

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 4 (31), 2012 г.

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

ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

О. В. Абрамов (відповідальний секретар), І. О. Бабюк, М.П. Бєро, Ю.В. Думанський, Б. Б. Івнєв, В. М. Казаков, Б.В.Михайлов, В. Б. Первомайський, В. С. Підкоритов, Т. Л. Ряполова, І. К. Сосін, І.І. Зінкович, Л. Ф. Шестопалова, Л. М. Юр'єва, С.В. Тітєвський

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

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

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 15891-4363 ПР від 13.11.2009р.

Наукове фахове видання в якому можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (Затверджено постановою президії ВАК України від 14.04.2010р. № 1-05/3)

Рекомендовано до друку та поширення через мережу інтернет Вченою радою Донецького Національного медичного університету ім.М.Горького (протокол № 7 від 26.10.2012р.).

Адреса редакції:

Україна, 83037, м. Донецьк, вул. Одінцова, 19. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету. Тел./факс: (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

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

сайт журналу: psychiatry.dsmu.edu.ua

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

СОДЕРЖАНИЕ	3	CONTENTS
ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ		PROBLEM ARTICLE
Абрамов В.Ан., Лихолетова О.И., Пуятин Г.Г., Шелестова М.А., Абрамов В.Ал. Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы	5	Abramov V.A., Liholetova O.I., Putiatin G.G., Shelestova M.O., Abramov V.Al. Personality-oriented psychiatry: tsinnostno-humanistic approaches
ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ		ORIGINAL INVESTIGATION
Бачериков А.М., Лінський І.В., Матюзок Е.Г., Карамушко І.В., Лакинський Р.В., Ткаченко Т.В., Малихіна Н.А. Спроби навмисного самоотруєння у Харкові (2011 рік)	17	Bacherikov A.N., Linskiy I.V., Matuzok E.G., Karamushko I.V., Lakynskyi R.V., Tkachenko T.V., Malykhina N.A. Attempts of the intentional self-poisoning are in Kharkov (2011 year)
Очколяс В.И. Психологические характеристики больных пожилого возраста с доброкачественной гиперплазией предстательной железы и непсихотическими психическими расстройствами	24	Ochkolyas V.I. Psychological characteristics of elderly patients with benign prostatic hyperplasia and non-psychotic mental disorders
Піонтковська О. В. Професійний дистрес та синдром вигорання у лікарів, які працюють у сфері дитячої онкології	29	Piontkovskaya O.V. Professional distress and burnout syndrome in doctors working in the field of pediatric oncology
Пономарёв В.И., Варибрус В.З. Клиническая характеристика эрогенных зон, копулятивных индивидуальных и партнерских циклов при сочетанном расстройстве психосексуального развития (в форме нарушения сексуального тактильного предпочтения) и алкогольной зависимости у женщин	36	Ponomaryov V.I., Varibrus V.Z. The clinical characteristic of erogenic zones, copulative individual and partner cycles in combined disorder of psychosexual development (in form of disturbance of sexual tactile preference) and alcohol addiction of women
Продан М.И. Эмоциональная складова професійної дезадаптації у середнього медичного персоналу, що працює з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання	43	Prodan M.I. Emotional component of professional exclusion in nursing staff working with especially dangerous infectious diseases patients
Савіна М.В. Самопізнання в структурі «я» концепції у хворих з дитячим церебральним паралічем	49	Savina M.V. The self-cognition in the structure of the self-conception in the patients with the infantile cerebrale
Омельянович В.Ю. Взаимосвязь функционирования процессов эмоционального выгорания и выраженности алекситимических тенденций у сотрудников органов внутренних дел и курсантов вузов системы МВД	55	Omelyanovich V.Yu. Functioning relationship between processes of emotional burnout and intensity of alexithymia trends among internal affairs body employees and HEI cadets of the MIA system
Огоренко В.В. Компьютерная психометрическая оценка реагирования на соматические заболевания у больных с опухолями головного мозга	60	Ogorenko V.V. Computer psychometric assessment of the reaction at the somatic disease in the patients with brain tumors
Ряполова Т.Л., Лепшина Е.А. Роль социально-демографических и клинико-психопатологических факторов в формировании комплаенса	66	Ryapolova T.L., Lepshina E.A. The role of social-demographic, clinical and psychopathological factors in compliance formation in

у больных мультирезистентным туберкулезом легких

Васильсва Г.Ю. Ефективність корекції емоційних порушень у жінок, які страждають на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери

Голоденко О.Н. Изучение особенностей мотивационной деятельности у студентов-медиков с различным уровнем знаний

Ряполова Т.Л., Алексийчук А.И. К вопросу обращения за психиатрической помощью больных с соматоформными расстройствами

Рыткис И.С. Стрессоустойчивость и формирование табачной зависимости у студенческой молодежи

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

Кочарян Г.С. Ингибиторы обратного захвата серотонина в терапии преждевременной эякуляции

Титиевский С.В. Анализ механизмов бреда-образования на основе взглядов Клауса Конрада

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

Абрамов А.В. История клинической психиатрической терминологии в середине XIX века

patients with multi-drug-resistant tuberculosis

71 Vasilyeva A. Effective correction of emotional disorders in female patients, suffering from cancer gynaecologic localisation

77 Golodenko O.N. Studying of motivational activity features at medical students with various knowledge level

81 Ryapolova T.L., Alekseychuk A.I. The question of seeking psychiatric help of patients with somatoform disorders

86 Ritkis I. Stress tolerance and formation of tobacco dependence in students

SCIENTIFIC REVIEWS

91 Kocharyan G.S. Serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation

99 Titievsky S.V. The analysis of mechanism of delusions' formation according to Klaus Conrad's approach

HISTORY MEDICINE

106 Abramov A.V. History clinical psychiatrycal terminology in the middle of the XIX century

ПРОБЛЕМНЫЕ СТАТЬИ

УДК 616.89-008:615.851

*В. Ан. Абрамов, О. И. Лихолетова, Г.Г. Путьтин, М.А. Шелестова, В. Ал. Абрамов***ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХИАТРИЯ: ЦЕННОСТНО-ГУМАНИСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: личность, гуманизм, психиатрия, психотерапия

Институциональная программа Всемирной психиатрической ассоциации «Личностно-ориентированная психиатрия: от клинической помощи к охране общественного здоровья» (IPPP), одобренная Генеральной Ассамблеей в 2005 году, делает центром и основной мишенью клинической помощи целостную личность пациента, взятую в контексте ее функционирования на уровне отдельного индивида и общества. Из этого вытекает необходимость использования при оказании психиатрической помощи научных и гуманистических подходов; при этом личностно-ориентированная психиатрия должна рассматриваться как долговременная инициатива, направленная на то, чтобы инновационным образом изменить основной фокус приложения усилий в психиатрии, согласовав их с глубинной сущностью этой дисциплины (1,2).

В рамках концептуального компонента программы IPPP предусматривается интенсификация исследований позитивных аспектов здоровья и целостных особенностей личности по следующим направлениям:

а) исторический подход: эволюция личностно-центрированных подходов в психиатрии; б) философский подход: глубокое обоснование здоровья и личностно-центрированной помощи; в) этический и ценностный (антистигматизационный) подход: аксиологическое вовлечение личностно-ориентированной психиатрии; г) биологический подход: генетические, молекулярные и физиологические основы личностно-ориентированной психиатрии, включающие индивидуализированное понимание болезни, здоровья и процессов помощи; д) психологический подход: феноменологические, обучающие и другие психологические основы личностно-ориентированной помощи; е) социально-культурный подход: контекстуальная структура широкого понимания здоровья и плюралистическое значение личнос-

ти в медицине; ж) подход всех заинтересованных лиц (участников сферы психического здоровья): интерактивная вовлеченность в развитие и использование личностно-ориентированных концепций и методов всех заинтересованных лиц, в том числе пациентов и их родственников, специалистов и руководителей службы, представителей медицинской индустрии и социальных защитников.

Концепция личностно-ориентированной психиатрии исходит из того, что ценность и достоинство личности должны стать важной отправной точкой действий по охране общественного здоровья. Эти идеи нашли отражение в названии 14-го Всемирного конгресса по психиатрии (Прага, 2008) «Наука и гуманизм для личностно-центрированной психиатрии», на котором продекларирована необходимость выполнения поставленных перед психиатрией задач на высоком научном, гуманистическом и этическом уровне (3-5).

В настоящее время становится все более очевидным, что в связи с реформированием украинской психиатрии в направлении ее дальнейшей гуманизации, принятием биопсихосоциальной модели психических расстройств, приоритетным развитием психосоциального лечебно-реабилитационного направления требуется более активная разработка гуманитарного аспекта психиатрической помощи. Это означает, что при диагностике и терапии необходим более широкий подход с использованием данных не только клинической психиатрии и клинической психологии, но и данных социальной психологии, социологии, культурологи, этики, эстетики, педагогики. Современная стратегия деятельности психиатра должна быть основана на понимании единства естественнонаучного и гуманитарного знания, на использовании всего арсенала наук о человеке (6,7).

Исходя из этого, одним из важнейших принципов оказания психиатрической помощи надлежащего качества является гуманное отношение к больному. В то же время, реальная клиническая практика на всех её этапах сопровождается стигматизирующими больного эффектами, снижающими качество его жизни, затрудняющими процесс выздоровления и сохранения идентичности личности.

Гуманизация и стигматизация – взаимоисключающие понятия: стигматизация – прямое следствие дегуманизирующих аспектов психиатрической помощи, а использование ценностно-гуманистических подходов к психиатрическому вмешательству является надёжной преградой стигматизации. Вывод очевиден: недекларативный путь предупреждения стигмы – это адекватное этико-правовое сопровождение в рамках личностно-ориентированного лечения больного. Такой подход, по нашему мнению, должен быть определяющим элементом функционирования системы психиатрической помощи на всех уровнях её оказания. Поэтому в системе реформирования психиатрической помощи должны быть представлены дестигматизирующие механизмы тех или иных нововведений.

Область ценностей – это вся область человеческого существования. В свете гуманистического мировоззрения главным признаком ценности является наличие в ней благотворных для человека качеств, свойств, возможности использовать эту ценность во благо человека, или способность соединиться с положительными качествами индивида. Благотворным же для человека, соответственно его положительными свойствами считается всё то, что способствует жизнедеятельности индивида, его гармоничной жизни. Общей чертой ценности гуманизма является заключенная в них человечность, связанная с утверждением жизни, положительными качествами людей, отношениями добра.

В этой связи возникает вопрос, можно ли рассматривать традиционную для Украины медицинскую модель психиатрической помощи, ориентированную на клиничко-биологические особенности психического заболевания и медикаментозное лечение в качестве модели помощи благотворной для жизни человека, а, следовательно, соответствующей его интересам и ценностям? Естественно, что ни психическое расстройство, ни психиатрическая помощь не могут считаться ценностью для пациента. Значимым для него остаётся внутренний мир с его свободами, достоинством, предпочтениями, по-

требностями, целями и другими человеческими качествами. Однако именно эти качества оказываются наиболее уязвимыми при осуществлении психиатрического вмешательства в его традиционной форме.

С этой точки зрения традиционная психиатрическая помощь, включающая в себя изоляционно-ограничительные атрибуты, такие феномены как стигматизация, патернализм, дискриминация не может оцениваться как благотворная для человека и соответствующая гуманистическому мировоззрению. Это относится и к диагностическим заключениям, не учитывающим индивидуальных особенностей пациента, и к различным формам психиатрического вмешательства, игнорирующим личностный подход к пациенту и его лечению.

И фактически, и по субъективному впечатлению многих пациентов, психиатрическая помощь содержит крайне мало компонентов, которые могли бы рассматриваться с позиций человечности или ценности. Напротив, начиная с первых контактов с психиатрической службой, в сознании больного формируется система псевдо- или антиценностей, связанных с тотальной их стигматизацией и многочисленными рисками психиатрического вмешательства для последующей жизнедеятельности больного и его личностного функционирования. В частности, использование в качестве диагностической конструкции категориального (нозо-синдромального) диагноза, хотя бы по причине его обезличивающего содержания, не является ценностью, так как он не содержит благотворных для человека качеств и возможности использовать эту конструкцию во благо человека. Псевдоценностями являются виртуальные государственные гарантии защиты прав, свобод, и интересов пациентов, клинические протоколы оказания психиатрической помощи с приоритетной ориентацией на биологическое лечение, процедуры недобровольной госпитализации в психиатрическую больницу, патерналистические и манипулятивные отношения к пациентам, декларированные, но не реализуемые на практике рекомендации психосоциальных подходов к лечению.

Такому положению способствует не только содержание самой психиатрической помощи, но и довольно распространенные взгляды на психиатрию как на сферу деятельности, не приносящую положительных результатов. Однако главным приоритетом на пути реализации ценностно-гуманистических подходов к оказанию психиатрической помощи в Украине, на наш

взгляд, является её неприоритетность в системе наук и медицинских практик, методологическая и концептуальная неопределенность представлений о сущности психических расстройств и соотношении биологических, психологических, личностных и социальных факторов в их возникновении, а также отсутствие у медицинского персонала психиатрических учреждений желания и способности воспринимать пациента как личность, субъекта переживаний, а не как объекта вмешательства (субъект-объективная позиция между врачом и пациентом).

В то же время ценностный подход к пациенту является базовым принципом, позволяющим реализовать на практике терапевтически правильное взаимодействие (сотрудничество, партнерские отношения) с пациентом, направленное не только на защиту его прав и законных интересов, но и на оптимальное восстановление жизнедеятельности. Ценности пациента, обратившегося за психиатрической помощью, это то, что при сложившихся обстоятельствах является для него субъективно важным, приоритетным. От системы его ценностей зависит как он воспринимает факт установления психиатрического диагноза, госпитализацию в больницу, социальные риски и т.п., а также какие стратегии совладания с болезнью он изберет. При этом терапевтический ресурс врача, уровень его понимания проблем пациента непосредственно определяется тем, насколько совпадают их системы ценностей.

При возникновении психического расстройства с прогнозируемой неблагоприятной его динамикой и социальными ограничениями у пациента возникает конфликт между доболезненным спектром и иерархией жизненных ценностей-целей и ценностями, отражающими вхождение в период «жизни с болезнью» (конфликт ценностей). Этот конфликт, как правило, затрагивает такие ценности человека как активную, деятельную жизнь, здоровье, любовь, материальную обеспеченность, наличие хороших и верных друзей, общественное признание, сферу развлечений, свободу, семейную жизнь, уверенность в себе.

При оказании психиатрической помощи в традиционно стигматизирующих условиях, способствующих постепенному формированию кризиса идентичности личности, у больных происходит пересмотр («ломка») всей системы ценностей. От многих позитивных, приоритетных до болезни ценностей им приходится (они вынуждены) отказаться из-за трудностей их реали-

зации по причине изменившихся возможностей, жизненных обстоятельств и низкой самооценки. Совокупность этих факторов способствует существенной коррекции выборов пациента его жизненного пути в направлении формирования зависимости от окружающих, вынужденной социальной отгороженности, утраты ролевых функций.

Формирование новых ценностей (как правило, на сниженном уровне функционирования) происходит через этапы надежды, поиска виновного, паники. Основная терапевтическая задача здесь заключается в противодействии полному разочарования, утрате жизненных стимулов и в поиске новых ценностных ориентиров, позволяющих приспособиться к изменившимся условиям, преодолеть кризис и сохранить приемлемый уровень качества жизни. Эта задача не может быть решена в рамках традиционной медицинской модели психиатрической помощи, ориентированной не на больного, а на болезнь. В то же время она становится вполне реальной для выполнения при личностно-центрированном ценностном подходе к диагностике психического расстройства и непосредственному психиатрическому вмешательству.

Декларируемый Законом Украины о психиатрической помощи принцип гуманизма, означает, что она должна оказываться, прежде всего, в интересах лица, страдающего психическим расстройством и с соблюдением его человеческого достоинства. Однако психиатрическая практика в Украине в силу объективных и субъективных причин весьма далека от реализации этого принципа. Основными причинами дегуманизации психиатрической помощи, на наш взгляд являются:

- ориентация специалистов, оказывающих психиатрическую помощь на клиничко-биологический субстрат болезни с явной и существенной недооценкой (если не полным игнорированием) индивидуально личностных особенностей больного и его жизненных обстоятельств;
- неприоритетность этико-гуманистических подходов в системе мер психиатрического вмешательства; отсутствие этико-правовых и ценностно-гуманистических стандартов психиатрической помощи;
- отсутствие специальной теоретической подготовки медицинского персонала в вопросах этико-гуманистических подходов к оказанию психиатрической помощи;
- отсутствие внутреннего и внешнего контроля за соблюдением основных принципов ока-

зания психиатрической помощи.

Принцип гуманизма при оказании психиатрической и психотерапевтической помощи может быть реализован только на основе экзистенциально-гуманистической теории личности и феноменологического подхода к взаимодействию с пациентом. Экзистенциализм и гуманизм, безусловно, не одно и то же: и название «экзистенциально-гуманистический» фиксирует не только их нетождественность, но и принципиальную общность, которая состоит прежде всего в признании за человеком свободы построения своей жизни и способности к этому. Более или менее близкие по духу идеи содержит и другое психологическое направление – феноменология, основоположником которой является Э. Гуссерль. С определенными оговорками можно сказать, что ключевая идея этого направления – неразрывность и в то же время взаимная несводимость, нередуцируемость сознания, человеческого бытия, личности и предметного мира. Общим моментом для экзистенциализма, гуманизма и феноменологии является обращение к индивидуальному переживанию. Ниже приведены обобщенные характеристики различных составляющих экзистенциально-гуманистической парадигмы и феноменологического подхода в психологии, психиатрии и психотерапии.

Экзистенциальный подход. Экзистенциальная психология – направление в психологии, которое исходит из уникальности конкретной жизни человека, несводимой к общим схемам. Понятие «экзистенция» обозначает осознание внутреннего бытия человека в мире, подлинность человеческого существования. Объектом науки (философии, психологии), по мнению экзистенциалистов, должен стать субъект, который выступает не как продукт социальных отношений или биологического развития, а как неповторимая личность, познание которой достигается только через интуитивное переживание... Предметом философии и психологии должен стать не объективный мир, а «бытие» (экзистенция), которое не может быть достигнуто рассудочным – научным мышлением; оно познается лишь непосредственно (8).

Основоположник экзистенциальной психологии Л. Бинсвангер, по мнению Ю.В. Тихонравова (9), отвергает сам принцип каузального объяснения психических явлений, ибо субъективный смысл и причинность, по его мнению, исключают друг друга. Объективистские концепции не дают истинного понимания душевной жизни невротика. Опыт индивида не должен сводить-

ся к научным понятийным конструкциям, а интерпретироваться в его собственных терминах. Сколь бы странным не казался мир того или иного человека, он всегда должен быть понят как осмысленный через сознание нужд, забот, тревог, эмоций этого человека. В нем всегда присутствуют внутреннее пространство и время, специфическая окраска, настроенность на других людей. Нет реальности для всех одинаковой и в этом смысле «нормальной», как полагают традиционная психиатрия и вслед за ней психоанализ. В данном описании позиции Л.Бинсвангера отчетливо виден взгляд на человека как существо уникальное и единственно представленное, и, в силу этого, появляется и особый метод работы с невротическими личностями: «Для экзистенциальной психиатрии лечение болезни неотделимо от понимания, а понять сущность, феномен, идею или опыт, по Бинсвангеру – значит «подойти к объекту понимания на его языке, увидеть в нем структуры, возникающие из него самого, а не из нас. Понять объект – значит участвовать в нем, пока он не откроет свою сущность понимающему» (10).

Позицию понимания и принятия субъективного мира пациента в психиатрии отстаивал так же и Рональд Лэнг – психиатр, а позднее, «антипсихиатр», основоположник примыкающего к экзистенциальной психологии движения антипсихиатрии, в которой врач может многому научиться у своего пациента. Антипсихиатрия выступала как ответ на сугубо медикаментозное лечение психических заболеваний, и, следовательно, субъект-объектную позицию между врачом и пациентом соответственно. «Клинический фокус достаточно узок и охватывает лишь некоторые из путей шизоидного существования и перехода к шизофреническому с отправной шизоидной точки. Однако описание эпизодов, пережитых пациентами, имеет целью показать, что эти случаи нельзя полностью охватить методами клинической психиатрии и психопатологии в их теперешнем состоянии, а наоборот, для демонстрации их подлинно человеческих уместности и значимости необходим экзистенциально-феноменологический метод» (11).

Мощное развитие экзистенциальной парадигмы в психологии и психиатрии принадлежит В. Франклу (12). Благодаря богатейшему и сложнейшему опыту своей жизни, он разработал внутри психологии и психотерапии категорию смысла и его утраты. На основе этого им был выделен особый вид невроза – логоневроз, или невроз утраты смысла существования, который

стал бичом послевоенного поколения.

Сообразно представлениям о логоневрозе, В. Франкл создает и метод борьбы с ним – логотерапию, основным средством которой является выработка у человека адекватного отношения к любой ситуации, вплоть до самой критической. Так же, человек обретает смысл, по мнению Франкла, благодаря творчеству или благодаря переживаниям, в частности, любви. Попадая в те или иные обстоятельства, человек не всегда способен изменить что-либо в них, но он безусловно ответственен за то отношение, которое он по отношению к ним занимает. И в выборе этого отношения человек абсолютно свободен.

Именно дихотомия «свобода-ответственность» является одной из ключевых для понимания идей В. Франкла. «Экзистенциальный анализ не признает человека свободным, не признавая его в то же время ответственным. Это означает, что человеческая свобода не тождественна не только всемогуществу, но и произволу». В разных работах Франкл предлагает несколько разные формулировки понятия свободы, однако общий их смысл – это свобода слушать свою совесть и принимать решения о своей судьбе; это свобода изменяться, свобода быть таким и не быть каким-либо иным. А главное, человек наделен свободой принять на себя ответственность за тот выбор, который он осуществляет, за аутентичность его бытия, за нахождение и реализацию смысла своей жизни.

