сознания и психики) [11]. Издавна в народной медицине использовали мандрагору, снотворное действие которой описывал древнегреческий естествоиспытатель, ботаник и философ Теофраст (372-287 до н.э.). Мифологические врачеватели античности мандрагору применяли для вызывания у человека галлюцинаций. Согласно греческим традициям, безумие способно быть следствием употребления аконита (борца), которого посвящали богине колдовства и ночной нечисти Гекате (изображали с пылающим факелом в руках и змеями в волосах). Считалось, что аконит вырос из ядовитой слюны Цербера (чудовищного пса с тремя головами и змеиным хвостом), который сторожил вход в царство мертвых. Волшебница Медея (дочь царя Колхиды Ээта и океаниды Идии, внучка бога солнца Гелиоса), готовя колдовское зелье, добавляла в него корешки аконита.

Древние кельты в честь своего бога Беленуса назвали одно из растений – черную белену, от употребления которой наступали буйство и безрассудные поступки. Родственным белене является «великое чудо» дурман, который в античности подсыпали в пищу врагам для подавления у них яснovidения и усиления внушения (эффекта «одурманивания»). Знаменитый таджикский врач Ибн Сина (Авиценна) (~980-1037) писал: «Белена – яд, который причиняет умопомешательство, удушье и бесноватость, лишает памяти ... дурман опьяняет и вреден для мозга». В древности семена дурмана бросали на раскаленные угли и, надышавшись ядовитым дымом, люди будто бы испытывали «блаженство». Один из древнегреческих мифов о трех богинях-сестрах гласит: младшая Клото прядет нить человеческой жизни, средняя Лахесис распутывает нить и, стало быть, превратности судьбы, а старшая Атропа обрывает нить, когда пожелает. Подобно Атропе (от нее произошло название ле-

карства атропин) лишает человека жизни растение белладонна («бешеная вишня», «черешня сумасшедших», «сонная одурь»). Белладонна («прекрасная женщина», «красавица, красавка») вызывает возбуждение, сбивчивую речь, бред, слуховые и зрительные галлюцинации.

Люди всегда наблюдали Солнце, знали о его животворящей силе, почитали и поклонялись ему как богу. Особое положение в Древнем Египте занимал бог солнца Ра (воплощался в образе сокола или человека с головой сокола, увенчанной солнечным диском), а фараон Эхнатон (супруг Нефертити) считал солнечный диск самим богом. Древние греки полагали, что бог солнца Гелиос (сын титанов Гипериона и Фейи, брат Селены и Эос) каждый день проезжает по небу на солнечной колеснице, запряженной огненными конями. Когда же наступало затмение Солнца, наши далекие предки воспринимали это как конец света и многие из них теряли рассудок, а некоторые совершали коллективные суицидальные попытки.

Якуты считали, что, кто обидет орла, тот будет наказан безумием покровителем птиц божеством Хомпоруумом хотоем. В Древней Греции верили, что женская матка может мигрировать по телу, добираясь даже до грудины, видя в ее «бешенных» перемещениях причину истерии (от греч. “histera” - матка). Между тем древнегреческий бог неба Уран именно в матке своей тяжело страдавшей супруги Геи прятал уродливых детей, а богиня плодородия и земледелия Деметра (дочь Кроноса и Реи) вскармливала в ней свою дочь Кору.

Осетины и грузины считали, что исцелителем душевнобольных является божество Джеры дзуар, живущий в часовне на высокой горе около селения Джери. Любопытно, что больного связанным спускали по веревке со скалы, угрожая бросить в пропасть, если он не назовет вселившихся в него злых духов. Названные имена записывали на бумаге, которую сжигали, после чего, якобы, наступало выздоровление [10].

От безумия дочерей тиринфского царя Прета будто бы исцелил греческий прорицатель Меламп (сын Амифаона и Идомиinei) [6]. Греческий бог медицины Асклепий душевнобольных людей с успехом лечил музыкой. Способность излечивать от умопомешательства приписывалась богине мрака, ночных видений и чародейства Гекате (дочери Перса и Астерии). В христианской традиции при эпилепсии помогал святой Джиллес, при небольших судорогах – святой Вит, при головной боли – святой Денис [3].