В. Франкл постулировал «принцип самотрансценденции» в противовес «принципу гомеостаза»: «В противоположность теории гомеостаза напряжение не является чем-то, чего нужно, безусловно, избегать, а внутренняя гармония, душевный покой не является чем-то, что нужно безоговорочно признавать. Здоровая доза напряжения, такого, например, которое порождается смыслом, который необходимо осуществить, является неотъемлемым атрибутом человечности и необходима для душевного благополучия» (12). С другой стороны, неспособность человека найти личностный смысл, а также невозможность реализовать свои жизненные и морально-нравственные потребности приводят к развитию устойчивых состояний, в основе которых лежат переживания отчаяния, тоски, безнадежности, апатии. В то же время переживания, связанные с высокими устремлениями, идеалами, как и социальные чувства, способны не только повысить устойчивость психики человека к различным внешним воздействиям, но и преодолеть его соб-

ственную биологическую ограниченность (13).

В обобщенной форме основные утверждения экзистенциальной теории могут быть сведены к следующему (8):

1. Человеческая психика, сознание не могут быть сведены к физиологическим механизмам.
2. Человеческое действие всегда обладает значимостью (или стимулом), в котором находит свое отражение отношение человека к окружающему.
3. Специфически человеческим является «рефлектирующее» сознание, посредством которого человек высвобождается из ситуации и противостоит ей.
4. Человек не может рассматриваться изолированно от окружающего мира, с которым он находится в постоянном взаимодействии.

И. Ялом выделяет четыре основных узла экзистенциалистских проблем, пути решения которых изучает экзистенциальная психология. Это: 1) проблемы времени, жизни и смерти; 2) проблемы свободы, ответственности и выбора; 3) проблемы любви, общения и одиночества; 4) проблемы смысла и бессмысленности существования (14).

Т. Грининг более подробно раскрывает различные варианты интерпретации проблемных областей человеческой жизни, которые называет «вызовами»: «Первый – это проблема жизни и смерти. Суть ее заключается в том, что мы живем, но мы умрем... Второй – проблема смысла и абсурда. У нас есть некая осознанная способность и желание обрести смысл, но мы живем в таком странном, иногда хаотичном мире, который предлагает много разных схем осмысления, а иногда и вообще отрицает смысл. Третий – это проблема свободы и детерминизма... Мы живем в мире, который дает нам возможность свободы и одновременно ограничивает ее. Четвертый – проблема общения и одиночества...» (15).

Систематизация основополагающих принципов экзистенциализма позволила Дж. Бюдженталу (16), одному из наиболее ярких представителей этого направления, разработать своеобразный подход к экзистенциально-гуманистической психотерапии (ЭГП), которую он назвал жизнеизменяющей терапией. Суть ее сводится к следующему.

1. За любыми частными психологическими трудностями в жизни человека лежат более глубокие (и не всегда явно осознаваемые) экзистенциальные проблемы - проблемы свободы выбора и ответственности, изолированности и взаи-

мосвязанности с другими людьми, поиска смысла жизни и ответов на вопросы: Что я есть? Что есть этот мир? И т.д. В ЭГП терапевт проявляет особый экзистенциальный слух, позволяющий ему за фасадом заявленных проблем и жалоб пациента уловить эти скрытые экзистенциальные проблемы и призывы. В этом и состоит смысл жизнеизменяющей терапии: пациент и терапевт совместными усилиями пытаются помочь первому понять способ, которым он отвечал на экзистенциальные вопросы своей жизни, и пересмотреть некоторые из ответов таким образом, чтобы сделать жизнь больного более аутентичной и более полноценной.

2. ЭГП основывается на признании человеческого в каждом человеке и изначальном уважении к его уникальности и автономии. Это также означает осознание терапевтом того, что человек в глубинах своей сущности безжалостно непредсказуем и не может быть познан до конца, так как сам может выступать источником изменений в собственном бытии, разрушающих объективные предсказания и ожидаемые результаты.

3. В центре внимания терапевта, работающего в ЭГП, находится субъективность человека, внутренняя автономная и интимная реальность, в которой мы живем наиболее искренне. Субъективность – это наши переживания, стремления, мысли, тревоги все, происходящее внутри нас и определяющее то, что мы делаем вовне, а главное – что мы делаем из того, что с нами случается. Субъективность пациента и есть главное место приложения усилий терапевта, а его собственная субъективность главное средство помощи клиенту.

4. Не отрицая большого значения прошлого и будущего, ЭГП ведущую роль отводит работе в настоящем с тем, что в данный момент действительно живет в субъективности человека, что актуально здесь и теперь. Именно в процессе непосредственного проживания в том числе и событий прошлого или будущего могут быть услышаны и полноценно осознаны экзистенциальные проблемы.

5. ЭГП задает скорее определенную направленность локус осмысления терапевтом происходящего в терапии, нежели определенный набор техник и предсказаний. По отношению к любой ситуации можно занять (или не занять) экзистенциальную позицию. Поэтому этот подход отличается удивительным разнообразием и богатством используемых психотехник, включая даже такие, казалось бы нетерапевтические дей-

ствия как совет, требование, инструктаж и т.д.

Гуманистический подход. Внутри психологического знания, гуманистическая психология появилась в противопоставление психоанализу и бихевиоризму как редукционистским и механическим течениям. Первые работы психологов-гуманистов приходится на 50-е годы XX столетия, однако расцвет данного направления произошел в конце 60-х – начале 70-х годов (15).

Суть этого подхода, прежде всего в признании за человеком свободы построения своей жизни и способности к этому, в понимании человека как целостного единства тела, психики и духа. Представители гуманистического направления склонны видеть человека существом природно активным, борющимся, самоутверждающимся, повышающим свои возможности, способным к позитивному росту. Основными предметами анализа в гуманистических подходах выступают: высшие ценности, самоактуализация личности, творчество, любовь, свобода, автономия, психическое здоровье, межличностное общение. Главным источником развития личности гуманистическая психология считает врожденные тенденции к самоактуализации. Развитие личности есть разворачивание этих тенденций.

Основные методологические принципы гуманистической психологии формулируются следующим образом:

1. Человек целостен;
2. Ценны не только общие, но и индивидуальные случаи;
3. Главной психологической реальностью являются переживания человека;
4. Человеческая жизнь – единый процесс;
5. Человек открыт к самореализации;
6. Человек не детерминирован только внешними ситуациями.

Описав основные принципы гуманистической психологии, А. Г. Маслоу (17) предрешил в качестве модели личности ответственного человека, свободно делающего свой жизненный выбор. Он (18) понимает личность человека как явление уникальное, единственное и неповторимое. Он выделил два типа потребностей, лежащих в основе развития личности: «дефицитарные», которые прекращаются после их удовлетворения, и «ростовые», которые, напротив, только усиливаются после их реализации. Всего, по К. Маслоу существует пять уровней мотивации:

- 1) физиологический (потребность в еде, сне);
- 2) потребности в безопасности (потребность в квартире, работе);

3) потребности в принадлежности, потребность одного человека в другом, например в создании семьи;

4) уровень самооценки (потребность в самоуважении, компетенции, достоинстве);

5) потребность в самоактуализации (метапотребности в творчестве, красоте, целостности и т.д.).

Потребности первых двух уровней относятся к дефицитарным, третий уровень потребностей считается промежуточным, на четвертом и пятом уровнях находятся ростовые или метапотребности.

В более поздний период К. Маслоу формулирует представление о двухфакторной модели потребности в рамках обновленной теории мотивации, в которой в один класс включены «базовые потребности» (в пище, привязанности, защите и т.д.), к другому же классу относятся «метапотребности» - потребности в справедливости, доброте, красоте и т.д. При неудовлетворении метапотребностей человек обнаруживает симптомы метапатологии – отчужденность, апатия, цинизм и т.д.

Деятельность по удовлетворению метапотребностей К. Маслоу называет самоактуализацией – эвристическим термином, прочно вошедшим в современную психологию. Принципиальным для понимания гуманистического подхода в психологии и психиатрии является то, что самоактуализация – это не только конечное состояние, но и сам процесс актуализации потенциалов индивида в любое время, в любой степени. Если имеющийся уровень самоактуализации – это реализация человеком своей родовой сущности через актуализацию уже заложенных в него потенциалов, тогда можно с уверенностью сделать вывод об изначальной «заложенности» в человеке того, что можно «актуализировать», тех корней, благодаря которым осуществляется «личностный рост». Этот потенциал выражается в инстинктивных метапотребностях, направляющих жизнь человека в определенное русло позитивного развития. Уже в самих терминах «самоактуализация» и «рост» заложены эти отношения.

По мнению гуманистов, решающего возрастного периода не существует, личность формируется и развивается в течение всей жизни. Но ранние периоды жизни (детство и юношество) играют особую роль в развитии личности. В личности доминируют рациональные процессы, где бессознательное возникает лишь временно, когда по тем или иным причинам

блокируется процесс самоактуализации. Гуманисты считают, что личность обладает полной свободой воли. Человек осознает себя, осознает свои поступки, строит планы, ищет смысл жизни. Человек – творец собственной личности, творец своего счастья.

Внутренний мир человека, его мысли, чувства и эмоции для гуманистов не есть прямое отражение действительности. Каждый человек интерпретирует реальность в соответствии со своим субъективным восприятием. Внутренний мир человека в полной мере доступен только ему самому. Основу действий человека составляют субъективное восприятие и субъективные переживания. Только субъективный опыт является ключом к пониманию поведения конкретного человека.

В гуманистической модели личности основными концептуальными «единицами» выступают:

1) «реальное Я» - совокупность мыслей, чувств и переживаний «здесь и сейчас» (19);

2) «идеальное Я» - совокупность мыслей, чувств и переживаний, которые человек хотел бы иметь для реализации своего личностного потенциала.

3) потребности в самоактуализации - врожденные потребности, определяющие, рост и развитие личности (18).

Хотя «реальное Я» и «идеальное Я» являются довольно размытыми понятиями, тем не менее, существует способ измерения их конгруэнтности (совпадения). Высокий показатель конгруэнтности свидетельствует об относительно высокой гармонии «реального Я» и «идеального Я» (о высокой самооценке). При низких же значениях конгруэнтности (низкой самооценке) отмечается высокий уровень тревожности, признаки депрессии.

При рождении обе подструктуры структуры «Я» полностью конгруэнтны, и поэтому человек изначально добр и счастлив. Впоследствии, благодаря взаимодействию, с окружающей средой, расхождения между «реальным Я» и «идеальным Я» могут приводить к искажению восприятия реальности – субцепции, по терминологии К. Роджерса. При сильных и длительных расхождениях между «реальным Я» и «идеальным Я» могут возникать психологические проблемы (20).

Целостность личности достигается тогда, когда конгруэнтность «реального Я» и «идеального Я» приближается к единице. Целостность личности – основное качество «полностью фун-

кционирующей личности». Смысл воспитания и коррекции личности состоит в развитии целостной личности.

Целостная личность, во-первых, стремится к установлению хорошего психологического контакта со своими друзьями и близкими, к раскрытию им своих скрытых эмоций и тайн; во-вторых, четко знает, кто она есть на самом деле («реальное Я») и кем хотела бы быть («идеальное Я»); в-третьих, максимально открыта к новому опыту и принимает жизнь такой, как она есть «здесь и сейчас»; в-четвертых, практикует безусловное позитивное отношение ко всем людям; в-пятых, тренирует в себе эмпатию к другим людям, т.е. пытается понять внутренний мир другого человека и смотреть на другого человека его глазами. Целостную личность характеризуют: 1) эффективное восприятие реальности; 2) спонтанность, простота и естественность поведения; 3) ориентация на решение проблемы, на дело; 4) постоянная «детскость» восприятия; 5) частые переживания «пиковых» чувств, экстаза; 6) искреннее желание помочь всему человечеству; 7) глубокие межличностные отношения; 8) высокие моральные стандарты.

Таким образом, в гуманистической психологии, личность – это внутренний мир человеческого «Я» как результат самоактуализации, а структура личности – это индивидуальное соотношение «реального Я» и «идеального Я», а также индивидуальный уровень развития потребностей в самоактуализации.

На определенном наборе идей гуманистической психологии базируется гуманистическая психотерапевтическая практика. Ключевым для нее является понимание того, что каждый человек уникален, неповторим, что высшая ценность – это жизнь конкретного человека и его самоактуализация – то есть способность максимально реализовать свои способности и стремления.

Одно из базовых убеждений гуманистически ориентированных специалистов заключается в том, что каждый человек содержит в себе потенциал выздоровления. При наличии определенных условий, человек может самостоятельно и в полной мере реализовать этот свой потенциал. Поэтому работа гуманистического психотерапевта направлена, прежде всего, на создание благоприятных условий для реинтеграции личности в процессе терапевтических встреч.

Лечебными факторами в работе гуманистического психотерапевта являются, прежде всего, безусловное принятие пациента, поддержка, эмпатия, внимание к внутренним переживаниям,

стимулирование осуществления выбора и принятия решений, подлинность. Однако, при кажущейся простоте, гуманистическая психотерапия основана на серьезной философской базе и использует чрезвычайно широкий набор терапевтических технологий и методов. Усилия психотерапевта при этом должны быть направлены на личностный рост пациента, а не просто на устранение каких-либо болезненных симптомов.

Гуманистическая психотерапия помогает найти себя, улучшить качество жизни, восстановиться после психологических травм или насилия, справиться с зависимостями, избавиться от психосоматических заболеваний, преодолеть непонимание в отношениях с близкими.

Феноменологический подход. Согласно феноменологическому подходу, каждый человек обладает уникальной способностью по-своему воспринимать и интерпретировать мир. На языке философии психическое переживание окружающего называется феноменом, а изучение того, как человек переживает реальность, – феноменологией.

Феноменологический подход в психологии (его иногда называют перцептивным или гуманистическим) в понимании человека исходит из впечатлений субъекта, а не из позиций внешнего наблюдателя, то есть как индивид воспринимает самого себя, какое влияние на поведение индивида оказывают его потребности, чувства, ценности, убеждения, только ему присущее восприятие окружающей обстановки. Поведение зависит от тех значений, которые в восприятии индивида проясняют его собственный прошлый и настоящий опыт. Согласно этому направлению, индивид не может изменить сами события, но может изменить свое восприятие этих событий и их интерпретацию. Именно это является задачей психотерапии: она не снимает проблему, но позволяет человеку, испытывающему психологические затруднения, взглянуть на себя по-новому и более эффективно справиться с той или иной ситуацией (23,24).

Центральным понятием феноменологического подхода является восприятие, то есть процессы отбора, организации и интерпретации воспринимаемых явлений, приводящие к возникновению у индивида целостной картины психологического окружения. Это окружение называют по-разному: перцептивное поле, психологическое поле, феноменологическое поле и жизненное пространство. В сущности, речь идет об индивидуальных значениях, которые формируются в сознании каждого человека и так или

иначе определяют его поведение. По мнению сторонников феноменологического подхода, поведение человека можно понять, лишь став на его точку зрения. Не явление само по себе, а уникальное восприятие индивидом этого явления рассматривается перцептивными психологами как подлинная реальность.

Феноменологическое направление придает основное значение восприятию субъектом самого себя. Единственное, что является для субъекта абсолютной, объективной истиной и не может быть подвергнуто сомнению, это переживание собственного существования, мысль о том, что «Я существую».

Опыт всех остальных переживаний (представлений, эмоций, телесных ощущений), а также восприятия других индивидов, предметов и событий внешнего мира представляется в структуре «Я» в виде феноменов. Феномен, или интенциональный объект, - образ сознания, доступный для субъективного наблюдения, понимания и анализа. Феномены возникают в результате интенции сознания – его способности направляться на что-либо. Интенция может существовать в трех основных формах: восприятие, понимание и воображение. Непрерывная цепь устремлений сознания на те или иные предметы и явления и возникновение в сознании феноменов – основной принцип существования «Я».

Итак, ведущий принцип феноменологической психологии заключается в том, что поведение рассматривается как результат восприятия индивидом ситуации в данный момент. Восприятие, разумеется, отличается от того, что физически существует вовне. Тем не менее то, что человек воспринимает, является для него единственной реальностью, посредством которой он может управлять своим поведением.

Феноменологический подход к поведению, которое неразрывно связано с Я-концепцией, объясняет поведение индивида, исходя из его субъективного поля восприятия, а не на основе аналитических категорий, заданных наблюдателем. Например, если окружающий мир воспринимается человеком как дружелюбный принимающий его, то скорее всего, он будет чувствовать себя счастливым и пребывающим в безопасности. Если же окружающий мир воспринимается как враждебный и опасный, то человек, вероятно, будет тревожным и дефензивным (склонным к защитным реакциям).

Феноменологическое направление в психологии стимулировало разработку К. Роджерсом особого подхода к психотерапии, получившего

название «терапия, центрированная на клиенте». Изменения, происходящие с индивидом в ходе психотерапевтического процесса, Роджерс смог объяснить на языке перцептивного подхода. Основные положения его теории (21,22) выглядят следующим образом:

- Сущность феноменологической теории личностного Я, представляющей собой часть общей теории личности, заключается в том, что человек живет главным образом в своем индивидуальном и субъективном мире.

- Я-концепция возникает на основе взаимодействия с окружающей средой, в особенности с социальной.

- Я-концепция – это система самовосприятий.

- Я-концепция выступает как наиболее важная детерминанта ответных реакций на окружение индивида. Я-концепцией предопределяется восприятие значений, предписываемых этому окружению.

- Вместе с Я-концепцией развивается потребность в позитивном отношении со стороны окружающих, потребность в самоуважении и самоактуализации личности.

- Поскольку позитивное отношение к себе зависит от оценок других, может возникнуть разрыв между реальным опытом индивида и его потребностью в позитивном отношении к себе. Так возникает рассогласование между Я и реальным опытом, иными словами, развивается психологическая дезадаптация. Дезадаптацию следует понимать как результат попыток оградить сложившуюся Я-концепцию от угрозы столкновения с таким опытом, который с ней не согласуется. Это приводит к селективности и искажениям в восприятии или к игнорированию опыта в форме неверной его интерпретации.

- Человеческий организм представляет собой единое целое. Подобно представителям организмических теорий, Роджерс приписывает ему лишь один внутренний мотив-тенденцию к самоактуализации.

- Развитие Я-концепции – это не просто процесс накопления данных опыта, условных реакций и навязанных другими представлений. Я-концепция представляет собой определенную систему. Изменение одного ее аспекта может полностью изменить природу Целого. Таким образом, Я-концепция используется для обозначения восприятия человеком самого себя. Однако по мере дальнейшего развития своей теории Роджерс придает этому понятию и другой смысл, понимая под Я-концепцией механизм, контролирующий и интегрирующий поведение

индивида. Но Я-концепция оказывает влияние скорее на выбор им направления своей активности, нежели непосредственно направляет эту активность.

· Рассматривая понятие идеального Я, Роджерс полагает, что благодаря психотерапевтическому воздействию восприятие идеального Я становится более реалистичным и Я начинает больше гармонизировать с идеалом. Таким образом, можно считать, что личностная дисгармония характеризуется существованием нереалистического собственного идеала и/или несоответствием между Я-концепцией и идеальным Я. В этой теории в качестве первопричины личностных нарушений выступает все же не конфликт между Я-концепцией и собственным идеалом, но скорее конфликт между Я-концепцией и непосредственным, «организмическим» опытом индивида.

Главная проблема в подходе К. Роджерса к пониманию Я-концепции связана с использованием индивидом механизмов психологической защиты, необходимых для того, чтобы преодолеть диссонанс между непосредственным его опытом и Я-концепцией. Поведение рассматривается как попытка достичь согласованности Я-концепции. Реагируя на состояние такого диссонанса как на угрозу, возникающую вследствие переживаний, противоречащих Я-концепции, индивид использует один из двух защитных механизмов – искажение или отрицание. Первое используется для того, чтобы изменить личностную значимость переживания; второе как бы устраняет сам факт наличия переживания. Логика первого механизма в следующем: если при отрицании непосредственное переживание никак не символизируется, то применим ли вообще феноменологический подход в таких случаях? В свою очередь искажение направлено на то, чтобы привести непосредственные переживания индивида в соответствие с его личностным интегральным Я. События оцениваются не объективно, сами по себе; значение им придает отягощенный прошлым опытом индивид, заботящийся о сохранении своей Я-концепции. Роджерс использует терапию, центрированную на клиенте, как метод, направленный на модификацию состояния Я-концепции с целью устранения диссонанса между нею и непосредственными переживаниями индивида. В результате невротический синдром у него устраняется и достигается состояние психологической адаптации.

Если непосредственные переживания блоки-

руются или искажаются или становятся невозможным их адекватное подключение к Я-концепции, возникает дезадаптация. Роджерс рассматривает дезадаптацию как состояние несоответствия, внутреннего диссонанса, причем главный его источник заключается в потенциальном конфликте между установками личностного Я и непосредственным опытом индивида. Такое несоответствие может возникнуть в тех случаях, когда Я-концепция чрезмерно обусловлена ценностями и представлениями, исходящими от других людей и интернализированными индивидом. Внутренний конфликт такого рода возникает у человека в том случае, если его Я-концепция сильно акцентирует любовь к другим людям и заботу о них, а жизненная ситуация такова, что он находится в агрессивном состоянии под воздействием фрустрации. Чувства эти могут блокироваться, поскольку Я-концепция этого человека не может смириться с мыслью о том, что он способен испытывать ненависть. Роджерс приводит такой пример: мать, которая не в состоянии признаться в своих агрессивных чувствах по отношению к собственному ребенку, воспринимает его поведение как плохое и заслуживающее наказания. Тогда она может быть с ним агрессивна, не разрушая при этом своего образа «хорошей и любящей матери».

На основе оценки природы человека как движущейся к социализации и самоактуализации и врожденной потребности в реализации своего потенциала в личностном росте, К. Роджерсом была разработана пациент центрированная терапия, фундаментом которой являются отношения, характеризующиеся тремя важными и взаимосвязанными позициями («триада Роджерса»): безусловным позитивным отношением, эмпатией, конгруэнтностью.

1. Безусловное позитивное отношение. Врач должен показать, что он искренне заботится о пациенте, принимает его как человека и доверяет ему. Это требует не только готовности слушать клиента, не прерывая его, но также и принятия того, о чем говорится, невзирая на то, каким бы «плохим» или «странным» это ни казалось. Врачу не нужно одобрять все, что говорит пациент, но он должен принять это как реальную часть оцениваемого человека. Врач также должен доверять пациентам в самостоятельном решении их собственных проблем, следовательно, он не дает советов. Совет, по Роджерсу, несет скрытое сообщение о том, что пациент некомпетентен или неадекватен, - это де-

лает его менее уверенным и более зависимым от помощи.

2. Эмпатия. Многие формы терапии предлагают взгляд на пациента со стороны. Эмпатия требует внутреннего взгляда, сосредоточения на том, что пациент должен думать и чувствовать. Пациент – центрированный врач действует не как посторонний наблюдатель, который стремится наклеить диагностический ярлык на пациента, а как человек, который хочет понять субъективные переживания пациента. Врач передает эмпатию, показывая, что он активно слушает пациента. Пациент – центрированный врач вступает в контакт с пациентом с помощью глаз, кивает головой, когда пациент говорит, и оказывает другие знаки внимания. Используется также тактика, называемая отражением (рефлексией). Отражение показывает, что врач активно слушает, а также помогает пациенту осознать те мысли и чувства, которые он переживает. Большинство пациентов реагируют на эмпатическое отражение пристальным вниманием к своим чувствам.

3. Конгруэнтность – это согласованность между тем, что врач чувствует, и тем, как он ведет себя по отношению к пациенту. Это значит, что безусловное позитивное отношение врача и эмпатия являются настоящими, а не поддельными. Переживание конгруэнтности врача позволяет пациенту увидеть, возможно впервые, что открытость и честность могут быть основой человеческих отношений.

Приведенные данные актуализируют экзистенциальные и личностные подходы к проблемам пациента в контексте его психосоциальной реабилитации. Важнейшим аспектом такого подхода является личностно-реконструированная терапия, направленная на переструктурирование отдельных звеньев или всей системы отношений личности пациента с лечебной целью. Основным инструментом при этом является анализ и интерпретация связей между психическим состоянием больного, его жизненной ситуацией и особенностей базисных свойств его личности. При экзистенциально-гуманистической психотерапии, которая должна занимать существенное место в психосоциальной реабилитации психически больных, определяющим моментом является взаимопроникновение и взаимовлияние сознания и эмоций психотерапевта и пациента в процессе их партнерского общения (14).

В заключение необходимо отметить, что при отсутствии внимания психиатра к базисным свойствам и качествам личности, имеющим социальную обусловленность и составляющих ее содержательное ядро, проявляется инерция приверженности биологической модели психического расстройства и, соответственно, психиатрической помощи. Однобокая подмена живого восприятия личности пациента со стороны врача абстрактными определениями, именуемыми симптомами, синдромами и нозологическими единицами, всегда таит в себе риск превращения больного в «голую» схему, в «совокупность симптомов». Такой подход, при отсутствии четких представлений об этиопатологических механизмах психических расстройств, лежит в основе малообоснованного использования психотропных средств, не содержащих личностно-ориентированных и социально-восстановительных терапевтических эффектов. Это задерживает процесс дальнейшей гуманизации психиатрии, ее реального реформирования, решение вопросов социальной интеграции и улучшения качества жизни пациентов. С другой стороны, личностно-ориентированная психиатрическая помощь открывает существование таких вненозологических факторов, которые способны определять течение и исход заболевания в большей мере, чем биологические закономерности, присущие болезни.

Приведенный в настоящей работе анализ проблем психического здоровья в рамках так называемой концепции «позитивного психического здоровья», представленной такими выдающимися представителями гуманистической психологии как В. Роджерс, А. Маслоу, Дж. Бьютдиенталь, В. Франкл, свидетельствует о том, что целостное изучение человека не позволяет определять психическое здоровье в контексте психических измерений или отсутствия психопатологических симптомов, а делает необходимым рассматривать его как динамический, процессуальный феномен, характеризующий целостную личность, ее активность и возможность личностного роста. Из этого следует, что личностно-ориентированные стратегии психиатрической помощи должны рассматриваться не только как смыслообразующая и системобразующая категории, но и как главный критерий восстановления психического, душевного и социального благополучия пациента.

ОСОБИСТІСНО-ОРІЄНТОВАНА ПСИХІАТРІЯ: ЦІННОСТНО-ГУМАНІСТИЧНІ ПІДХОДИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

В статті викладені результати аналізу гуманістичних, екзистенціальних та феноменологічних аспектів особистісно-орієнтованої психіатрії. Показана необхідність цілісного підходу до оцінки особистості при наданні психіатричної допомоги та впровадження психотерапевтичних втручань. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 5-16).

V.A. Abramov, O.I. Liholetova, G.G. Putiatin, M.O. Shelestova, V.Al. Abramov

PERSONALITY-ORIENTED PSYCHIATRY: TSINNOSTNO-HUMANISTIC APPROACHES

Donetsk National Medical University of M. Gorky

The paper presents the results of the analysis of humanistic, existential and phenomenological aspects of personality-oriented psychiatry. The necessity of holistic approach to assessing personality in providing psychiatric care and introduction of psychotherapeutic interventions. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 5-16).

Литература

1. Меззич Х. Личностно – ориентированная психиатрия: единство медицинских наук и гуманизма/ Х. Меззич// Независимый психиатрический журнал. 2007, №3.-С.17-20.
2. Тихоненко В.А. К пониманию личностного подхода в психиатрии: этико – психологический аспект/ В.А. Тихоненко// Социальная и клиническая психиатрия, 1991, №1.-С.32-37.
3. Mezzich I.E. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism/ I.E. Mezzich// World Psychiatry, 2007, №6.-P.2-8.
4. Mezzich I.E. Clinical complexity and person – centered integrative diagnosis/. I.E. Mezzich, Salloum I.E.// Clinical complexity and person – centered integrative diagnosis/. Word Psychiatry.-2008.Vol.7, №1.-P.1-2.
5. Полищук Ю.И. Фактор духовности в психиатрии и психотерапии/ Ю.И. Полищук// Психическое здоровье, 2010, №3.-С.57-61.
6. Карагодина Е.Г. Об особенностях функционирования этических принципов в психодиагностическом процессе/ Е.Г. Карагодина, Т.Н. Пушкарева//Архів психіатрії-2004, №4 (39).-С.9-12.
7. Абрамов В.А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией/ В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, Т.Л. Ряполова// Донецк, «Каштан», 2009.-583с.
8. Зейгарник Б.В. Теории личности в современной психологии/ Б.В.Зейгарник// Психология личности: норма и патология. Москва-Воронеж, 1998. 327 с.
9. Тихонравов Ю.В. Экзистенциальная психология Ю.В. Тихонравов М., ЗАО «Бизнес-школа «Интел-Синтез», 1998.-87с.
10. Калина Н.Ф. Первая книга о Dasein-анализе /Н.Ф. Калина/ / Л. Бинсвангер, Бытие-в-мире. Рефл-Бук, Ваклер, 1999.-С.7-8.
11. Лэнг Р. Расколотое «Я». /Р.Лэнг// М., Академия, Спб., 1995.-189с.
12. Франкл В. Человек в поисках смысла /В.Франкл// М., Прогресс, 1990.-368с.
13. Коханов В.П. Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций. Теория и практика/ В.П.Коханов, В.Н.Краснов// М., 2008.-448с.
14. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия/ И.Ялом// пер. с англ. Т.С. Дробкиной. М., Класс, 1999.-576с.
15. Леонтьев Д.А. Что такое экзистенциальная психология? / Д.А.Леонтьев// Психология с человеческим лицом. Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии. М., Смысл, 1997.-С.40-43.
16. Бюдзенталь Д. Наука быть живым: Диалоги между терапевтом и пациентами в гуманистической терапии/ Д.Бюдзенталь// Пер. с англ. М., Класс, 1998.-336с.
17. Маслоу А.Г. Мотивация и личность/ А.Г.Маслоу//Пер. с англ.-Спб.:Евразия, 1999.-478с.
18. Маслоу А.Г. Психология бытия/ А.Г.Маслоу// Пер. с англ.- М., Ваклер, 1997.-304с.
19. Роджерс К.Р. О групповой психотерапии: /К.Р. Роджерс// Пер. с англ.-М.: Гиль-Эстель, 1993.-224с.
20. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. /К.Р. Роджерс// :Пер. с англ.- М.: Прогресс; Универс, 1994.-480с.
21. Роджерс К.Р. Клиентцентрированная терапия: /К.Р. Роджерс// Пер. с англ.- М.:К.:Ваклер, 1997.-320с.
22. Роджерс К.Р. Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы: /К.Р. Роджерс// Пер. с англ.-М: ЭКСМО-Пресс, 1999.-464с.
23. Гуссерль Э. Идеи к чистой феноменологии и фенологической философии /Э.Гуссерль// М. ДНК, 1999, т.1.-336с.
24. Шпет Г. Явление и смысл (Феноменология как основная наука и её проблемы) /Г.Шпет// М., 1994.-219с.
25. Семичев С.Б. Антипсихиатрическое движение, его современное состояние / С.Б.Семичев// Медицина и идеология. М., 1985.-С. 170-185.

Поступила в редакцию 23.09.2012

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК: 616.89 – 008.441.44 (477.54) – 312.27

А.М. Бачериков, І.В. Лінський, Е.Г. Матюзок, І.В. Карамушко, Р.В. Лакинський, Т.В. Ткаченко, Н.А. Малихіна.

СПРОБИ НАВМИСНОГО САМООТРУЄННЯ У ХАРКОВІ (2011 РІК)

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: суїцидальні спроби, самоотруєння

За даними Державної служби статистики України кількість населення держави невпинно скорочується. Якщо у 1991 році вона складала 51 944,4 тисячі осіб; у 2011 році 45 633,6 тисяч; то за період з січня по травень 2012 року вже 45 565,9 тисяч осіб [1]. Самоотруєння – найбільш поширений спосіб здійснення незавершених самогубних спроб. Суїцидальна спроба у анамнезі є одним з найбільш важливих предикторів здійснення завершеної спроби вкоротити собі життя [2]. Однак, у доступній нам вітчизняній науковій літературі спостерігаються нечисленні роботи, присвячені статистично-

му аналізу суїцидальних спроб самоотруєння [3].

У архівах міської токсикологічної служби ми вивчили 176 історій хвороб пацієнтів, що намагалися вкоротити собі життя шляхом самоотруєння у 2011 році. За нашими даними, це усі суїциденти, що були госпіталізовані впродовж року до 2 – ої та 17 – ої лікарень міста.

З'ясувалося, що чоловіки вчинили 54 спроби, а жінки – 122. Співвідношення спроб, які здійснили чоловіки до спроб, які вчинили жінки (ч : ж) становить 1 : 2,26.

На рисунку 1 показаний розподіл суїцидальних спроб за віком пацієнта.

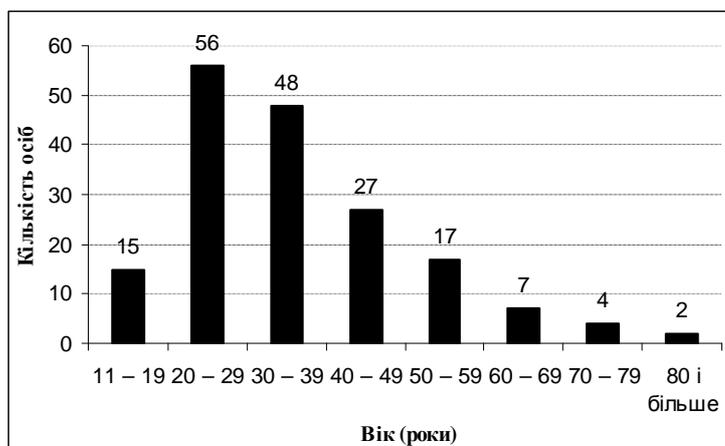


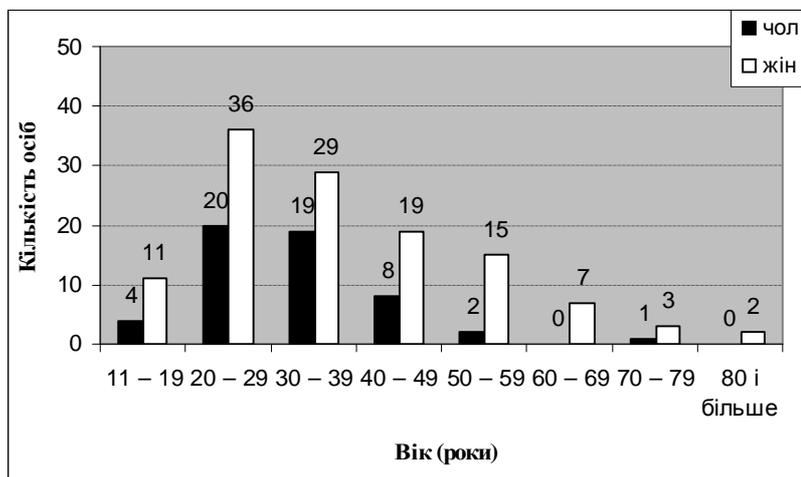
Рис. 1 - Розподіл суїцидальних спроб самоотруєння у відповідності до віку особи, що намагалася піти з життя

Найбільш часто намагалися вкоротити собі віку особи у віці 20 – 29 років, вони здійснили 31,82% від загальної кількості вивчених нами спроб. Особи молодші за 30 років здійснили 71 спробу, що складає 40,34% від загальної кількості спроб. У 163 випадках (92,61% від загальної кількості спроб) вік самогубці не перевищував 60 років.

Найбільше самоотруєнь у чоловіків було здійснено у вікових групах 20 – 29 років – 20 випадків (37,04% від загальної кількості спроб,

які вчинили чоловіки) та у віковій групі 30 – 39 років (35,19% від усіх спроб, які були здійснені особами сильної статі). Як бачимо, на віковий період 20 – 39 років у чоловіків припадає більш ніж 2/3 усіх суїцидальних спроб самоотруєння у чоловіків, або 22,16% від загальної кількості досліджених нами спроб.

Найбільш часто вдавалися до самоотруєння жінки у віці 20 – 29 років – 36 випадків, що складає 29,51% від усіх жіночих та 20,45% від загального числа спроб.



чол – чоловіки; жін – жінки.

Рис. 2 - Розподіл суїцидальних спроб самоотруєння у відповідності до віку та статі особи, що намагалася піти з життя

Таблиця 1

Співвідношення чоловічих та жіночих спроб у різних вікових групах

Вікова група (роки)	11 - 19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59
Співвідношення ч : ж	1 : 2,75	1 : 1,8	1 : 1,53	1 : 2,38	1 : 7,5

Дані, щодо співвідношення ч:ж помітно різняться у залежності від віку суїцидента. З 20 до 49 років воно коливається близько до 1 : 2. У групі 11 – 19 років на одну чоловічу спробу приходиться майже

3 жіночих, а у групі 50 – 59 років, майже 8.

На рисунку 3 показаний розподіл спроб самогубства шляхом самоотруєння у залежності від часу доби.

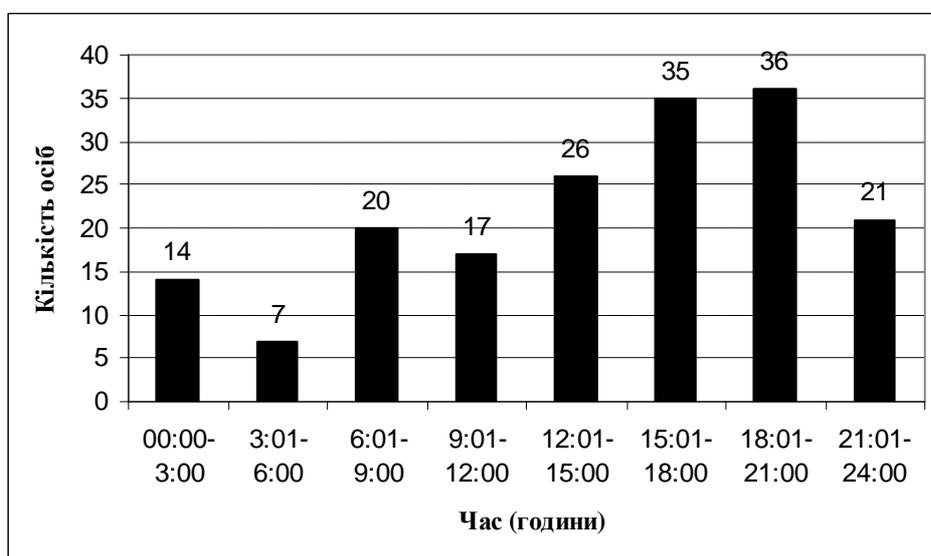
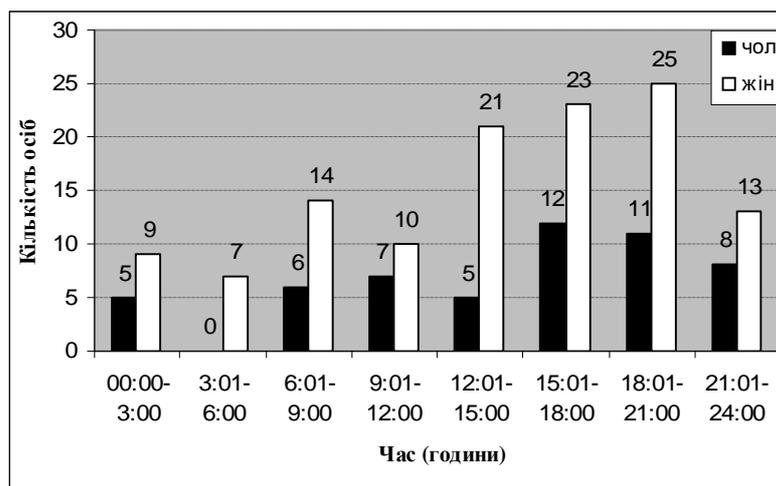


Рис. 3 - Розподіл спроб піти з життя шляхом самоотруєння у залежності від часу доби

Найбільшу і майже однакову кількість спроб вбити себе шляхом самоотруєння громадяни здійснили з 15 до 18 години та з 18 до 21 години. За цей шестигдинний інтервал люди намагалися вмерти 71 раз - 40,43% від

усіх замахів на своє життя шляхом самоотруєння. Найменше отруєнь зафіксовано з 3 – ої години ночі до 6 – ої години ранку – 7 випадків, або 3,97% від загальної кількості спроб.

На рисунку 4 показаний розподіл самогубних спроб за часом доби у чоловіків та жінок окремо.



чол – чоловіки; жін – жінки.

Рис. 4 - Розподіл спроб піти з життя шляхом самоотруєння у залежності від статі суїцидента та часу доби

У чоловіків найбільш часто замах на самогубство реалізовувалися у інтервалах з 15 – ої до 18 – ої години – 12 випадків та з 18 – ої до 21 – ої години. Кількість таких спроб була майже однаковою і разом становила 23, тобто 42,59% від загальної кількості замахів, здійснених чоловіками. За нашими даними з 3 – ої години ночі до 6 – ої години ранку чоловіки не вчинили жодної спроби.

Жінки найбільш часто намагалися вкоротити собі віку з 12 – ої до 21 години. У тому числі з 12 – ої до 15 – ої години 21 спроба, з 15 – ої до 18 – ої години 23 спроби, з 18 – ої до 21 – ої

години 25 спроб. За ці 9 годин доби було скоєно 56,55% від загальної кількості незавершених самогубств, що були здійснені особами прекрасної статі. Мінімальна кількість спроб здійснена з 0 до 3 – ої години ночі (9 випадків – 7,38% від загального числа жіночих незавершених самогубств) та з 3 – ої години ночі до 6 – ої години ранку (7 випадків – 5,74% усіх отруень, що їх намагалися зробити жінки).

На рисунку 5 наведені дані, які демонструють кількість суїцидальних спроб самоотруєння, які були здійснені у різні дні тижня.

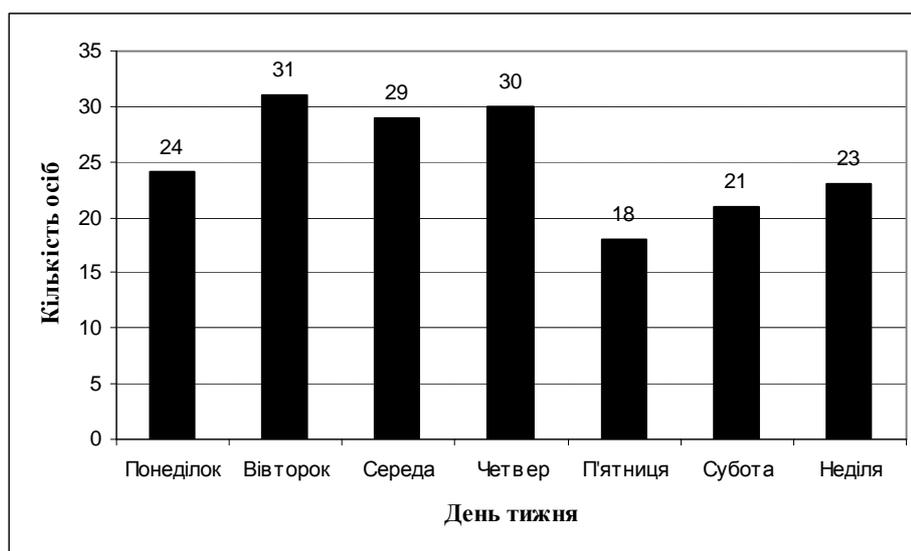
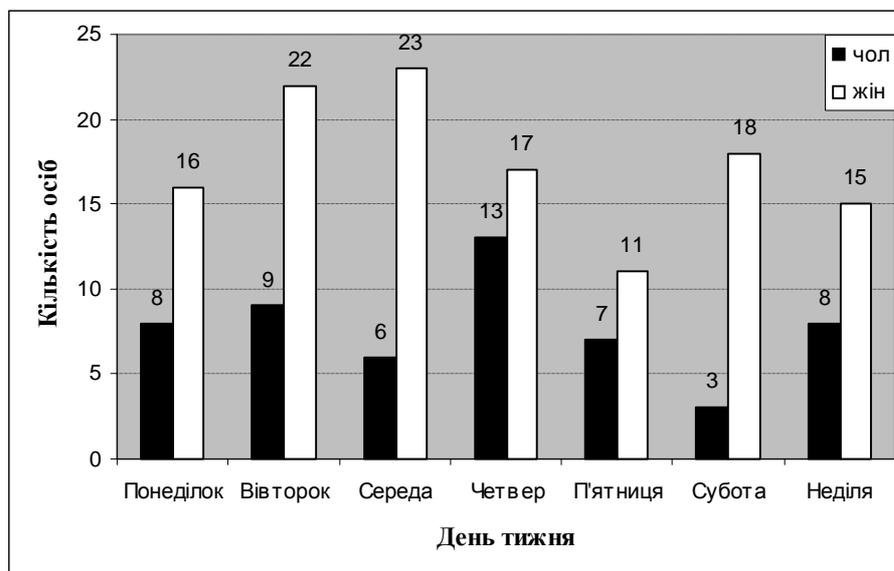


Рис. 5 - Розподіл спроб самоотруєння у міській популяції за днями тижня

Городяни найчастіше і майже з однаковою частотою намагалися вмерти по вівторках, середах

та четвергах. За ці 3 дні тижня було здійснено 51,14% від усіх замахів на самогубство.