Судя из мифологии осетин, от душевных болезней людей оберегало и излечивало крылатое светящееся божество Авд дзуары, у адыгов – дух Тхаухуд, у хантыйцев – богиня Мых-ими, у народности ганда – Ванга, у китайцев – Доу-му, у маньчжуров – Дайфу, у индусов – Дхатар и Рудра, у кельтов – Диан Кехт, у иранцев – Трита, у шумеров – боги Ниназу и его сын Нингишзида, у угаритян, финикийцев и израильтян – демон-врачеватель Шадрара.

Еще в Древнем Египте была известна инкубация как метод врачевания «священным сном», поскольку по преданию к больным именно во сне являлась богиня плодородия, воды, ветра и мореплавания, целительница Исида (греки отождествляли ее с Деметрой), указывая средства излечения от заболеваний. Персонификацией сна, сыном Ночи, братом Смерти и Нимесиды, согласно древнегреческой традиции, был спокойный бог Гипнос, обитавший на острове Лемнос. Его сын Морфей (божество сновидений), которого изображали в образе старика с крыльями, мог лечить «священным сном», но и мог насыпать бессоницу. С целью исцеления во сне древних греков появлялся Асклепий, при этом больные засыпали в абатоне прямо на полу, подстелив под себя шкуры жертвенных животных (коз, баранов) [3]. В хтоническом (дофессалийском, доолимпийском) этапе развития греческой мифологии сын Зевса и питомец Деметры Трофоний в лечении больных, якобы, тоже использовал инкубацию (сейчас бы сказали «гипноз»).

Представитель окружения бога медицины

Асклепия мальчик в плаще с капюшоном Телесфор (Эмверион) лечил душевнобольных исцеляющим сном и успокаивающими средствами [2]. Он имел свой храм («телесферион») в Пергаме, где и занимался «психотерапией». Культ Телесфора, как бога выздоровления, возник у франкийцев, а в последующем сохранялся в Пергаме [9]. Практически сказанное доказывает факт осознания древними греками могучей лечебной силы сна, который выделяли в отдельный фактор терапии и выздоровления. На монете правления Древнего Рима императором Марком Аврелием (со 161 по 180 год) и на некоторых других монетах того времени Телесфор представлен вместе с Асклепием маленьким мальчиком в длиннополой одежде и колпачке.

Персонификацией души в греческой мифологии была Психея (от “yuch” – душа, дыхание), которая представлялась в виде бабочки (см. выше) или птицы (чаще орла), то вылетающих из погребального костра, то отправляющихся в аид (загробный мир). Первая буква «У» имени Психеи стала символом современных психиатрии и медицинской психологии. Ее можно встретить на значках, посвященных V Всесоюзному съезду психологов (Москва, 1977 г.), всесоюзным конференциям по проблемам психиатрии (Москва, 1989 г. и 1990 г.; рис. 6), международной конференции по охране психического здоровья (Томск, 1990 г.), международному симпозиуму «Психиатрические и психологические аспекты при сердечно-сосудистой патологии» (Москва, 1985 г.), I, II (рис. 7) и III (рис. 8) всесоюзным школам молодых психиатров (Суздаль, 1979 г., 1981 г. и 1983 г.), всесоюзной школе «Психология и ЭВМ» (Москва, 1985 г.), всероссийской конференции по медицинской психологии и охране психического здоровья (Огниково, 1984 г.), всероссийской школе-семинару по психиатрии, неврологии и наркологии (Москва, 1988 г.), секции молодых ученых всероссийского научного общества невропатологов и психиатров (Москва, 1984 г.), X Кебриковским чтениям (Добрыниха, 1997 г.) и др.



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8

Необходимо отметить, что в Европе издавна от душевнобольных стремились отгородиться, отправляя их в монастыри, а с XIII века начали появляться специальные учреждения для их содержания [4]. В Лондоне людей с расстройствами психики помещали в больницу Св. Марии Вифлеемской, больше известную как «Бедлам» – искаженное Вифлеем или евр. Бетлехем (город в Палестине, где, согласно Библии, родились царь Давид и Иисус Христос) [1, 8]. На Руси таких больных называли блаженными.