чол – чоловіки; жін – жінки.

Рис. 6 - Розподіл спроб самоотруєння у міській популяції за днями тижня та статтю пацієнта

Найбільше чоловічих незавершених суїцидальних спроб самоотруєння здійснювалося по четвергах – 13 випадків – 24,07% від усіх спроб, які здійснили чоловіки. Найменше спроб піти з життя чоловіки зафіксовано по суботах – 3 випадки – 5,56%. У жінок найбільша, майже однакова кількість самогубств приходилася на вівторки та середи, за ці два дні тижня було зафіксовано 45

спроб – 36,89% від усіх замахів, які здійснили жінки. Найменше незавершених самоотруєнь було по п'ятницях – 11 випадків – 9,02% від усіх жіночих спроб. Кількість спроб по понеділках, четвергах, суботах та неділях у слабкої статі була близькою і коливалася у межах 15 – 18 випадків, тобто 12,30 – 14,75%. Сезонний розподіл кількості суїцидальних спроб показаний на рисунку 7.

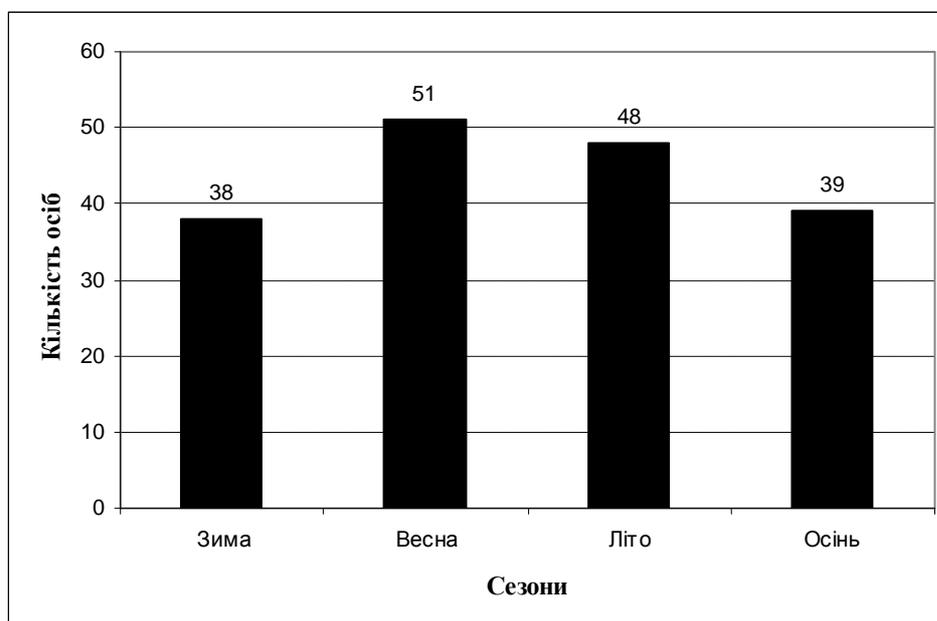
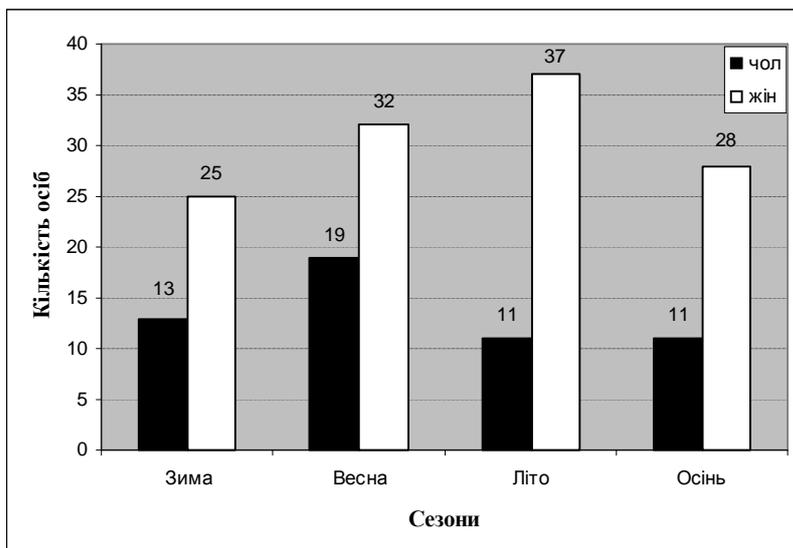


Рис. 7 - Розподіл спроб самоотруєння у загальній популяції за порами року

Приблизно однакова максимальна кількість самогубних спроб здійснювалася навесні та влітку 51 (28,98%) та 48 (27,27%) випадків відповідно. Мінімум суїцидальної активності мав місце взим-

ку та восени – 38 (21,59%) та 39 (22,16%) випадків.

На рисунку 8 можна побачити розподіл суїцидальних спроб самоотруєння за порами року та статтю самогубця.



чол – чоловіки; жін – жінки.

Рис. 8 - Розподіл спроб самоотруєння у різні пори року у чоловіків та жінок окремо

У чоловіків найбільше спроб мало місце на весні – 19 (35,19% від усіх випадків чоловічих самоотруєнь. Решта сезонів характеризувалася майже однаковою ауто агресивною активністю – 11 – 13 випадків (20,37 – 24,07%) за сезон. Жінки найбільш часто намагалися вкоротити собі віку влітку – 37 замахів (30,33% від загальної кількості спроб у жінок). Мінімальна самогубна активність у слабкої статі зафіксована взимку – 25 випадків (20,49% від усіх жіночих спроб).

За даними анамнезу та лабораторної діагностики у 84 випадках (47,73% від загальної кількості зареєстрованих спроб) при здійсненні

самогубної спроби був використаний етанол. У чоловіків таких замахів було 29 (53,70% від загальної кількості чоловічих спроб), у жінок - 55 (45,08% від усього числа незавершених самогубств, здійснених жінками). Співвідношення ч:ж становить 1 : 1,90.

У 69 випадках (39,2% від загальної кількості суїцидентів та 82,14% від загальної кількості спроб із застосуванням алкоголю) при госпіталізації концентрація алкоголю у крові хворого/хворої була зафіксована клінічною лабораторією. На рисунку 9 показаний розподіл спроб самоотруєння за ознакою концентрації етанолу у крові пацієнта/пацієнтки.

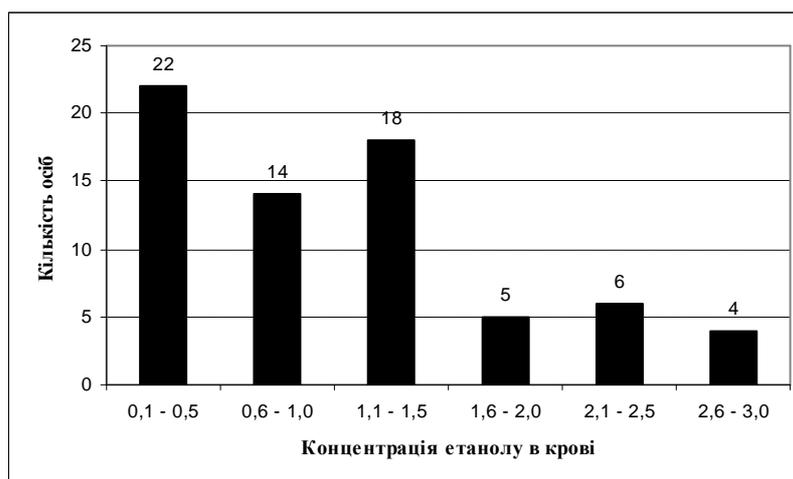


Рис. 9 - Розподіл спроб навмисного самоотруєння за ознакою концентрації етанолу у крові

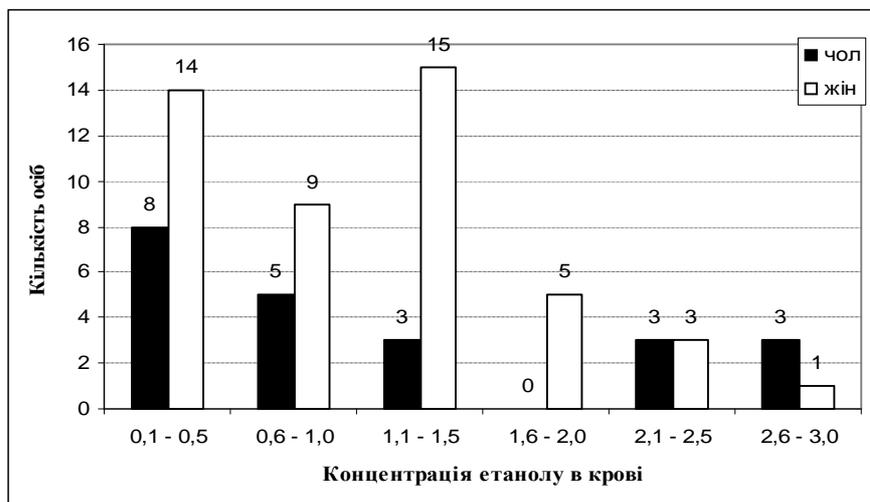
У 22 випадках (31,88% від загальної кількості випадків з відомою концентрацією етанолу) зміст алкоголю становив 0,1 – 0,5‰, що відпов-

ідає субклінічним проявам алкогольного сп'яніння. У 32 випадках (46,38% від загальної кількості випадків із відомою концентрацією

спирту) зміст алкоголю знаходився у межах 0,6 – 1,5‰, що відповідає легкому ступеню сп'яніння. У 11 випадках (15,94% від усіх випадків із відомою концентрацією алкоголю) зміст алкоголю коливався від 1,6 до 2,5‰, що відповідає середньому ступеню алкогольного сп'яніння. У 4 випадках (5,80% від усіх

спроб з відомою концентрацією етанолу) зміст алкоголю був у межах 2,6 - 3,0‰, що відповідає значному ступеню алкогольного сп'яніння.

На рисунку 10 показаний розподіл спроб самоотруєння за ознакою концентрації етанолу у крові чоловіків та жінок окремо.



чол – чоловіки; жін – жінки.

Рис. 10 - Розподіл самогубних спроб самоотруєння за критерієм концентрації етанолу у крові у різних статей

З'ясувати концентрацію алкоголю у крові на момент госпіталізації до стаціонару у зв'язку із суїцидальною спробою вдалося у 22 чоловіків та 47 жінок, ч : ж = 1 : 2,14.

У стані субклінічного алкогольного отруєння - зміст алкоголю у крові становив 0,1 – 0,5‰ – 8 раз до приймального покою лікарень було доставлено чоловіків (36,36% від загальної кількості чоловічих самогубств, де була з'ясована концентрація етанолу) та 14 раз – жінок (29,79% від загальної кількості жіночих спроб, у яких відома концентрація алкоголю), ч : ж = 1 : 1,75.

Легке алкогольне сп'яніння – концентрація етанолу у межах 0,6 – 1,5‰ – було встановлено у 8 випадках чоловічих замахів (36,36% від усіх чоловічих спроб, при яких вдалося визначити концентрацію алкоголю) та 24 жіночих (51,06% від загальної кількості жіночих спроб з відомою концентрацією етанолу), ч : ж = 1 : 3.

Алкогольне сп'яніння середнього ступеню тяжкості – концентрація етанолу від 1,6 до 2,5‰ – було визначено у 3 випадках суїцидів, здійснених чоловіками (13,64% від загальної кількості спроб здійснених чоловіками, у яких була визначена концентрація алкоголю) та у 8 жіночих

спробах (17,02% від усіх жіночих спроб, у яких був знайдений алкоголь), ч : ж = 1 : 0,38.

У значному алкогольному сп'янінні – концентрація етанолу 2,6 – 3 % чоловіків привозили 3 рази (13,64% від загальної кількості чоловічих самогубств, де була з'ясована концентрація етанолу), жінок 1 раз (2,13% від загальної кількості жіночих спроб, у яких відома концентрація алкоголю), ч : ж = 1 : 0,33.

ВИСНОВКИ

1. Поміж досліджених нами 176 випадків самогубного самоотруєння співвідношення чоловіки : жінки (ч : ж) становило 1 : 2,26. Як у міській популяції в цілому, так і у окремих статей найбільш часто намагалися вкоротити собі віку особи у віці 20 – 29 років. Чоловіки у віковій групі 20 – 39 років здійснили більше ніж 2/3 від усіх чоловічих спроб.

2. Найбільше спроб отруїти себе городяни здійснили між 15–ою та 21–ою годинами – 40,43 % від усіх зафіксованих замахів. Найменша кількість самогубних спроб як у популяції в цілому, так і у окремих статей була здійснена з 3 - ої години ночі до 6 - ої години ранку.

3. По четвергах чоловіки здійснили майже чверть від усіх чоловічих суїцидів. Жінки найчастіше намагалися померти по вівторках та се-

редах – за ці два дні було зафіксовано майже 40% від усіх жіночих спроб. Найменше спроб чоловіки здійснювали по суботах (5,56% від загальної кількості чоловічих спроб), а жінки по п'ятницях (9,02% від усіх жіночих спроб).

4. Максимальна кількість спроб – дещо більше третини – спостерігалася навесні, жінки найбільш часто здійснювали замах на самогуб-

ство влітку – більше 30% від загальної кількості жіночих самогубств.

5. За даними лабораторної діагностики та анамнезу у 47,73% випадків при самогубному самоотруєнні вживався алкоголь. Приблизно у половині випадків, де вдалося визначити концентрацію алкоголю у крові пацієнта вона відповідала легкому ступеню алкогольного сп'яніння.

А.Н. Бачериков, И.В. Линский, Э.Г. Матузок, И.В. Карамушко, Р.В. Лакинский, Т.В. Ткаченко, Н.А. Малыхина

ПОПЫТКИ ПРЕДНАМЕРЕННОГО САМООТРАВЛЕНИЯ В ХАРЬКОВЕ (2011 ГОД)

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Было изучено 176 случаев незавершённых суицидальных попыток самоотравления. Соотношение мужчины : женщины составило 1 : 2,26. Наиболее часто пытались уйти из жизни лица в возрасте 20 – 29 лет, как в популяции в целом так и у мужчин и женщин отдельно. Максимум незавершённых суицидальных попыток самоотравления, имело место в промежутке между 15 – ым и 21 – ым часом – 40,43 % от всех зафиксированных случаев. В общей городской популяции чаще всего отмечались попытки умереть весной. Почти в половине случаев при суицидальной попытке самоотравления использовался алкоголь. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 17-23).

A.N. Bacherikov, I.V. Linskiy, E.G. Matuzok, I.V. Karamushko, R.V. Lakynskyi, T.V. Tkachenko, N.A. Malykhina

ATTEMPTS OF THE INTENTIONAL SELD – POISONING ARE IN KHARKOV (2011 YEAR)

SI «Institute of neurology, psychiatry and narcology of NAMS of Ukraine»

We have investigated 176 cases of unfinished suicidal attempts of self poisoning. Ratio men/women was 1 : 2,26. The persons of 20 – 29 years old tried to kill themselves more often, as in population so in every sexes too. Maximum suicidal of attempts was committed between 3 and 9 p.m. – 40,43 % of total number. The spring was the most popular season for poisoning in city's population. About half of cases were connected with using alcohol. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 17-23).

Література

1. Кириченко, И. Что почем: статистика и качество нашей жизни [Текст] / И. Кириченко // Зеркало недели. – 2012, № 29 (77). – 15 с.
2. Лаукс, Герд. Психиатрия и психотерапия [Текст] / Герд Лаукс, Х.-Ю. Меллер // Психиатрия и психотерапия. – Москва, 2012. –

«МЕДпресс – информ». – С. 277 – 286.

3. Бачериков, А.М. Спроби навмисного самоотруєння у Харкові (2008 рік) [Текст] / А.М. Бачериков, Е.Г. Матузок, К.В. Харіна та інш. // Вісник психіатрії та психофармакології. – 2010. – Вип 1 (17). – С. 42 – 49.

Поступила в редакцію 18.05.2012

УДК 616.89-008:616.65-006-053.9

*В.И. Очколяс***ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИЕЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Николаевская областная психиатрическая больница №1

Ключевые слова: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, пограничные психические расстройства, тревога, депрессия, самочувствие, активность

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) встречается в 10–20% мужчин 40–летнего возраста и у 90% мужчин 60–70 лет и старше [1, 6, 7, 8]. Симптоматика ДГПЖ оказывает психотравмирующее влияние на психическую сферу заболевшего мужчины, что приводит как к снижению качества жизни, так и уровня социального функционирования. Психогенный фактор, обусловленный опухолевыми поражениями предстательной железы, служит основой для развития большинства депрессивных, тревожных, обсессивно-фобических и дисфорических расстройств. Соматогенный компонент привносит в картину болезни главным образом астеническую симптоматику, которая «окрашивает» все остальные, более сложные (депрессивные, тревожные и обсессивно-фобические) психопатологические феномены [2]. Имеются данные [3, 4, 5], что психические нарушения у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы представлены психопатологическими синдромами (от донологических до выраженных клинических) в рамках пограничных психических расстройств, встречающихся в 65% случаев заболевания. На про-

цесс формирования психических расстройств при ДГПЖ влияет степень развития симптомов аденомы простаты, длительность болезни, а также преморбидные особенности личности. Клинически были обнаружены психопатологические нарушения в виде невротических реакций или оформленных состояний, синдромально определяемых как астенический (гипо- и гиперстенический вариант), тревожные расстройства, тревожно-депрессивные, депрессивные (в т.ч. астено-депрессивные, депрессивно-ипохондрические), ипохондрические и обсессивно-фобические. Несмотря на наличие немногочисленных работ, посвященных данной проблеме, до настоящего времени не изучены преморбидно-личностные особенности больных с ДГПЖ и их влияние на психологический статус больных с различной тяжестью симптомов основного заболевания и подходами к лечению (консервативному или оперативному). В связи с этим целью исследования была верификация психологического статуса больных с ДГПЖ с различной степенью тяжести симптомов для разработки рекомендаций по психологической коррекции и психотерапии.

Материал и методы исследования

В течение 2010–2011 гг. на базе урологических отделений Николаевской областной и городской больниц обследовано 120 мужчин в возрасте от 53 до 74 ($66 \pm 0,4$) лет с длительностью заболевания от 2 до 15 лет.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (преморбидно-личностные характеристики пациентов изучались при помощи теста Леонгарда-Шмишека, уровень тревоги – опросником самооценки личностной и ситуативной тревоги Спилбергера-

Ханина, выраженность депрессии – при помощи шкалы депрессии Зунга). Степень выраженности симптомов нарушенного мочеиспускания определялась с помощью Международной системы суммарной оценки симптомов больных при заболеваниях предстательной железы (IPSS), качество жизни оценивалось при помощи индекса QOL. В ходе исследования проводилась статистическая обработка материала (средние величины и стандартная ошибка средней, критерий Стьюдента t , корреляционный анализ [коэффициент ранговой корреляции Спирмена])

при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0

Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от подхода к лечению основного заболевания: в первую (консервативное лечение) вошли 60 больных в возрасте от 55 до 72 ($65 \pm 0,5$) лет с длительностью заболевания от 2 до 5 ($3,8 \pm 0,13$) лет. Вторую группу (оперативное лечение) составили также 60 больных в возрасте от 53 до 74 ($66,8 \pm 0,5$) лет с длительностью заболевания от 5 до 15 ($9,6 \pm 0,4$) лет.

Критериями для назначения консервативной терапии (эндокринное лечение, терапия б-адреноблокаторами и другими лекарственными средствами) были: суммарный балл IPSS больше 8 и меньше 19; QOL не менее 3 баллов; объем мочеиспускания не менее 100 мл; объем остаточной мочи не более 150 мл; наличие противопоказаний к оперативному лечению в связи с сопутствующими заболеваниями; социальные причины, в частности, категорический отказ пациента от инвазивного метода лечения.

Показанием к оперативному лечению являлись: суммарный балл IPSS больше 18; QOL более 3 баллов; повторяющаяся острая задержка мочеиспускания; формирование камней мочевого пузыря; развитие и прогрессирование хронической почечной недостаточности вследствие инфравезикальной обструкции; рецидивирующие гнойно-воспалительные процессы мочевых путей; повторяющаяся макрогематурия; отсутствие эффекта от медикаментозного лечения.

Показанием к оперативному лечению являлись: суммарный балл IPSS больше 18; QOL более 3 баллов; повторяющаяся острая задержка мочеиспускания; формирование камней мочевого пузыря; развитие и прогрессирование хронической почечной недостаточности вследствие инфравезикальной обструкции; рецидивирующие гнойно-воспалительные процессы мочевых путей; повторяющаяся макрогематурия; отсутствие эффекта от медикаментозного лечения.

Результаты исследования и обсуждение

Анализ возрастных характеристик пациентов и длительности заболевания ДГПЖ показал, что во второй группе статистически достоверно ($t > 2,5$ $p < 0,05$) больные старше, чем в первой и имеют большую продолжительность заболевания ($t > 13,2$ $p < 0,001$).

Клинико-психопатологический метод позволил выявить у обследованных больных адаптационные реакции на реальное соматическое заболевание, клиническая структура которых представлена в таблице 1.

Как видно из табл. 1, наиболее представленными в обеих группах были пролонгированные тревожные и тревожно-депрессивные

реакции – соответственно 23,3% и 18,3% в первой группе, 27,5% и 23,3% – во второй. Апатическая депрессивная и ипохондрическая реакции встречались одинаково часто – по 8,3% в 1 группе, а в 15,0% и 8,3% случаев соответственно во второй. Тревожно-фобическая реакция встречалась у пациентов первой группы и второй группы также одинаково часто – по 16,7%. Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом и пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами встречались только в первой группе: в 13,3% и 11,7 % случаях.

Таблица 1

Клиническая структура непсихотических психических расстройств у больных ДГПЖ

№ п/п	Типы психогенных реакций	1 группа		2 группа		Всего	
		К-во	%	К-во	%	К-во	%
1	Пролонгированная тревожная реакция	14	23,3	19	31,7	33	27,5
2	Пролонгированная тревожно-депрессивная реакция	11	18,3	17	28,3	28	23,3
3	Пролонгированная тревожно-фобическая реакция	10	16,7	10	16,7	20	16,7
4	Пролонгированная тревожно-субдепрессивная реакция с полиморфным психопатоподобным синдромом	8	13,3	-	-	8	6,7
5	Пролонгированная тревожная реакция с конверсионными симптомами	7	11,7	-	-	7	5,8
6	Пролонгированная апатическая депрессивная реакция	5	8,3	9	15	14	11,7
7	Пролонгированная ипохондрическая реакция	5	8,3	5	8,3	10	8,3
ИТОГО		60	100	60	100	120	100

Таблица 2

Характеристика личностных особенностей больных ДГПЖ первой и второй группы

№ п/п	Личностные особенности	1 группа		2 группа	
		К-во	%	К-во	%
1	Тревожный тип	31	51,7	40	66,7
2	Демонстративный	11	18,3	6	10
3	Циклотимический	6	10,0	4	6,7
4	Ригидный	3	5,0	5	8,3
5	Возбудимый	3	5,0	0	0
6	Дистимический	2	3,3	5	8,3
7	Гипертимический	2	3,3	0	0
8	Экзальтированный	2	3,3	0	0
ИТОГО		60	100	60	100

Как видно из таблицы, более чем в половине случаев в обеих группах диагностировался тревожный тип акцентуации характера, который во многом и определял тревожный тип реагирования на ДГПЖ. На втором месте – демонстративный тип, обуславливающий конверсионные и психопатоподобные расстройства в структуре психогенных реакций. Существенно реже встречались цикло-

идный, дистимичный, возбудимый, гипертимный и экзальтированный типы, придающие своеобразную окраску адаптационным реакциям и требующие учета при проведении психокоррекционных и психотерапевтических сеансов.

Результаты психометрического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты психометрического исследования больных с ДГПЖ первой и второй группы

Метод психологического исследования		I группа		II группа		t>	p<
		М	m	М	m		
САН	Самочувствие	3,9	0,03	3,0	0,09	10	0,0001
	Активность	3,9	0,03	3,0	0,08	11,2	0,0001
	Настроение	3,9	0,03	3,0	0,1	9	0,0001
Спилбергера-Ханина	Личн. тр.	32,8	0,9	38,7	0,9	4,5	0,0001
	Ситуат. тр.	40,3	0,6	48,5	0,8	8,2	0,0001
Шкала Зунге	Депрессия	51,4	0,6	62,3	1,2	8,1	0,0001
IPSS		17,5	0,09	31,1	0,4	33,2	0,0001
QOL		3,8	0,09	5,2	0,1	10,8	0,0001

Как видно из таблицы 3, опросник САН выявил, что пациенты первой и второй группы оценивали свое состояние как неблагоприятное. Показатели отражали их неудовлетворенность активностью, здоровьем (самочувствием), а также эмоциональным состоянием (настроением). Хотя показатели функционального психоэмоционального состояния пациентов первой и второй группы были примерно на одном уровне, тем не менее они статистически достоверно ($p < 0,0001$) более низкие, чем во второй.

Тест Спилбергера-Ханина показал, что пациенты первой и второй группы отличались умеренной личной тревожностью: $32,8 \pm 0,9$ балла и $38,7 \pm 0,9$ балла соответственно, хотя различия

статистически достоверны. В то же время показатели реактивной тревожности (как состояния), обусловленного переживаниями, связанными с заболеванием ДГПЖ у пациентов первой группы были умеренными ($40,3 \pm 0,6$ балла), а во второй группе ($p < 0,0001$) носили более выраженный характер ($48,5 \pm 0,8$ балла).

Шкала депрессии Зунга выявила легкую депрессию в первой группе – $51,4 \pm 0,6$ балла, а у пациентов второй группы степень выраженности депрессии была более высокой ($p < 0,0001$) и характеризовалась наличием субдепрессивного состояния ($62,3 \pm 1,2$ балла).

Средний балл по Международной системе суммарной оценки симптомов и качества жизни

больных при заболеваниях предстательной железы (IPSS) пациентов первой группы составил $17,5 \pm 0,09$ балла, что свидетельствует об умеренно выраженной симптоматике. При этом пациенты первой группы оценивали свое качество жизни, в общем как неудовлетворительное ($3,8 \pm 0,09$ балла). Пациенты же второй группы выявляли у себя более выраженную симптома-

тику ($t > 33,2$ $p < 0,0001$) ДГПЖ ($31,1 \pm 0,4$ балла), а качество жизни оценивали ($t > 10,8$ $p < 0,0001$) как плохое ($5,2 \pm 0,1$ балла).

Результаты корреляционного анализа по ряду параметров: уровень депрессии, ситуативной и личностной тревожности, самочувствие, активность, настроение с показателями IPSS и QOL представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты корреляционного анализа психометрическим показателями больных ДГПЖ

№ п/п	Корреляционные пары		r	p<
1	IPSS	QOL	- 0,63	0,000001
2	IPSS	Депрессия	0,6	0,000001
3	IPSS	Личностная тревожность	0,34	0,00013
4	IPSS	Ситуативная тревога	0,52	0,000001
5	IPSS	Самочувствие	- 0,56	0,000001
6	IPSS	Настроение	- 0,5	0,000001
7	QOL	Депрессия	-0,45	0,000001
8	QOL	Личностная тревожность	-0,32	0,00042
9	QOL	Ситуативная тревога	-0,5	0,000001
10	QOL	Самочувствие	0,47	0,000001
11	QOL	Настроение	0,43	0,000001

Как видно из таблицы, качество жизни пациентов (QOL) находится в обратной корреляционной зависимости от степени выраженности симптомов ДГПЖ. В свою очередь, глубина симптомов ДГПЖ имеет прямую корреляционную зависимость со степенью выраженности депрессии, личностной и ситуативной тревожности, и обратную – с самочувствием и настроением пациентов. Также выявлена обратная корреляционная зависимость качества жизни с депрессией, личностной и ситуативной тревожностью и прямая – с самочувствием и настроением, что свидетельствует об определенной зависимости аффективных расстройств от нарушения качества жизни пациента.

Таким образом, в результате исследования установлено, что у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы преобладают психогенные реакции с выраженным тревожным компонентом. Степень выраженности

тревоги и депрессии статистически достоверно преобладает в группе с оперативным лечением и коррелирует с тяжестью основных симптомов ДГПЖ, которая существенно выше, чем в группе с консервативным лечением. ДГПЖ оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов, более низкий уровень которого присущ пациентам, подлежащим оперативному лечению. Учитывая наличие у пациентов обеих групп разной степени выраженности тревоги и депрессии целесообразно назначение невысоких доз транквилизаторов и антидепрессантов, а также проведение личностно-ориентированной психотерапии, направленной на снижение эмоционального напряжения и устранение предоперационной тревоги. В последующем целесообразно проведение психотерапии, направленной на устранение патологических симптомов психогенного реагирования на ДГПЖ.

ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ ІЗ ДОБРОЯКІСНОЮ ГІПЕРПЛАЗІЄЮ ПРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Ніколаєвська обласна психіатрична лікарня № 1

Клініко-психопатологічними та психометричними методами було досліджено 120 хворих із доброякісною гіперплазією предміхурової залози та непсихотичними психічними розладами. Було виявлено більш наявне для обох груп переважання пролонгованих тривожних та тривожно-депресивних реакцій, з декілька меншою частотою - апато-депресивні, іпохондричні та тривожно-фобічні реакції, та пролонговані тривожні реакції, з конверсійними симптомами та тривожно-субдепресивні реакції з поліморфними психопатичним синдромом мали місце тільки у першій групі. Показники емоційного функціонального статусу пацієнтів першої групи були вищими ніж у другій, де визначалися більш високі показники ситуативної тривоги та депресії. Було виявлено зворотні кореляції якості життя з депресією, особистісною та ситуативною тривогою та прямі кореляції між благополуччям та настроєм. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 24-28).

V.I.Ochkolyas

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ELDERLY PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA AND NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

Nikolaev Regional Psychiatric Hospital № 1

Clinical - psychopathological and psychometric methods were examined in 120 patients with benign prostatic hyperplasia and non-psychotic mental disorders. Found that the most represented in both groups were prolonged anxiety and anxiety-depressive reaction, a few less frequent apathetic depressive, hypochondriac and anxious-phobic reactions, and prolonged alarm reaction, with conversion symptoms and anxiety - sub depressive reaction with polymorphic psychopathic syndrome occurred only in the first group. Indicators of emotional functional status of patients of the first group were higher than the second, in which higher rates were situational anxiety and depression. There was an inverse correlation of quality of life with depression, personal and situational anxiety, and a direct correlation with the well-being and mood. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 24-28).

Литература

1. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Чиненов Д.В. Диагностика и лечение доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Лечащий врач. —2007. —№ 4. —С. 70-73.
2. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18. —М., 2003. —24 с.
3. Захарушкина Т.С. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы на различных этапах оперативного лечения: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.00.18. —М, 2001. —25 с.
4. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Психические расстройства при доброкачественной гиперплазии предстательной железы // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 2001. —Т. 101, № 12. —С. 29-31.
5. Захарушкина Т.С., Абоян И.А., Павлов С.В. Качество жизни

- пациентов, страдающих доброкачественной гиперплазией простаты // Социальная и клиническая психиатрия. —2002. № 1. С. 77-80.
6. Перепанова Т.С., Максимов В.А., Давыдова Е.Н., Хазан П.Л. Сетегис при лечении доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Интермиттирующий режим дозирования / Т.С. Перепанова [и др.] // Русский медицинский журнал. —2004. —№ 24: Клинич. рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей. Хирургия. Урология. —С. 1458-1461.
7. Importance of understanding the epidemiology and natural history of BPH / M.J. Barry [et al.] // Proceedings of the Fourth International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia (BPH), Paris, July 2-5, 1997. —Atlanta, Ga, 1998. —P. 25.
8. Lytton D. Interracial incidence of benign prostatic hyperplasia // Benign prostatic hypertrophy / ed. by F. Hinman Jr. New York, N.Y. —1983. —P. 22-26.

Поступила в редакцию 19.06.2012

УДК616.89-008.48:159.923:615.851-055

*О. В. Пionтковська***ПРОФЕСІЙНИЙ ДИСТРЕС ТА СИНДРОМ ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ, ЯКІ ПРАЦЮЮТЬ У СФЕРІ ДИТЯЧОЇ ОНКОЛОГІЇ**

КЗОЗ Обласна дитяча клінічна лікарня №1

Ключові слова: медико-психологічна допомога, дитяча онкологія, синдром вигорання, професійний дистрес

Вплив професійного стресу на продуктивність праці та фізичне і психічне функціонування самого працівника привертає все більшу увагу наукової громадськості та практикуючих спеціалістів [1 – 10]. Одним з інтегральних показників дії виробничого стресу на робітника є синдром вигорання. ВООЗ визнала, що вигорання – це проблема, яка потребує медичного втручання. В МКХ – 10 синдром вигорання виділений в окремий діагностичний таксон – Z 73 («проблеми, пов'язані з труднощами керування своїм життям») та кодується Z 73.0 – «вигорання» (burnout) [11].

Існує багато визначень феномену синдрому вигорання, що свідчить про багатогранність та різноплановість дії постійного професійного стресу. Так основні дефініції, що визначають синдром вигорання є [1, 2, 6, 9]:

- довготермінова стресова реакція, що виникає в результаті впливу на людину професійних стресів середньої інтенсивності та супроводжується фізичним, емоційним чи мотиваційним виснаженням;

- характеризується порушенням продуктивності в роботі та втому, безсонням, підвищеною схильністю до соматичних захворювань, а також вживанням алкоголю та інших психоактивних речовин з метою отримати тимчасове полегшення, що має тенденцію до розвитку фізичної залежності та суїцидальної поведінки;

- певний тип реагування на хронічний професійний стрес, який дозволяє людині дозувати та економити енергетичні ресурси;

- стрес-реакція у відповідь на жорсткі виробничі та емоційні вимоги, які витікають з надмірної включеності людини до своєї роботи та зменшення часу на сімейне життя та відпочинок;

- виникаючі соматичні та психологічні зміни мають несприятливі наслідки для здоров'я та професійної діяльності спеціаліста.

Згідно з сучасними уявленнями, під «емоц-

ійним вигоранням» розуміють стан фізичного, емоційного та розумового виснаження, що виявляється в професіях соціальної сфери.

На сьогодні до факторів, що викликають вигорання відносять індивідуальні особливості працівників (індивідуальні фактори – вік, стать, кваліфікація, особистісні властивості) та особливості професійної діяльності (організаційні фактори) [2, 6, 7, 9].

Так синдром вигорання більш виражений у молодих спеціалістів (20 – 30 років) та осіб старше 50 років. Схильність молодших по віку працівників до вигорання пояснюють емоційним шоком, який вони переживають при зіткненні з реальною практикою, що йде в розріз з їх очікуваннями та бажаннями, тоді як у спеціалістів старшої вікової категорії – пов'язано з рівнем задоволеності своїми професійними здобутками [6].

У більшості досліджень відмічено, що більш схильними до вигорання є жінки внаслідок високих робочих перевантажень та поєднання професійних обов'язків з домашніми справами і сімейними обов'язками. Аналіз складових синдрому вигорання виявив, що у жінок переважає емоційне виснаження, а у чоловіків – дегуманізація [2]. У осіб, які не перебувають у шлюбі та ніколи не були одруженими, ризик вигорання є більшим. Таким чином, родина або наявність значимих міжособистісних стосунків виступають ресурсом підтримки та допомоги для індивіда.

Високими є рівні вигорання як серед висококваліфікованих, так і низькокваліфікованих спеціалістів. В першому випадку синдром вигорання пов'язаний з високим рівнем домагань і очікувань, у другому – неможливістю повноцінно самоствердитися та реалізуватися як фахівець.

Особистісні властивості працівників, які впливають на розвиток вигорання, описуються у поняттях психологічної та фізичної витрива-

лості, чутливості (сприйнятливості) до чужого горя, стресостійкості, комунікабельності, рівня конфліктності [1, 6, 9]. Так висока особистісна витривалість зменшує ризик вигорання, тоді як низька – збільшує. Також синдром вигорання тісно пов'язаний з пасивними тактиками протидії стресу (уникнення, відволікання), які спрямовані на зняття симптому (напр., зменшення тривоги), а не на вирішення проблеми. У працівників з високою самооцінкою вигорання виникає рідше. Такі особистісні риси як тривожність, агресивність, емоційна чутливість є сприятливим підґрунтям для виникнення вигорання.

Організаційні фактори, які впливають на розвиток синдрому вигорання, є наступними: робоче перевантаження та понаднормова робота; велика кількість пацієнтів та брак часу; безпосередній контакт з пацієнтами; потреба у тісному спілкуванні з пацієнтами часто на складні теми; мінімальна ефективність вирішення проблем пацієнта; ступінь самостійності та незалежності працівника у своїй діяльності, можливість приймати важливі рішення; рівень соціальної підтримки від колег та керівництва; контингент хворих (пацієнти з тяжкими фізичними недугами, психічними розладами); стимулювання співробітників (подяки, премії). Важливим є не тільки сам розмір винагороди, але і його співвіднесення з власними затраченими зусиллями та зусиллями своїх колег по роботі; рольовий конфлікт (відсутність достатньої інформації та ресурсу для виконання обов'язків, нечіткість обов'язків, їх нерівномірний розподіл).

Синдром вигорання – це процес, що розвивається у часі та починається з надмірного та тривалого стресу на роботі, проходить ряд фаз, а саме, «напруження», «резистенції» та «виснаження», і супроводжується фізичним, емоційним та психічним виснаженням [9].

Ознаками, що вказують на фізичне виснаження є: хронічне відчуття втоми, слабості, нудьги, втрати життєвого тону; часті головні болі, болі в спині, м'язове напруження, порушення сну, гастроінтестинальні та кардіоваскулярні симптоми; сприйнятливості до інфекційних захворювань, підвищена захворюваність та травматизм. Ознаки емоційного виснаження: відчуття пригніченості, тривоги, безпорадності, безнадії; підвищена напруженість та конфліктність у сім'ї; збільшення частоти та інтенсивності негативних емоцій (дратівливість, гнів, нетерплячість та ін.); зниження частоти та рівня позитивних емоцій (співчуття, дружелюбності, турботливості та ін.). Ознаки психічного виснажен-

ня: незадоволення та негативне відношення до себе, роботи та життя в цілому; поведінка, пов'язана з уникненням роботи (прогули, лікарняні листи, ін.).

Синдром вигорання включає в себе три основні складові: емоційне виснаження, деперсоналізацію (дегуманізацію) і професійні досягнення [1]. Під емоційним виснаженням розуміють відчуття емоційної спустошеності і втоми, викликане власною роботою. Дегуманізація виявляється у дистанціюванні та розвитку негативного ставлення до своїх колег і пацієнтів. Професійні досягнення самооцінку продуктивності і ефективності, досягнень спеціаліста у професійній діяльності, або виникнення почуття некомпетентності у своїй роботі, усвідомлення неуспіху в ній.

Результати проведених досліджень серед співробітників онкологічних лікувальних закладів свідчать про високу емоційну значимість для медпрацівників протрагованої психотравмуючої ситуації. Серед лікарів онкологічного профілю високий рівень емоційного виснаження визначається у 15 – 25% працівників, деперсоналізація 4 – 15%, самооцінка особистісних досягнень 30 – 65% [1, 2]. Тобто, значна частина висококваліфікованих спеціалістів переживає виражений стрес на робочому місці, який веде за собою негативні наслідки для здоров'я та відображається на продуктивності діяльності.

Вищевикладене обумовлює вивчення джерел професійного дистресу та у подальшому пошук шляхів запобігання та психокорекції «синдрому вигорання». На сьогодні основними напрямками психологічних втручань спрямованих на синдром вигорання є інформування – психоосвітні програми для медичних працівників та навчання – комунікативні тренінги, орієнтовані на формування комунікативної компетентності медперсоналу і ефективної взаємодії з пацієнтами [12 – 16].

Отже, важливим практичним завданням у формуванні системи медико-психологічної допомоги у сфері психоонкології є визначення типових стресових факторів та способів їх профілактики і корекції індивідуально та диференційовано у кожній конкретній ситуації в залежності від фінансового, кадрового ресурсу організації (лікарні), контингенту хворих, залученості психосоціального ресурсу (волонтери, благодійні фонди).

Метою даної роботи було дослідження феномену емоційного вигорання у лікарів, які надають допомогу онкохворим дітям, а також, визначення основних джерел професійного дистре-

су та заходів його психопрофілактики і психокорекції для даної категорії спеціалістів.

Для досягнення поставленої мети проводилося психодіагностичне обстеження та анкетування 23 лікарів (7 чоловіків – 30,4% та 16 жінок – 69,6%), які працюють у відділеннях дитячої онкології або онкогематології. Вік опитуваних – від 27 до 52 років, стаж роботи у сфері дитячої онкології становив від 1 до 23 років.

Визначення рівня емоційного вигорання проводилося за методикою МВІ – Human Services Survey [17], яка дозволяє диференційовано оцінити рівень вигорання – низький, середній та високий, за складовими компонентами – емоційне виснаження, деперсоналізація (дегуманізація) та професійні досягнення. Перші дві шкали – емоційного виснаження та дегуманізації відображають «негативний вплив» професійного стресу, тоді як третя шкала оцінює здобутки

спеціаліста у сфері діяльності. Для виявлення основних джерел професійного стресу та медико-психологічних втручань, спрямованих на психопрофілактику та психокорекцію негативного впливу дезадаптуючих виробничих факторів, було проведено анкетування лікарів за спеціально розробленим опитувальником.

У табл. 1 та рис. 2 наведено результати дослідження емоційного вигорання серед лікарів, які працюють у сфері дитячої онкології. Високий рівень емоційного виснаження було визначено у 17,4% опитуваних, середній – 34,8% та низький у 47,8% осіб. Щодо дегуманізації отримано наступні дані: високий рівень виявлено у 8,7% лікарів, середній та низький відповідно у 30,4% та 60,9% працівників. Достатню задоволеність своїми здобутками у професійній сфері виказали 34,8% лікарів, відносно – 30,4% осіб та низьку у 30,4% опитуваних.