Безусловно, весьма характерной чертой символизма мифов является замена причинно-следственных связей прецедентом: все оказывается результатом событий прошедшего времени,

действий его героев или богов. В этой связи миф обычно совмещает в себе повествование о прошлом (диахронический аспект) и средство объяснения настоящего (синхронический аспект). Содержание мифа мыслится сознанием того времени всегда реальным, всегда правдой. Между тем мифологические источники при всей их неточности восполняют в специфической форме исторические факты познания прошлого. У наших современников, стремящихся заглянуть в прошлое психиатрии на несколько тысячелетий назад, как раз имеются в распоряжении сохранившиеся мифы. Латинская пословица гласит: «*Se non e vero, e ben trovato*» (“Если это и не верно, то все же хорошо придумано”).

О. В. Синяченко

ПИТАННЯ ПСИХІАТРІЇ В МІФОЛОГІЇ

Донецький державний медичний університет

В роботі аналізується міфотворчість давніх народів, що стосується питань психіатрії, наводяться позитивні і негативні герої міфів, а в якості ілюстрацій подано матеріали нумізматики й фалеристики. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2005. — № 1 (15). — С. 91-95)

O. V. Sinyachenko

PSYCHIATRY IN THE MYTHOLOGICAL VIEW

Donetsk State Medical University

The myths of the ancient people with regard to psychiatric questions, the negative and positive heroes of mythological topics have been analyzing. The materials of numismatics and phaleristics have been demonstrated as illustrations. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2005. — № 1 (15). — P. 91-95)

Литература

1. Грей Р., Хэнлон Д. Наглядно о религиях.-Минск: Попурри, 2000.-224 с.
2. Грибанов Э.Д., Георгадзе В.И. Эмблемы медицины.-Тбилиси: Сабчота Сакартвело, 1979.-111 с.
3. Грибанов Э.Д. Медицина в символах и эмблемах.-Москва: Медицина, 1990.-208 с.
4. Зудгоф К. Медицина средних веков с эпохи Возрождения.-Москва: Вузовская книга, 1999.-158 с.
5. Иванов В.В., Топоров В.Н. Исследования в области славянских древностей.-Москва: Наука, 1974.-341 с.
6. Кун Н.А. Легенды и мифы Древней Греции.-Москва: Просвещение, 1975.-463 с.

7. Лосев А.Ф. Античная мифология в ее историческом развитии.-Москва: Учпедгиз, 1957.-620 с.
8. Пясецкий А.А. Медицина по Библии и Талмуду.-Санкт-Петербург, Альтшулер, 1903.-203 с.
9. Тарасонов В.М. Символы медицины как отражение врачевания древних народов.-Москва: Медицина, 1985.-120 с.
10. Токарев С.А. (ред) Мифы народов мира.-В 2-х т.-Москва.: Сов. энциклопедия, 1991-1992.-1390 с.
11. Тронский И.М. История античной литературы.-Москва: Высшая школа, 1983.-464 с.
12. Fossey C. La magi assyrienne.-Paris: Leroux, 1962.-474 p.