Таблиця 1

Рівні емоційного вигорання за складовими серед лікарів, які працюють у сфері дитячої онкології (%±m)

Складові вигорання	Рівень		
	Низький (0 – 16 балів)	Середній (17 – 26 балів)	Високий (27 та більше балів)
Емоційне виснаження	47,8±5,0	34,8±4,8	17,4±3,8
Деперсоналізація	60,9±4,9	30,4±4,6	8,7±2,8
Професійні досягнення	30,4±4,6	34,8±4,8	34,8±4,8

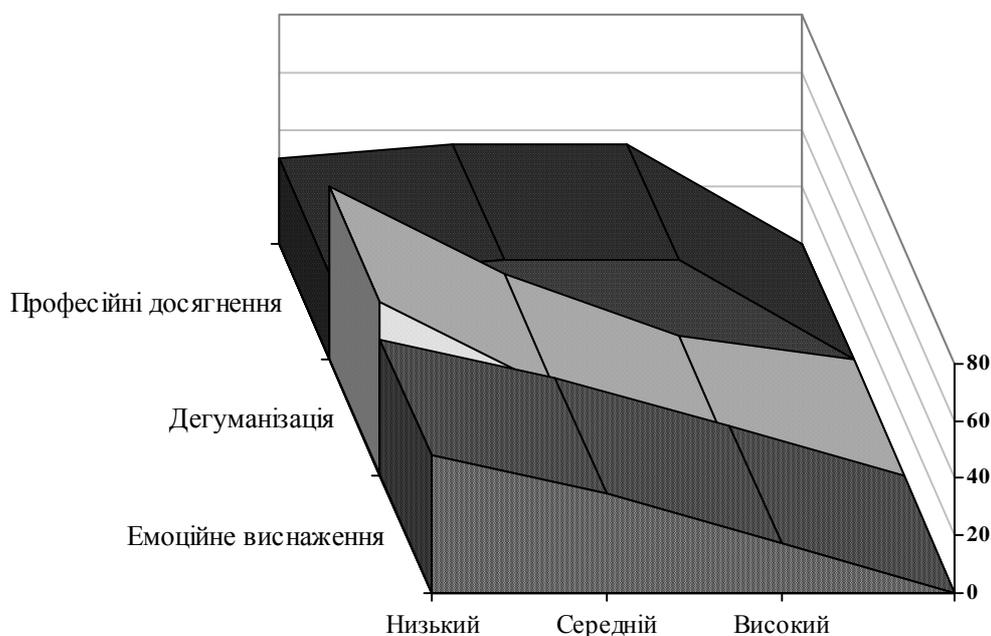


Рис. 1. Розподіл компонентів вигорання серед лікарів в залежності від рівня його вираженості

Отже, кожен п'ятий лікар, який надає допомогу онкологічно хворим дітям, переживає дистрес, пов'язаний з професійною діяльністю, що виражається зрушеннями в психоемоційній сфері, зміні оціночних установок стосовно до осіб, з якими вони працюють, формуванні негативного відношення до результатів своєї роботи і власної компетентності.

Проаналізувавши особливості діяльності у сфері дитячої онкології виявлено характеристики, які супроводжують виробничий процес в цілому, а саме:

- Робоче перевантаження ("потік пацієнтів" у поєднанні з браком часу);
- Виконання складних діагностичних та лікувальних процедур;
- Праця у умовах обмеженого матеріального (ліки, апаратура) та кадрового ресурсу (неповна укомплектованість кадрами);
- Спілкування з хворими дітьми, а також їх батьками, які перебувають у стресовому стані та часто проявляють негативні емоції (агресію, роздратування, конфліктують);
- Емоційна залученість у проблеми пацієнтів на основі психологічних особливостей взаємодії дорослого та дитини;
- Потреба у знанні вікової психології та навиках і специфіки взаємодії з дітьми різного віку;

- Медичний персонал стає «свідком фізичних та емоційних страждань» дитини та її родини;
- Складність проблем пацієнтів та неможливість їх повністю вирішити (вилікувати);
- Повідомлення «поганих новин» щодо діагнозу, ефективності лікування, прогнозу;
- Необхідність тісного спілкування з родиною дитини на всіх етапах лікувального процесу;
- Потреба прийняття рішень, що впливають на тривалість та якість життя пацієнта.

Отже, виходячи з наведеного, професійна діяльність дитячого лікаря-онколога здійснюється у досить стресогенних умовах, що в результаті можуть викликати розвиток синдрому вигорання.

Розглянувши більш детально результати анкетування за основними джерелами стресу для спеціалістів, які працюють в дитячій онкології, було встановлено, що найбільше психоемоційне напруження у порядку зменшення впливу викликали: смерть пацієнта – 86,9%; повідомлення діагнозу та «поганих новин» під час діагностики та лікування – 82,6%; залученість у сімейні конфлікти – 73,9%; спілкування з батьками хворої дитини – 69,6%; спілкування з онкохворими дітьми – 30,4%; ведення медичної документації – 26,1%; взаємодія з керівництвом – 21,7% та взаємодія з колегами – 17,4% (рис. 2).

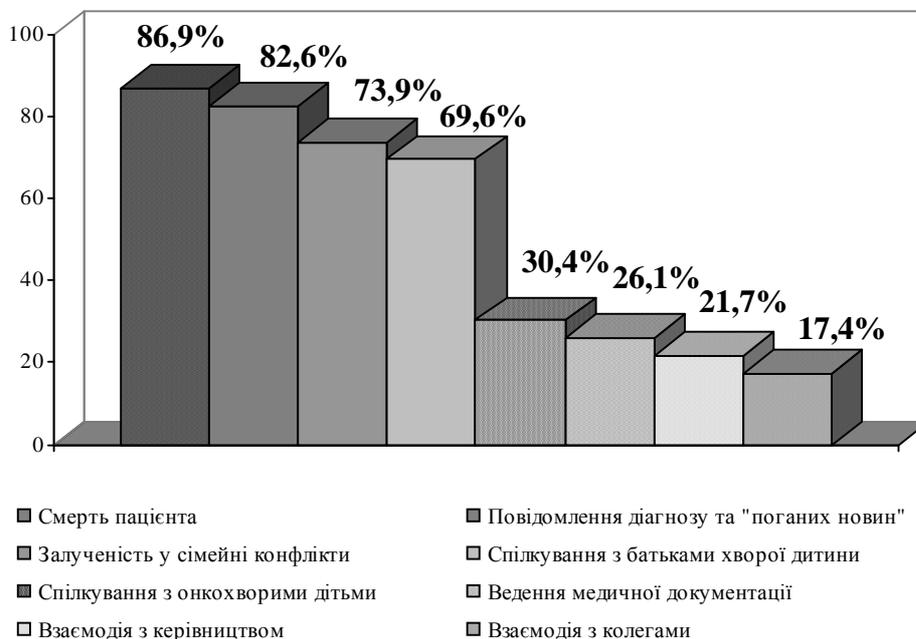


Рис. 2. Основні джерела дистресу дитячих лікарів-онкологів

За самооцінкою стани психоемоційного напруження, викликані роботою, проявлялися знизеним настроєм, тривогою та страхами, дратівливістю, втомою і виснаженням, що проявлялися

ся на робочому місці та у разі поглиблення психологічної дезадаптації переносилися на особистісне життя.

Враховуючи той факт, що діяльність дитячого

лікаря-онколога проходила у досить стресогенних умовах, і кожен п'ятий спеціаліст переживав дистрес, пов'язаний з роботою, що виражалося у емоційному виснаженні, дегуманізації та знеціненні власної праці, необхідним було розроблення та впровадження заходів медико-психологічної допомоги. Відповідно виникала потреба у виборі змісту та форми психологічних втручань, які б запобігали виникненню професійної дезадаптації.

З даною метою у опитувальник для лікарів були включені питання щодо потреби у медико-психологічних заходах і отримано наступні результати. 100% опитуваних відповіли ствердно на запитання щодо присутності психолога чи психотерапевта в відділенні дитячої онкології або онкогематології, робота якого мала бути спрямована на психологічну допомогу дітям – 100%, їх сім'ї – 100%, медичному персоналу – 73,9%, та участі у підготовці волонтерів – 60,9%. Також, 69,6% лікарів зазначили, що періодично виникала потреба у консультаціях лікаря-психіатра у зв'язку з ризиком появи психічних розладів у дітей та необхідності їх диференційної діагностики та лікування.

У зв'язку з професійною діяльністю та високим рівнем дистресу у 26,1% обстежених вини-

кали думки звернутися за консультацією до психолога. Основними причинами самозвернення декларувалися стан хронічного стресу – 60% осіб, труднощі у спілкуванні з рідними хворої дитини – 40%, проблеми з колегами чи керівництвом – 20%, з метою профілактики – 20%.

З запропонованого переліку медико-психологічних заходів, спрямованих на психопрофілактику і психокорекцію «синдрому вигорання», лікарям було запропоновано обрати найбільш затребувані (рис. 3). Щодо інформування найбільшу зацікавленість викликали питання:

- Психології медичного працівника – 43,5%;
- Повідомлення діагнозу та «поганих новин» – 39,1%;
- Розпізнавання та лікування психічних розладів у онкохворих дітей – 34,7%;
- Спілкування з онкохворими дітьми та їх родиною – 34,7%.

Більший інтерес лікарі виявили до заходів, спрямованих на оволодіння корисними у роботі практичними навиками: протидії стресу – 52,2%, поведінки в конфліктних ситуаціях – 52,2%, спілкування – 47,8%, вираження потреб та досягнення мети – 43,5%, регулювання рівня напруги – 43,5%.



Рис. 3. Потреба у психосоціальному та інтервенційному медико-психологічному заходах

Визначені фактори професійного дистресу, потреба в інформації та навиках у лікарів, які надають медичну допомогу онкохворим дітям, були покладені в основу розроблення індивідуалізованої та диференційованої системи медико-психологічної допомоги у сфері дитячої онкології.

Враховуючи вищесказане психоосвітні заходи мають включати інформаційні блоки, що стосувалися основ психоонкологічних знань з першочерговим виконанням заявлених під час опитування тем:

- Психологічний стан онкохворих дітей та їх родини на різних етапах лікувального процесу;
- Психічні розлади у дітей з онкологічними захворюваннями, їх розпізнавання. Психофармакотерапія у дитячій онкології;
- Роль та значення родини хворої дитини у лікувальному процесі. Дитячо-батьківські стосунки. Переживання втрати;
- Психологія медичного працівника. Синдром емоційного вигорання;
- Психологічна та психотерапевтичні допомога у сфері дитячої онкології;
- Медико-психологічні аспекти лікування соматичних симптомів, в особливості контролю больового синдрому;
- Медико-психологічні аспекти паліативної допомоги;
- Медична психологія окремих нозологій: онкогематологічних хвороб, пухлин мозку, зло-

якісних новоутворень кісток та м'який тканин;

- Якість життя, психологічні та психосоціальні фактори у дітей, які пройшли протипухлинне лікування та є вилікованими, чи знаходяться у тривалій ремісії;
- Медико-психологічні аспекти пересадки кісткового мозку;
- Етико-правові аспекти у дитячій онкології;
- Вплив протипухлинного лікування на фізичний та психічний розвиток дитини.

Особливо важливим у наданні медико-психологічної допомоги лікарям даного профілю є не лише інформування, але і формування комунікативної компетентності, навчання ефективним стратегіям поведінки в конфліктних ситуація та способах боротьби з професійним стресом шляхом проведення тренінгових та балінтовських груп, проблемно-орієнтованих дискусій з елементами тренінгу.

Таким чином, у дослідженні було виявлено поширеність та структуру синдрому вигорання у лікарів, які надають медичну допомогу онкохворим дітям, визначено основні джерела професійного дистресу та медико-психологічні заходи, спрямовані на їх психопрофілактику та психокорекцію. І важливість подібних втручань у сфері дитячої онкології є важливою у зв'язку з тим, що дозволяє зберігати кваліфікованих працівників у сфері охорони здоров'я та їх психічне здоров'я, покращувати якість надання медичної допомоги дітям з онкологічною патологією.

О. В. Пионтковская

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ ДИСТРЕСС И СИНДРОМ ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

КЗОЗ Областная детская клиническая больница № 1, Харьков

В исследовании было обнаружено распространенность и структуру синдрома выгорания у врачей, которые работают в отделениях детской онкологии или онкогематологии, определены основные источники профессионального дистресса и медико-психологические меры, направленные на их психопрофилактику и психокоррекцию. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 29-36).

O. V. Piontkovskaya

PROFESSIONAL DISTRESS AND BURNOUT SYNDROME IN DOCTORS WORKING IN THE FIELD OF PEDIATRIC ONCOLOGY

Kharkov Regional Clinical Hospital № 1, Kharkiv

In study was found the prevalence and structure of burnout syndrome in physicians working in pediatric oncology and oncohematology, the main sources of professional distress and psychological measures of their psychological prophylaxis and psychocorrection. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 29-36).

Література

1. Maslach, C. Job Burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 397 – 422.
2. *Psycho-Oncology* / J. C. Holland, W.S. Breitbart, P. B. Jacobsen [et oth]. – Oxford University press, 2010. – P. 712.
3. Schraub S. Burnout syndrome in oncology / S. Schraub, E Marx // *Bulletin du cancer*. – 2004. – v. 91 (9). – P. 673-676.
4. Васильева А.Ю. Профессиональное выгорание медицинских работников онкологического профиля / А.Ю. Васильева // *Архів психіатрії*. – 2008. – Т. 14, № 2 (53). – С. 48 – 51.
5. Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоед'юкативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу / І. Р. Кужель, М. В. Маркова // *Медична психологія*. – 2010. – Т. 5, № 1. – С. 34 – 39.
6. Орел В. Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования / В. Е. Орел // *Психол. журн*. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 90-101.
7. Пыркoв С. Г. Сравнительная характеристика эмоционального выгорания у медицинских работников различных специальностей / С. Г. Пыркoв, Е. М. Выговская // *Журн. психиатрии и мед. психологии*. – 2009. - № 2 (22). – С. 121-124.
8. Шестопалова Л. Ф. Дослідження системи оцінок лікарів відносно терапевтичного середовища медичного закладу психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова // *Укр. вісн. психоневрології*. – 2008. – Т. 16, № 2. – С. 74-76.
9. Юрьева Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников / Л. Н. Юрьева. – К. : Сфера, 2004. – 271 с.
10. Михайлов Б. В. Синдром «выгорания», его причины и способы коррекции / Б. В. Михайлов, М. А. Гавриленко // *Арх. психіатрії*. – 2001. – № 4 (27). – С. 32-36.
11. Класифікація психічних і поведінкових розладів: Клінічний опис і вказівки по діагностиці. – К.: Сфера, 2005. – С. 149-151.
12. Approaching difficult communication tasks in oncology / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile [et al.] // *CA Cancer J Clin*. – 2005. – Vol. 55. – P. 164 – 177.
13. Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care / A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile [et al.] // *Arch Intern Med*. – 2007. – Vol. 167. – Issue 5. – P. 453 – 460.
14. Psychiatric concomitants of cancer, screening procedures, and training of health care professionals in oncology: the paradigms of psycho-oncology in the psychiatry field / L. Grassi, J. C. Holland, C. Johansen [et al.] // *Advances in Psychiatry*. – 2005. – Vol. 2. – P. 59 – 66.
15. Teaching communication skills to medical oncology fellows / A. L. Back, R. M. Arnold, J. A. Tulsky [et al.] // *J Clin Oncol*. – 2003. – Vol. 21. – P. 2433 – 2436.
16. Васильєва Г. Ю. Ефективність корекції емоційного вигорання фахівців-онкологів як один з індикаторів якості медичної допомоги хворим на онкологічну патологію / Г. Ю. Васильєва // *Медичні перспективи*. – 2010. – Т. XV/1. – С. 81 – 83.
17. Maslach C. The truth about burnout: How organization cause personal stress and what to do about in / C. Maslach, M. P. Leiter // *San Francisco*. – CA: Jossey-Bass, 1997. – 287 p.

Поступила в редакцію 17.06.2012

УДК 616.89-008.442.36-055.2:616.891.7

*В.И. Пономарёв¹, В.З. Варибрус²***КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭРОГЕННЫХ ЗОН, КОПУЛЯТИВНЫХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ И ПАРТНЕРСКИХ ЦИКЛОВ ПРИ СОЧЕТАННОМ РАССТРОЙСТВЕ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ (В ФОРМЕ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ТАКТИЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ) И АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЖЕНЩИН**¹Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, ²ХМАПО

Ключевые слова: сочетанная (коморбидная) патология, расстройство психосексуального развития, нарушение сексуального тактильного предпочтения, алкогольная зависимость, женщины

В современной аддиктологии под коморбидизирующими факторами понимают причинные структурирующие факторы коморбидизации, порождающие коморбидность на том или ином этапе болезни [1]. Доказательное выделение коморбидизирующих факторов (КФ) и создание на основе такого выделения предиспозиционного коморбидизирующего профиля (ПКП) при сочетанной патологии является актуальной научно-прикладной зада-

чей, так как позволяет прогнозировать направление и темп генерализации коморбидности и выстраивать соответствующие терапевтические алгоритмы.

Целью проведенного нами исследования являлось доказательное выделение дизонтогенетических (психосексуальных) коморбидизирующих факторов при формировании сочетанных (ассоциированных, коморбидных) форм алкогольной зависимости у женщин.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие 46 женщин с сочетанной алкогольной зависимостью и расстройством психосексуального развития в форме нарушения тактильного сексуального предпочтения (F10.2., F66.2. по критериям МКБ-10), находившихся на лечении в ХОНД, ХОКНБ, жителей г. Харькова и Харьковской области. Средний возраст пациенток составил 23,5 лет (min 21 – max – 26 лет). Все пациентки состояли в браке. Общим сквозным признаком являлось наличие у них проблемных отношений с брачным сексуальным партнером. Во всех случаях были обследованы также мужья пациенток. Группу сравнения составили 30 супружеских пар, в которых женщины страдали алкогольной зависимостью (F10.20), но не имели признаков нарушения тактильных сексуальных предпочтений.

Применяемые методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-сексопатологический, статистический.

Оценка аддиктивного статуса испытуемых в группах сравнения проводилась с помощью стандартного AUDIT скринингового теста [2].

При изучении мотивов потребления алко-

голя и разработки мотивационного профиля личности испытуемых использовалась «Методика шкалирования оценки МПА», разработанная В.Ю. Завьяловым [3]. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю осуществлялась в соответствии с глоссарием Е.В. Чередниченко – В.Б. Альшутлера [4].

Стандартное сексопатологическое обследование дополнялось следующими методами:

Эффективность важнейших эрогенных зон и сочетаемость их эрогенных показателей (ЭП) у партнеров изучали по методике В.И. Здравомыслова [5]. Обследование проводили в два этапа.

На первом этапе, используя перечень эрогенных зон, приведенных в Стандартной карте сексологического обследования, устанавливали раздельно у мужа и жены главные для них эрогенные зоны. Степень отношения женщин и мужчин к стимуляции той или иной зоны по В.И. Здравомыслову [5] градуируется по шкале, в которой 0 означает индифферентное отношение, т.е. отсутствие гратуальных (приятных) ощущений; +1 – наличие приятных, но не возбуждающих ощущений; +2 – наличие очень приятных и

частично возбуждающих ощущений; +3 - наличие сильно возбуждающих ощущений, А-1 - наличие слабо выраженных неприятных ощущений, В-2 - наличие выраженных неприятных ощущений, С-3 - наличие сильно выраженных неприятных ощущений и резко отрицательных эмоций. Эрогенные зоны по В.И. Здравомыслову с максимальным эрогенным показателем (+3) считали главными.

На втором этапе выявляли наличие или отсутствие соответствия эрогенных зон партнеров по топическому критерию. Совпадение главных генитально расположенных эрогенных зон у партнеров квалифицировали как эрогенную нормотопию, все остальные варианты сочетаний главных эрогенных зон - как эрогенную дистопию.

Топическую адекватность и функциональность эрогенных зон у супругов оценивали по критериям М.В. Екимова [6]. Обследование проводили в три этапа.

На первом этапе устанавливали отдельно у сексуальных партнеров наличие/отсутствие эрогенной зоны (зон), её генитальное/внегенитальное расположение и степень участия в реальном коитусе; адекватность ощущений в реальном

партнерском сексе, эксплуатируемость эрогенной зоны и её роль в достижении коитального оргазма, а также связанность эрогенной зоны с механизмами оргазма.

На втором этапе проводили оценку топической адекватности и функционального состояния эрогенных зон отдельно у пациентки и её сексуального партнера. Топическая и функциональная адекватность эрогенных зон квалифицировалась при наличии зрелых генитальных адекватных эрогенных зон; топическая и функциональная неадекватность эрогенных зон квалифицировалась в случаях отсутствия зрелых эрогенных зон; топическая неадекватность при функциональной адекватности эрогенных зон устанавливалась при наличии зрелых внегенитальных эрогенных зон; топическая адекватность, сочетающаяся с функциональной неадекватностью эрогенных зон определялась при наличии зрелых генитальных неадекватных эрогенных зон.

На третьем этапе проводили оценку эрогенного соответствия в паре.

Структурный анализ стадий и составляющих копулятивного цикла в парах проводили по критериям, предложенных Васильченко Г.С. [7].

Результаты исследования и их обсуждение

Нарушение психосексуального развития (ПСР) в виде атопии (отсутствия) зрелых эрогенных зон было установлено у 12 (26,08%) пациенток основной группы (1-й тип нарушения сексуального тактильного предпочтения - НСТП).

Нарушение ПСР в виде гетеротопии (внегенитальной локализации) функционально зрелых эрогенных зон было выявлено у 18 (39,13%) пациенток основной группы (2-й тип НСТП).

Нарушение ПСР в виде эктопии зрелых генитальных эрогенных зон было установлено у 16 (34,78%) пациенток (3-й тип НСТП).

В группе сравнения у всех женщин эрогенные зоны были топически и функционально адекватны ($p < 0,01$).

Структурный анализ состояния стадий индивидуальных копулятивных циклов супругов в актуальном браке по критериям Г.С. Васильченко [7] позволил установить следующее:

Мужские циклы с момента установления сексуальных отношений в паре и до установления в парах акумуляции, характеризовались как коитальные, сохраняемые, континуальные и полные.

Циклы всех жен с алкогольной зависимостью

в основной группе с момента установления сексуальных отношений с брачным партнером и до установления в парах акумуляции характеризовались как коитальные, нарушенные и искаженные, континуальные и неполные (отсутствовало большинство облигатных стадий цикла). В период установления в парах акумуляции и на момент обследования, циклы всех супругов характеризовались как тотально редуцированные, т.е. отсутствующие.

У всех жен первым признаком нарушения индивидуального копулятивного цикла являлась коитальная аноргазмия. При этом половое влечение к мужьям было выражено, что указывало на изначальную сохранность психической стадии во всех циклах ($p < 0,01$).

Нарушение сенсорно-ирритативной стадий устанавливалось у всех пациенток с первым и вторым типом НСТП и проявлялось в спаде сексуального возбуждения в ответ на адекватные действия сексуального партнера. Ласки гениталий в прекоитальном периоде, производимые супругом были безразличны у всех пациенток с первым и вторым типом НСТП и частично приятны у пациенток с третьим типом НСТП. При

изучении фрикционного периода в женских циклах было обнаружено отсутствие фрикционной активности у всех жен (отсутствие контрфрикций) и отсутствие феномена нарастающего сексуального возбуждения, характерного для нормативного течения данной стадии. Вне зависимости от продолжительности фрикционного периода, сексуальное возбуждение критически снижалось (исчезало) у всех женщин в парах с первым типом НСТП и литически снижалось у женщин со вторым и третьим типами НСТП, что и предопределяло развитие критической редукции (выпадение) стадии оргазма во всех женских циклах.

Редукция оргастической стадии на клиническом уровне проявлялась коитальной аноргазмией. Нарушение оргазма являлось относительным. Это означало отсутствие оргазма во время близости при возможности его наступления вне полового акта.

Резидуально-ирритативная стадия характеризовалась как частично редуцированная во всех циклах у пациенток при первом типе НСТП и как пролонгированная при втором и третьем типах НСТП: сексуальное возбуждение сохранялось у них до 1,5 часов после окончания полового цикла у мужа.

На изменение качественных параметров копуляции все женщины с первым типом НСТП реагировали фиксацией сексуального стереотипа, а женщины с вторым и третьим типами НСТП – редукцией половой активности ($p < 0,01$).

По мере нарастания эрогенного несоответствия в парах нарушалась психическая стадия во всех женских циклах. Ее нарушение проявлялось в гиполибидемии. На изменения сложившегося сексуального стереотипа, и прежде всего, на его редукцию, мужа реагировали однотипно: интенсифицировали прекоитальные ласки, пытались пролонгировать половой акт, осуществляли повторный половой акт, однако, все их усилия оказывались безрезультатными.

Ретроспективно было установлено, что редукция сексуального стереотипа, инициированная женами, вызывала напряженность межличностных отношений в парах. Мужья вербализовали свои подозрения о наличии у жен внебрачного партнера, обвиняли жен в «холодности», «отсутствии любви». Все перечисленное значительно ухудшало межличностные отношения супругов ($p < 0,01$). Вследствие ухудшения межличностных отношений сексуальные отношения в парах редуцировались до акумуляции.

Достоверно установлено, что невозможность

полноценного удовлетворения со значимым партнером сексуальной потребности и угроза разрыва брачных отношений являлись для всех пациенток сильными психотравмирующими факторами. Во всех случаях женщины для снятия психоэмоционального напряжения, связанного с особенностями их сексуального функционирования и сексуального взаимодействия с партнером регулярно употребляли спиртные напитки изначально по мотивам атаракции, а по мере формирования алкогольной зависимости – по патологическим мотивам.

Феноменология нарушения стадий индивидуальных женских копулятивных циклов на момент исследования была представлена такими патосексуальными феноменами как алибидемия (*alibidemia relativa* – ALR) и относительная аноргазмия (*anorgasmia relativa* – AORm).

Структурный анализ партнерских копулятивных циклов супругов позволил установить следующее:

Партнерские циклы всех супругов с самого начала брака характеризовались как рассогласованные (прежде всего, из-за редукции оргастической стадии во всех женских циклах).

Рассогласованность партнерских копулятивных циклов расценивалась как признак сексуальной дезадаптации во всех изученных случаях. Состояние акумуляции – отсутствия партнерского копулятивного цикла на момент исследования было установлено во всех парах ($p < 0,01$). Акумуляция квалифицировалась как вторичная, т.е. сложившаяся после периода наличия в паре копулятивного цикла и также расценивалась как признак сексуальной дезадаптации. Акумуляция во всех случаях устанавливалась по инициативе женщин и была обусловлена ухудшением межличностных отношений между супругами ($p < 0,01$).

Обобщая данные структурного анализа состояния стадий копулятивных циклов супругов и их соответствия, можно заключить, что во всех изученных нами супружеских парах имело место сочетанное нарушение стадий и искажение стадийности женских копулятивных циклов (при первичном поражении оргастической стадии), а также рассогласованность партнерских копулятивных циклов.

Нарушения в женских копулятивных циклах были представлены исключительно тормозными сексопатологическими феноменами ($p < 0,01$).

Искажения проявлялись в нарушении стадийности: редукции оргастической и искажении фрикционной стадии во всех, редукции или про-

лонгации резидуально-ирритативной стадий в большинстве циклов, а так же в неполноте самих циклов ($p < 0,01$). Во всех случаях нарушения в женских копулятивных циклах предшествовали развитию алкогольной зависимости.

В группе сравнения копулятивный цикл в супружеских парах изначально характеризовался как сохраненный и согласованный ($p < 0,01$) и нарушался по мере формирования алкогольной зависимости.

Проведенный структурный анализ составляющих копулятивных циклов по Васильченко Г.С. [7] позволил установить нарушение психической составляющей копулятивного цикла у всех жен из-за наличия у них алкогольной зависимости. Составляющие копулятивного цикла у всех мужей на момент исследования были сохранены.

У всех пациенток и их мужей в группах сравнения было установлено наличие правильного полового самосознания и гетеросексуальной ориентации, а также их соответствие. Соматосексуальное развитие у всех супругов было своевременным. Все мужчины относились к маскулинному, а женщины – к фемининному типам. Акцентуаций и трансформаций полоролевого стереотипа ни у кого выявлено не было. Психосексуальное развитие у всех мужей было своевременным, гармоничным и завершенным, у всех жен – нарушенным ($p < 0,01$).

Нарушения психосексуального развития у всех жен проявлялось в искажении процесса нормативного формирования тактильных сексуальных предпочтений, т.е. процесса формирования адекватных, зрелых (оргазмозапускающих) эрогенных зон. Основной причиной искажения формирования тактильных сексуальных предпочтений являлись неадекватные формы мастурбации, практикуемые пациентками в докоитальный период.

У большинства жен в парах с первым типом НСТП ретроспективно были установлены практика миотонической мастурбации, у части – психической мастурбации. У всех жен со вторым и третьим типом НСТП были установлены особые аутогстимуляционные практики (генитальная стимуляция струей воды, предметами, имитирующими половой член, анальная мастурбация и пр.).

Формально третья стадия (формирования сексуального либидо) третьего этапа психосексуального развития (ПСР) была завершена у всех жен основной группы: к моменту вступления в брак все они вступили в гетеросексуальные отношения, но ни в одном случае не был отмечен

опыт переживания оргастических ощущений при коитусе ($p < 0,01$). Это означает фактическую незавершенность психосексуального развития, так как нормативно психосексуальное развитие у женщин завершается формированием коитально адекватных тактильных сексуальных предпочтений (переживание оргазма при коитусе) [6].

Анализ эффективности эрогенных зон супругов и расчет их эрогенных показателей (ЭПЗ) по В.И. Здравомыслову [5] позволили установить нулевое значение интегрального эрогенного показателя стандартных эрогенных зон у всех пациенток с первым типом НСТП. Нулевое значение интегрального эрогенного показателя эрогенных зон расценивалось как признак их топической неадекватности (отсутствия – атопии). Главной эрогенной зоной у всех мужей являлась головка полового члена (ЭПЗ+3). Максимальное значение эрогенного показателя генитально расположенной зрелой (оргазмозапускающей) эрогенной зоны расценивали как признак её топической адекватности.

Несовпадение в локализации основных эрогенных зон у супругов расценивалось как топическое эрогенное несоответствие (ЭН).

Анализ топической адекватности и функционального состояния эрогенных зон по М.В. Екимову [6] позволил установить у всех пациенток с первым типом НСТП топическую и функциональную неадекватность, а у их партнеров – топическую и функциональную адекватность эрогенных зон ($p < 0,01$). У всех жен эрогенная зона: отсутствовала, в нормативном коитусе не участвовала и не способствовала достижению коитального оргазма, была прочно связана с механизмами оргазма, переживаемого в процессе осуществления особой мастурбаторной практики или эротического фантазирования ($p < 0,01$). У всех мужей основная эрогенная зона: имелась, была расположена генитально, участвовала в реальном коитальном партнерском сексе, была адекватна ощущениям в реальном партнерском сексе, эксплуатировалась в нем и способствовала достижению коитального оргазма, была прочно связана с механизмами коитального оргазма ($p < 0,01$).

У всех мужей был установлен коитально сформированный, а у всех жен – внекоитально сформированный стереотип предпочитаемых эротических ощущений ($p < 0,01$).

Топическое эрогенное несоответствие и неконгруэнтность стереотипов предпочитаемых эротических ощущений у супругов расценивалось как тотальное эрогенное несоответствие.

Главными эрогенными зонами у 12 жен со вторым типом НСТП являлись анальное отверстие (ЭПЗ+3) и ампула прямой кишки (ЭПЗ+3); у шести – соски молочных желез (ЭПЗ+3). Максимальное значение эрогенных показателей у внегенитально расположенных эрогенных зон расценивалось как признак их топической неадекватности. Главной эрогенной зоной у всех мужей являлась головка полового члена (ЭПЗ+3). Максимальное значение эрогенного показателя генитально расположенной эрогенной зоны расценивали как признак ее топической адекватности. Несовпадение в локализации основных эрогенных зон у супругов расценивалось как топическое эрогенное несоответствие.

Анализ топической адекватности и функционального состояния (зрелость/незрелость) эрогенных зон по М.В. Екимову [6] позволил установить у всех женщин топическую неадекватность и функциональную адекватность (зрелость), а у их мужей – топическую и функциональную адекватность эрогенных зон. У всех жен эрогенная зона: имелась, была расположена внегенитально и в нормативном (генито-генитальном) коитусе не участвовала; была неадекватна ощущениям в реальном партнерском сексе, не эксплуатировалась в нем, и не способствовала достижению коитального оргазма, была прочно связана с механизмами оргазма, переживаемого в процессе осуществления особых мастурбаторных практик. Эрогенные зоны всех женщин были неадекватны по методу стимуляции и стереотипу предпочитаемых ощущений относительно нормативной коитальной стимуляции. Оргазмозапускающие зоны были неэффективными и несостоятельными в партнерском сексе, так как эксплуатировались при мастурбации и формировались в результате особой мастурбаторной техники.

У всех мужей был установлен коитально сформированный, а у всех жен внекоитально сформированный стереотип предпочитаемых эротических ощущений ($p < 0,01$). Топическое эрогенное несоответствие и неконгруэнтность стереотипов предпочитаемых эротических ощущений у супругов расценивалось как тотальное эрогенное несоответствие.

У пациенток с третьим типом НСТП было установлено следующее: главными эрогенными зонами у восьми женщин являлся клитор (ЭПЗ+3); у десяти – задний свод влагалища (ЭПЗ+3) и шейка матки (ЭПЗ+3). Главной эрогенной зоной у всех их мужей являлась головка полового члена (ЭПЗ+3). Максимальное значе-

ние эрогенного показателя у генитально расположенных эрогенных зон расценивалось как признак их топической адекватности. Совпадение в локализации основных эрогенных зон у супругов расценивалось как топическое эрогенное соответствие.

Анализ топической адекватности и функционального состояния (зрелость/незрелость) эрогенных зон по М.В. Екимову [6] позволил установить у всех супругов данных пар топическую и функциональную адекватность, а у всех жен – стимуляционную неадекватность эрогенных зон. У всех жен эрогенная зона: имелась, была расположена генитально, в нормативном коитусе участвовала; но была неадекватна ощущениям в реальном партнерском сексе, не эксплуатировалась в нем, и не способствовала достижению коитального оргазма. Главные эрогенные зоны всех женщин были неадекватны по методу стимуляции и стереотипу предпочитаемых ощущений относительно нормативной коитальной стимуляции. Оргазмозапускающие зоны были неэффективными и несостоятельными в партнерском сексе, так как эксплуатировались при мастурбации и формировались в результате особой мастурбаторной техники. У всех мужей жен с третьим типом НСТП был установлен коитально сформированный, а у всех жен внекоитально сформированный стереотип предпочитаемых эротических ощущений. Сочетание топического эрогенного соответствия и неконгруэнтность стереотипов предпочитаемых эротических ощущений у супругов расценивалось как парциальное эрогенное соответствие.

Обобщая данные изучения эффективности эрогенных зон по В.И. Здравомыслову [5] и топической адекватности и функционального состояния (зрелость/незрелость) эрогенных зон по М.В. Екимову [6], можно заключить: в процессе психосексуального развития у всех мужей основной группы были сформированы коитально адекватные, а у всех женщин – коитально неадекватные тактильные сексуальные предпочтения ($p < 0,01$). Это указывает на гармоничное и завершенное ПСР у всех мужчин и нарушенное ПСР у всех женщин основной группы.

При нормальном психосексуальном развитии характер воздействия на эрогенные зоны и предпочитаемый стереотип ощущений адекватны реальным коитальным стимулам [6].

Атопию (отсутствие) эрогенных зон, гетеротопию (внегенитальную локализацию) функционально зрелых эрогенных зон и эктопию (функциональное «выключение» зрелых гениталь-

ных эрогенных зон во время коитальной стимуляции) у пациенток с зависимостью от алкоголя мы квалифицировали, на основании критериев Екимова М.В. [6], как признаки нарушения психосексуального развития (F66.2. по критериям МКБ-10)

Выводы.

1. В изученном контингенте женщин, зависимых от алкоголя, установлено нарушение психосексуального развития в виде трех типов нарушения сексуального тактильного предпочтения: атопии (отсутствия) эрогенных зон, гетеротопии (внегенитальной локализации) функционально зрелых эрогенных зон и эктопии (функционального «выключения» зрелых генитальных эрогенных зон во время коитальной стимуляции).

2. Нарушение индивидуального психосексуального развития в форме нарушения сексуальных тактильных предпочтений является значимым дизонтогенетическим коморбидизирующим фактором ($r=0,8$, при $p<0,001$) при формировании сочетанной патологии (F10.2., F66.2.) у женщин, страдающих алкогольной зависимостью.

3. Эрогенное несоответствие у сексуальных

партнеров, обусловленное нарушением сексуальных тактильных предпочтений у женщин приводит к формированию сексуальной дезадаптации, которая проявляется в: а) выраженной и устойчивой неудовлетворенностью супругов качеством сексуального взаимодействия; б) дископуляции: нарушении и искажении индивидуальных у жен и рассогласованности партнерских копулятивных циклов; в) редукции сексуальной активности в паре вплоть до установления акопуляции (отсутствия сексуальной активности); г) невозможности супругов самостоятельно поддерживать сексуальные отношения, обеспечивающие полноценное удовлетворение их сексуальных потребностей.

Существование в парах дезадаптивных форм сексуально-эротического взаимодействия повышает психоэмоциональную напряженность между партнерами, что в свою очередь провоцирует развитие и стереотипизацию у женщин девиантных форм реагирования на сложившуюся ситуацию, в частности, на употребление алкоголя. Стереотипизация приема алкоголя с целью аттракции приводит к формированию алкогольной зависимости.

В.І. Пономарьов¹, В.З. Варібрус²

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЕРОГЕНИХ ЗОН, КОПУЛЯТИВНИХ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ТА ПАРТНЕРСЬКИХ ЦИКЛІВ ПРИ СПОЛУЧЕНОМУ РОЗЛАДІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ (В ФОРМІ ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ТАКТИЛЬНОГО ПРЕДПОЧТЕННЯ) ТА АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК

¹Харківський національний університет ім. В.Н. Каразіна, ²ХМАПО

З метою доказового виділення дизонтогенетичних (психосексуальних) коморбідизуючих факторів при формуванні сполучених (коморбідних) форм алкогольної залежності у жінок було обстежено 46 пацієнток із сполученою алкогольною залежністю та розладом психосексуального розвитку в формі порушення тактильної сексуальної переваги. В вивченому контингенті жінок, залежних від алкоголю, встановлено порушення психосексуального розвитку у вигляді трьох типів порушення сексуальної тактильної переваги: атопії (відсутності) ерогенних зон, гетеротопії (позагенитальної локалізації) функціонально зрілих ерогенних зон та ектопії (функціонального «виключення» зрілих генітальних ерогенних зон під час коїтальної стимуляції). Існування в парах дезадаптивних форм сексуально-еротичної взаємодії підвищує психоемоційну напругу між партнерами, що в свою чергу провокує розвиток і стереотипізацію у жінок девіантних форм реагування на ситуацію, що склалася, зокрема, на вживання алкоголю. Стереотипізація вживання алкоголю з метою аттракції призводить до формування алкогольної залежності. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 36-42).

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF EROGENIC ZONES, COPULATIVE INDIVIDUAL AND PARTNER CYCLES IN COMBINED DISORDER OF PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT (IN FORM OF DISTURBANCE OF SEXUAL TACTILE PREFERENCE) AND ALCOHOL ADDICTION OF WOMEN

¹V.N. Karasin Kharkiv National University, ²KMAPE

For the purpose of the conclusive definition of disontogenetic (psychosexual) comorbid factors in forming of combined (comorbid) forms of alcohol addiction in women there were examined 46 female patients with combined alcohol addiction and disorder of psychosexual development in the form of disturbance of tactile sexual preference.

In the studied contingent of women addicted to alcohol there were identified the disturbances of psychosexual development in the form of three types of disturbance of sexual tactile preference: atopy (absence) of erogenic zones, heterotopy (extragenital localization) of functionally mature erogenic zones and ectopy (functional "switching-off" mature genital erogenic zones while coital stimulation). The presence of disadaptive forms of sexual erotic interaction in couples raises psychoemotional tension between partners. It provokes development and stereotyping of deviant forms of reacting in women, in particular, alcohol consumption. Stereotyping of alcohol consumption with the purpose of ataraction leads to alcohol addiction forming. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 36-42).

Литература

1. Чернобровкина, Т.В. Синергетическая медицина: Теоретические и прикладные аспекты в аддиктологии. Изд. 2-е дополн. [Текст] / Т.В. Чернобровкина, Б.М. Кершенгольц, А.Ф. Артемчук. — Харьков: Изд-во «Плеяда», 2007. — 240с.
2. Saunders, J.B. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative project ou early detection of persons with harmful alcohol consumption [Text] / J.B. Saunders, O.G. Aasland, T.F. Babor // Addiction. — 1993. — II. — №88. — P. 791-804.
3. Завьялов, В.Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В.Ю. Завьялов. — Новосибирск: Наука, 1998. — 196 с.
4. Чердниченко, Н.В. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом [Текст] / Н.В. Чердниченко, В.Б. Альшулер // Ж. Вопросы наркологии. — 1992. — № 3-4. — С. 14-17.
5. Здравомыслов, В.И. Функциональная женская сексопатология [Текст] / В.И. Здравомыслов, З.Е. Анисимова, С.С. Либих. — Алма-Ата. Казахстан, 1985. — 272 с.
6. Екимов, М.В. Мастурбация и сексуальные дисфункции: Уч. пос. [Текст] / М.В. Екимов. — СПб.: Издательский Дом СПбМАПО, 2006. — 128 с.
7. Частная сексопатология (Руководство для врачей). Т.2. [Текст] / Под ред. проф. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — 352 с.

Поступила в редакцию 11.06.2012

УДК 616.89-057-051-085

*М. І. Продан***ЕМОЦІЙНА СКЛАДОВА ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СЕРЕДНЬОГО МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ, ЩО ПРАЦЮЄ З ХВОРИМИ НА ОСОБЛИВО НЕБЕЗПЕЧНІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

Берегівський медичний коледж, м. Берегове

Ключові слова: професійна дезадаптація, середній медичний персонал, емоційне вигорання, емоційний інтелект

Особливим напрямком роботи навчальних закладів середньої медичної освіти є підготовка молодих фахівців, які тільки починають свою професійну діяльність. Молоді фахівці, вступаючи в нову для них стадію професійного розвитку, стикаються не тільки з новими професійними вимогами і завданнями, новими умовами праці, новою системою взаємовідносин у колективі, але й виявляють досить різку невідповідність між накопиченими їми у процесі навчання академічними знаннями і реальним практичним наповненням професійної діяльності. Таким чином, для них стає актуальною проблема адаптації до вимог ситуації, що склалася, пошуку і втілення оптимальної стратегії поведінки та взаємодії з оточуючими і знаходження балансу між внутрішніми очікуваннями і реальними вимогами нової соціальної ситуації розвитку.

Численні стресові фактори, притаманні сучасному навколишньому середовищу сестринського персоналу, особливо за умови праці з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання (ХОНІЗ), чинять негативний вплив як на стан їх здоров'я, так і на професійну діяльність, формуючи професійну дезадаптацію (ПД). Треба зазначити, що професійній діяльності середнього медичного персоналу (СМП), які працюють з ХОНІЗ, притаманна низка специфічних особливостей, пов'язаних не тільки з необхідністю виконання роботи на високому професійному рівні, але й, насамперед, з підвищеним стресовим навантаженням внаслідок тісної взаємодії з проблемами пацієнта, необхідності демонстрування додаткових емпатичних

здібностей, співпереживання та співчуття, що виснажує психічний ресурс сестринського персоналу.

Стає очевидним, що крім стандартних професійних знань, умінь і навичок, в молодих фахівців СМП необхідно сформувати якісь психологічні якості, які б поліпшували їх адаптацію до складних умов праці. Зокрема, можна говорити про особливості процесу пізнання соціальних об'єктів і конструювання соціальної реальності, одним з параметрів якого можна вважати емоційний інтелект, який розглядається сучасними дослідниками як здатність особистості до ефективного спілкування за рахунок уміння розуміти і управляти своїми і чужими емоціями; вміння сприймати емоції оточуючих людей і можливості впливати на них, а також уміння рефлексувати свої власні емоційні стани і контролювати їх прояви. Традиційно в коло функцій емоційного інтелекту включаються підвищення ефективності комунікації, оптимізація міжособистісних відносин, соціально-психологічна адаптація.