Поступила в редакцию 21.11.2005

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ORIGINAL INVESTIGATION

- Абрамов В.А., Жигулина И.В., Кислицкая И.И.** Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных 3
The first psychotic episode and the problems of medical and rehabilitation
- Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Сарвир И.Н.** 10
Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами
Mikhailov B.V., Chugunov V.V., Sarvir I.N. 10
The role and the place of the psychotherapy in forming of the quality of life of the patient with neurotic and psychotic disorders
- Кутько І.І., Фролов В.М., Рачкаускас Г.С.** 15
Клітинні показники імунітету у хворих на параноїдну шизофренію з наявністю терапевтичної резистентності до нейролептиків
Kutko I.I., Frolov V.M., Rachkauskas G.S. 15
Cellular indexes of immunity at patients with paranoid schizophrenia with presence therapeutic resistant to neuroleptic
- Ряполова Т.Л.** Анализ семейной тревоги в семьях больных с аффективными расстройствами 24
Ryapolova T.L. The analysis of family anxiety in families of patients with affective disorders
- Голоденко О.Н.** Эффективность комплексной терапии больных с органическими депрессивными расстройствами позднего возраста 27
Golodenco O.M. The efficiency of the therapeutic complex of the patients with organicals depressives frustrations in the late age
- Пырков С.Г., Выговская Е.М.** Применение ципралекса в лечении эмоциональных нарушений у лиц с хронической почечной недостаточностью, находящихся на лечении гемодиализом 32
Pyrkov S.G., Vygovskaya E.M. Application of zipralex in treatment of emotional disorders at the persons with chronic renal insufficiency, receiving treatment by a haemodialysis
- Михайлов Б.В., Федосеев В.А., Филык В.С., Харченко И.В., Кашинский А.А., Гуменко Н.М.** Применение препарата эсциталопрам в лечении больных с аффективными и невротическими расстройствами 38
Mikhailov B.V., Fedoseev V.A., Filuk V.S., Harchenko I.V., Kashinsky A.A., Gumenko N.M. Application of a drug Escitalopram in treatment of the patients with affectiv and somatic disorders
- Бурцев А.К.** О роли алекситимии в формировании личностных характеристик больных псориазом 43
Burtsev A.C. About the role of alexitymia in forming of personality characteristics in patients with psoriasis
- Денисов Е.М.** Принципы психообразовательной терапии больных параноидной шизофренией в условиях психиатрического стационара 49
Denisov E.M. The principles of psychoeducation therapy of patients with paranoid schizophrenia in the psychiatric hospital
- Кзаков В.Н., Кутько И.И., Лях Ю.Е., Панченко О.А., Гурьянов В.Г.** Нейросетевой анализ результатов медико-психологического обследования шахтеров 56
Kazakov V.N., Kutko I.I., Liakh Y.E., Panchenko O.A., Gurianov V.G. Analysis the results of psychological examination of the miners by means of neural networks
- Дрозд Ю.Г., Бабюк И.А.** К проблеме злоупотребления алкоголем и табаком учащимися профессионально-технических училищ 60
Drozd Yu.G., Babuk I.A. To a problem of abusing by alcohol and tobacco by the pupils of technical training colleges
- Васякина Л.А.** Особенности личности супругов при миоме матки у жены 64
Vasyakina L.A. Personal peculiarities of married couples in the cases of uterine myoma in a wife
- Писаная Н.Р.** Формирование и функционирование семьи при соматизированном расстройстве у женщин 70
Pysanaya N.R. Forming and functioning family at the somatized distress in women
- Рудницкий Р.И.** Особенности сексуальности мужчин с зависимым расстройством личности и супружеская дезадаптация 76
Rudnitsky R.I. Peculiar properties of sexuality of men with dependent distress of personality and spouses desadaptation

Каденко О.А. Сексуальная абстиненция у мужчин как причина супружеской дезадаптации и внебрачных связей женщин **80** **Kadenko O.A.** Sexual abstinence in men as a cause of spouses desadaptation and women extramarital relations

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Скрипніков А.М., Сонник Г.Т., Рудь В.О., Казаков О.А., Исаков Р.І. Особливості виникнення і перебігу іпохондричних розладів невротичного регістру **83** **Skripnikov A.N., Sonnik G.T., Isakov R.I.** The singularities of development and the course of hypochondriac disorders of neurotic register

Кокотова Е. А. Особенности проявлений профессионального выгорания у среднего медицинского персонала психиатрических отделений в связи с уровнем социального самоконтроля **85** **Kokotova E.A.** Peculiarities of the signes of professional burn-out in the psyhiatrical nourses in the connection with the level of the social self-control

Каденко О.А. Причины и характер внебрачных связей женщин при супружеской дезадаптации **88** **Kadenko O.A.** Causes and a character of fornications of women at the spouses desadaptation

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ

PAGES OF HISTORY

Синяченко О.В. Вопросы психиатрии в мифологии **91** **Synyachenko O.V.** Psychiatry in the mythological view

СОДЕРЖАНИЕ

96 CONTENTS

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, повторов, 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 ДонГМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

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

Редколлегия журнала