Між тим, для розробки заходів підвищення емоційного інтелекту у майбутніх СМП в період навчання, як механізму превенції формування в них ПД, необхідно вивчити умови розвитку ПД у СМП в реальних умовах сучасної клінічної практики та виділити питому вагу викривлення емоційної складової даного феномену.

Враховуючи наведене, метою даної роботи було дослідження емоційної складової ПД у СМП, що працюють з ХОНІЗ, для подальшої розробки заходів їх психокорекції та психопревенції.

Матеріал та методи дослідження

За умови інформованої згоди обстежено 237 медичних сестер, що працюють з хворими на особливо небезпечні інфекційні захворювання.

Серед загальної кількості обстежених у для участі в подальшій роботі було відібрано 120 осіб, в яких за допомогою опитувальника

«Рівень професійної дезадаптації», розробленою О. Н. Родіною [1], була діагностована ПД різного ступеню вираженості. За тривалістю виявленої ПД обстежені були розділені на дві групи: особи з тривалістю ПД до року (гостра дезадаптація – 60 осіб, основна група 1, ОГ1) та особи з 2 - 5 річною ПД (хронічна дезадаптація – 60 осіб, основна група 2, ОГ2). В якості групи порівняння були досліджені 50 медичних сестер, в яких встановлено низький рівень ПД, або

її відсутність (50 осіб, ГП). Аналіз результатів здійснювали на основі даних психодіагностичного дослідження.

Дослідження емоційної складової ПД у обстежених проводили в два етапи. На першому встановлювали рівень емоційного вигорання (ЕВ) за однойменною методикою, розробленою В. В. Бойко [2], на другому проводили оцінку емоційного інтелекту респондентів із використанням опитувальника EQ Н. Холла [3].

Результати дослідження

За аналізом даних емпіричного дослідження ЕВ у обстеженого контингенту, встановлено, що 52,2% ОГ1 і 60,6% ОГ2 мали фазу резистентції синдрому ЕВ, яка характеризувалася «згортанням» професійних обов'язків, прагненням якомога менше часу витратити на виконання завдань згідно з посадою, зменшенням взаємодії з колегами та пацієнтами, розширенням сфери економії емоцій, бажанням побути на самоті, неадекватним емоційним реагуванням тощо. У 32,9% ОГ1 й 32,5% ОГ2 ЕВ проявлялось симптомами напруження, а у 14,9% ОГ1 й 6,9% ОГ2 – виснаження. У осіб ГП виражених симптомів

ЕВ не виявлено.

Вивчення симптоматичної структури ЕВ, результати якого наведені в табл. 1, свідчили, що у СМП ОГ1 та ОГ2 зі стажем роботи до 3 років розвиток синдрому відбувався як через неадекватне вибіркове емоційне реагування ($p < 0,05$), редукцію професійних обов'язків ($p < 0,05$), і переживання психотравмуючих обставин ($p < 0,05$). У обстежуваних ОГ1 та ОГ2 зі стажем роботи 5 і більше років виявлені дисконгруентні психотравмуючі переживання ($p < 0,05$), а також психосоматичні та психовегетативні порушення ($p < 0,05$).

Таблиця 1

Розподіл обстежуваних за симптоматичною структурою ЕВ

Симптоми	Групи								
	ОГ1, n=60			ОГ2, n=60			ГП, n=50		
	№	%	± m	№	%	± m	№	%	± m
Переживання психотравмувальних обставин	58	14,9	3,6	49	17,7	3,8	8	33,3	4,7
Незадоволеність собою	46	11,8	3,2	37	13,4	3,4	–	–	–
«Загнаність у глухий кут»	54	13,9	3,5	46	16,6	3,7	–	–	–
Тривога та депресія	45	11,6	3,2	36	13,0	3,4	5	20,8	4,1
Неадекватне емоційне реагування	33	8,5	2,8	24	8,7	2,8	–	–	–
Емоційна й етична дезорієнтація	32	8,2	2,7	22	7,9	2,7	–	–	–
Розширення сфери економії емоцій	31	8,0	2,7	23	8,3	2,8	4	16,7	3,7
Редукція професійних обов'язків	32	8,2	2,7	21	7,6	2,6	–	–	–
Емоційний дефіцит	16	4,1	2,0	7	2,5	1,6	–	–	–
Емоційна відчуженість	15	3,9	1,9	5	1,8	1,3	–	–	–
Особистісна відчуженість (деперсоналізація)	13	3,3	1,8	3	1,1	1,0	–	–	–
Психосоматичні та психовегетативні порушення	14	3,6	1,9	4	1,4	1,2	7	29,2	4,5
Всього	389	100,0		277	100,0		24	100,0	

Загалом за аналізом симптоматичної структури встановлено, що між синдромом ЕВ та стажем роботи із ХОНІЗ, існує достовірний зв'язок. Так, високі показники переживання психотравмуючих обставин на початку професійної діяльності у ОГ1, на нашу думку, зумовлені

відсутністю «емоційного досвіду реагування». Крім того, значення симптомів психосоматичних та психовегетативних порушень у обстежуваних ОГ2 можна пояснити «латентним реагуванням» через деформацію особистості з часом (5 і більше років) у фазі резистентції.

Результати дослідження середніх показників бальної оцінки компонентів синдрому ЕВ представлені в табл. 2, з аналізу якої можна дійти висновку, що провідними патологічними проявами ЕВ у СМП, які працюють з ХОНІЗ є емоційне відчуження ($p < 0,05$), психосоматичні порушення ($p < 0,05$), редукція професійних обов'язків ($p < 0,05$), переживання психотравмуючих обставин ($p < 0,05$), незадоволеність собою ($p < 0,05$), «загнаність у глухий кут» ($p < 0,05$), тривога та депресія ($p < 0,05$), неадекватне емоційне реагування ($p < 0,05$), емоційна й етична дезорієнтація ($p < 0,05$), розширення сфери економії емоцій ($p < 0,05$), емоційний дефіцит ($p < 0,05$).

Другим етапом оцінки емоційної складової ПД у СМП, які працюють з ХОНІЗ, було проведення дослідження емоційного інтелекту. Поняття емоційного інтелекту нами розглядалося як сукупність визначення ступеня розвитку таких людських якостей, як самосвідомість, самоконтроль, мотивація, вміння ставити себе на місце інших, навички роботи з людьми, вміння порозумітися з іншими.

Засновники дефініції емоційного інтелекту американські вчені P. Salovey і J. D. Mayer визна-

чають емоційний інтелект як «здатність сприймати і розуміти прояви особистості, що виражаються в емоціях, управляти емоціями на основі інтелектуальних процесів». Іншими словами, емоційний інтелект, на їхню думку, включає в себе 4 аспекти – здатності людини: 1) здатність сприймати або відчувати емоції (як свої власні, так і іншої людини); 2) здатність направляти свої емоції в допомогу розуму; 3) здатність розуміти, що виражає та чи інша емоція; 4) здатність управляти емоціями [4]. В трактуванні іншого дослідника феномену R. Bar-On, емоційний інтелект – це всі некогнітивні здібності, знання і компетентність, що дають людині можливість успішно справлятися з різними життєвими ситуаціями [5].

Важливим напрямком досліджень емоційного інтелекту є вивчення його ролі в забезпеченні ефективності професійної діяльності. Даний напрямок намітився практично одночасно з появою самого поняття емоційного інтелекту, який, на думку багатьох авторів, може бути розглянутий у якості одного з ключових внутрішніх чинників соціально-психологічної адаптації. Однак емпіричних підтверджень цього припущення на сьогоднішній день недостатньо.

Таблиця 2

Розподіл середніх показників компонентів ЕВ

Фази ЕВ	Симптом	Групи		
		ОГ1, n=60	ОГ2, n=60	ГП, n=50
Напруга	Переживання психотравмуючих обставин	19	19	7
	Незадоволеність собою	18	18	–
	«Загнаність у глухий кут»	17	17	–
	Тривога та депресія	18	19	7
Резистенція	Неадекватне емоційне реагування	18	18	–
	Емоційна й етична дезорієнтація	19	17	–
	Розширення сфери економії емоцій	20	18	6
	Редукція професійних обов'язків	27	27	–
Виснаження	Емоційний дефіцит	17	29	–
	Емоційна відчуженість	29	28	–
	Особистісна відчуженість (деперсоналізація)	26	20	–
	Психосоматичні та психовегетативні порушення	25	27	8

Емоційний інтелект як предмет наукового дослідження є відносно новим, маловивченим феноменом, а єдина узгоджена теорія емоційного інтелекту поки не розроблена. Тим не менш, необхідність вивчення емоційного інте-

лекту диктується запитом практики, що полягають в визначенні факторів, що впливають на ефективність професійної діяльності і соціально-психологічної адаптації особистості в сучасних умовах.

У дослідженні емоційного інтелекту ми спиралися на думку американського вченого Д. Гоулмана, який у книзі «Emotional Intelligence» ґрунтовно довів, що успіх у житті залежить не стільки від логічного інтелекту – IQ, скільки від здібностей управляти своїми емоціями – EQ [6]. Так, емоційний інтелект включає вміння контролювати свої емоції, використовувати інтуїцію, комунікабельність, стійкість та спокій у стресових ситуаціях. Також ми спиралися на погляди P. Salovey і J. D. Mayer [4], щодо складових емоційного інтелекту, а саме: здатності сприймати та відчувати емоції; направляти свої емоції на допомогу розуму; розуміти, як втілюється та чи інша емоція; вміння передавати емоції.

Отже, на нашу думку, емоційний інтелект – це здатність людини розпізнавати та розуміти свої та чужі емоції й почуття, використовувати та контролювати їх у своїх судженнях та діях. Виходячи з цього, можна стверджувати, що емоційний інтелект створює три сфери: максимально точно розпізнавати свої та чужі емоції, керувати своїми емоціями, стратегічно використовувати емоції у формуванні мотивації та розв'язанні завдань. Таким чином, емоційний інтелект – здатність розуміти – можна трактувати як стосунки особистості, що репрезентовані в емоціях, і керувати емоційною сферою на базі прийняття рішень. Емоційний інтелект має таку структуру: 1) емоційна обізнаність; 2) управління своїми емоціями (скоріше емоційна неригідність); 3) самомотивація (скоріше мимовільне управління своїми емоціями); 4) емпатія; 5) розпізнавання емоцій інших людей (скоріше вміння впливати на емоційний стан інших людей).

Ураховуючи викладені теоретичні засади щодо емоційного інтелекту, для оцінки емоційної складової ПД у СМП, які працюють з ХОНІЗ, нами було використано методику оцінки емоційного інтелекту (опитувальник EQ) Н. Холла [3], використання якої дало нам змогу дослідити емоційну обізнаність СМП, вміння управляти своїми емоціями й керувати ними, а також самомотивацію та рівень його емпатії. Деталізуючи отримані дані, слід зазначити, що в обстежуваних ОГ1 виявлено: 1) за шкалою «Емоційна обізнаність» 15,0% обстежуваних мали високий рівень; 45,0% – середній; 40,0% – низький ($p < 0,05$); 2) за шкалою «Управління емоціями» тільки 8,0% опитуваних добре керувало власними емоціями, 42,0% уміло керує власними емоціями; 50% мали складнощі в керуванні емоціями ($p < 0,05$); 3) за шкалою «Самомотивація» високий показник у 9,0% пацієнтів; 51,0% мали се-

редній; 40,0% – низький рівень ($p < 0,05$); 4) за шкалою «Емпатія» найвищий рівень лише в 11,0% обстежуваних; 45,0% мали середній; 44,0% – низький ($p < 0,05$); 5) за шкалою «Розпізнавання емоцій інших» таке вміння було виявлено лише у 6,0% обстежуваних; середньою мірою – 45,0%, а 49,0% мали труднощі в розпізнаванні емоцій інших людей, а звідси й складною взаємодія ($p < 0,05$).

Загалом, серед ОГ1 осіб з високим EQ (за аналізом інтегративних показників) не виявлено. Ці свідчили про те, що серед них не було осіб, які б достатнє вміли усвідомлювати свої емоції та почуття, відчувати відповідальність за власний емоційний стан. Середній рівень EQ був притаманним у $61,7 \pm 4,9\%$, низький – у $38,3 \pm 4,9\%$ обстежуваних.

Для респондентів ОГ2 виявилось характерним: 1) за шкалою «Емоційна обізнаність» 35,0% обстежуваних мали високий рівень; 35,0% – середній; 30,0% – низький ($p < 0,05$); 2) за шкалою «Управління емоціями» лише 30,0% обстежуваних добре керували власними емоціями, 40,0% уміло керували власними емоціями; 30% мали складнощі в керуванні емоціями ($p < 0,05$); 3) за шкалою «Самомотивація» високий показник у 40,0% пацієнтів; 35,0% мали середній; 25,0% – низький рівень ($p < 0,05$); 4) за шкалою «Емпатія» найвищий рівень лише в 33,0% обстежуваних; 32,0% мали середній; 35,0% – низький ($p < 0,05$); 5) за шкалою «Розпізнавання емоцій інших» таке вміння було виявлено лише у 28,0% обстежуваних; середньою мірою – 42,0%, а 30,0% мали складнощі в розпізнаванні емоцій інших людей, а звідси й погано взаємодіяли ($p < 0,05$).

Серед ОГ2, як і в ОГ1, осіб з високим EQ (за аналізом інтегративних показників) не виявлено. Середній рівень EQ був притаманним у $53,3 \pm 5,0\%$, низький – у $46,7 \pm 5,0\%$ обстежуваних.

СМП ГП характеризувались: 1) за шкалою «Емоційна обізнаність» 65,0% обстежуваних мали високий рівень; 25,0% – середній; 10,0% – низький ($p < 0,05$); 2) за шкалою «Управління емоціями» лише 55,0% обстежуваних добре керувало власними емоціями, 40,0% уміло керували власними емоціями; 5,0% мали складнощі в керуванні емоціями ($p < 0,05$); 3) за шкалою «Самомотивація» високий показник у 60,0% обстежуваних; 29,0% мали середній; 11,0% – низький рівень ($p < 0,05$); 4) за шкалою «Емпатія» найвищий рівень лише в 53,0% пацієнтів; 35,0% мали середній; 12,0% – низький ($p < 0,05$); 5) за шкалою «Розпізнавання емоцій інших» таке вміння було виявлено лише у 60,0% обстежуваних;

середньою мірою – 32,0%, а 8,0% мали складнощі в розпізнанні емоцій інших людей, а звідси й погано взаємодіяли ($p < 0,05$).

Загалом у ГП високий рівень EQ мали у 46,0±5,0% СМП, середній - 42,0±4,9%, низький – 12,0±3,2% обстежуваних.

З аналізу проблеми випливає, що емоційний інтелект - головна складова частина в досягненні максимального відчуття щастя й успішної самореалізації. Емоційний інтелект є чинником, який активізує і підвищує розумову компетентність та рефлексивність особи. Розподіл рівню EQ серед осіб ГП виявив, що коли людина усвідомлює свої емоції і конструктивно ними керується, це збільшує її інтелектуальні можливості, сприяє налагодженню продуктивної взаємодії та сприяє розвитку особистості.

Значущий кореляційний взаємозв'язок між показниками емоційного інтелекту встановлений між показниками за шкалою «Емоційна обізнаність» і «Розпізнавання емоцій інших людей», що означає, що якість і точність розпізнавання емоцій інших людей залежить від рівню емоційної обізнаності обстежуваних ($p < 0,05$). Менш значущий кореляційний взаємозв'язок мали показники за шкалами «Управління власними емоціями» та «Самотивація», що вказує на те, що обстежені ОГ1 і ОГ2 були не здатні управляти власними емоціями за рахунок браку само мотивації ($p < 0,05$).

Для виявлення причинно-наслідкових зв'язків було проведено кластерний аналіз от-

риманих даних. Виявлено взаємозв'язок шкал «Емоційна обізнаність» і «Розпізнавання емоцій інших людей». Це свідчить про те, що емоційно обізнані люди можуть розпізнавати емоції інших людей ($p < 0,05$). Так само виявлено взаємозв'язок шкал «Емоційної обізнаності» і шкали «Емпатія», що свідчить про те, що емоційно обізнана людина здатна до емпатії і високої самотивації ($p < 0,05$). Виявлено, що обстежувані ОГ1 та ОГ2 мали високий рівень стриманості в прояві своїх емоцій, проте обстежувані із ПГ були здатні набагато краще визначати емоції оточуючих, розпізнавати і підтримувати емоційний стан, проявляти й демонструвати власні відчуття відкрито ($p < 0,05$).

Висновок. Аналіз емоційної складової ПД у СМП, які працюють з ХОНІЗ, засвідчив, що вона має досить складну структуру синдромів та симптомів, які проявляються індивідуально, з урахуванням конкретних обставин професійної та особистісної життєдіяльності. Самі симптоми не відрізняються строгою специфічністю і можуть варіювати в широкому діапазоні – від легких реакцій типу дратівливості, підвищеної стомлюваності тощо, і аж до психосоматичних розладів в рамках проявів синдрому ЕВ. Вивчення рівню емоційного інтелекту у СМП довело низький його рівень у осіб з ПД, що свідчить про його роль як у виникненні, так і у превенції ПД.

Отримані дані лягли в основу розробленої нами системи психокорекції та психопревенції ПД у СМП, що працюють з ХОНІЗ.

М.И. Продан

ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, РАБОТАЮЩЕГО С БОЛЬНЫМИ ОСОБО ОПАСНЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Береговский медицинский колледж, г.Береговое

На основе психодиагностического исследования 170 человек - среднего медицинского персонала, работающего с больными особо опасными инфекционными заболеваниями, определены особенности эмоционального выгорания и уровень эмоционального интеллекта у 60 человек с острой, 60 – с хронической профессиональной дезадаптацией и 50 психологически благополучных лиц. Полученные результаты легли в основу разработки системы психокоррекции и психопревенции, направленной на средний медперсонал, работающий с больными особо опасными инфекциями. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 43-48).

M.I. Prodan

EMOTIONAL COMPONENT OF PROFESSIONAL EXCLUSION IN NURSING STAFF WORKING WITH ESPECIALLY DANGEROUS INFECTIOUS DISEASESPATIENTS

Beregovsk medical college, Beregovoye

Based psychodiagnostic study 170 people - nurses who work with patients with particularly dangerous infectious diseases set features emotional burnout and level of emotional intelligence in 60 patients with acute, 60 chronic occupational maladjustment and 50 psychologically affluent individuals. The results formed the basis for the development of psychotherapy and prevention aimed at nurses working with patients with especially dangerous infections. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 43-48).

Литература

1. Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности: Учеб. пособие / Под ред. Г. С. Никифорова, М. А. Дмитриевой, В. М. Снеткова. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2003. – С. 147 – 151.
2. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2008. – 672 с.
3. Диагностика «эмоционального интеллекта» (Н. Холл) / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – С. 57 – 59.
4. Mayer J. D. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence / J. D. Mayer, M. Di Paolo, P. Salovey // Journal of Personality Assessment. – 1990. – Vol. 54, № 3, 4. – P. 772 – 781.
5. Bar-On R. Emotional Intelligence Inventory (EQ-I): Technical Manual / R. Bar-On. – Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 1997.
6. Гоулман Д. Эмоциональное лидерство: Искусство управления людьми на основе эмоционального интеллекта: Пер. с англ. / Д. Гоулман, Р. Бояцис, Э. Макки. – М.: Альпина Бизнес Букс, 2005.

Поступила в редакцию 04.08.2012

УДК 616.831-009.12:159.95

*М.В. Савіна***САМОПІЗНАННЯ В СТРУКТУРІ «Я» КОНЦЕПЦІЇ У ХВОРИХ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ**

Національний фармацевтичний університет

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, самопізнання

Особливості внутрішньої динаміки самопізнання, структура і специфіка ставлення особистості до власного «Я» здійснюють регулюючий вплив практично на всі аспекти поведінки людини. Самооцінка, як одна з форм прояву самосвідомості, висловлює фундаментальні властивості особистості і поряд з іншими факторами відображає її спрямованість, активність. Крім того, самооцінка є показником певного рівня психологічного розвитку особистості, виступає як рівень самовизначення, як дзеркало особистісних якостей людини. Складову, пов'язану зі ставленням до себе в цілому чи до окремих своїх рис, називають самооцінкою. Сукупність особистісних самооцінок визначається як прийняття себе і самоставлення [1,2].

В нашій роботі ми дотримуємося розуміння феномена самопізнання в контексті Я-концепції, оскільки, слідом за іншими авторами вважаємо самооцінку невід'ємною її складовою [3,4,5]. Термін Я-концепція прийнятий в зарубіжній літературі і означає сукупність всіх уявлень індивіда про себе. Узагальнення і систематизація поняття Я-концепції зроблені Р. Бернсом на основі теоретичних положень У. Джеймса і Е. Еріксона. [6]. У його роботі «Розвиток Я-концепції і виховання» Я-концепція визначається як сукупність всіх уявлень індивіда про себе, пов'язаних з самооцінкою. Причому Я-концепція визначається як динамічна система уявлень людини про саму себе, в яку входить як усвідомлення своїх фізичних, інтелектуальних, емоційних та інших якостей, так і самооцінка, а також суб'єктивне сприйняття зовнішніх факторів, що впливають на дану особистість. У вітчизняній літературі до недавнього часу був прийнятий термін самосвідомість. Л. С. Виготський, А. Н. Леонтєв, С. Л. Рубінштейн, В. Н. Мясіщев, І. І. Чеснокова, В. В. Столін, І. С. Кон, Б. В. Зейгарник, А. А. Бодалєєв та ін. визначають самосвідомість як складну динамічну єдність інтелектуального та афективного пізнання про себе

і ставлення до себе [5,7,8,9,10,11,12]. Підсумковим виміром самосвідомості є міра самоприйняття, позитивне чи негативне ставлення до себе. Аналіз літератури показує, що визначення Я-концепції та самосвідомості, їх складові, особливості динаміки можуть дещо варіювати у різних авторів, але самооцінка, як один з провідних компонентів, присутня обов'язково. Самооцінка як одна з форм прояву самосвідомості висловлює фундаментальні властивості особистості і поряд з іншими факторами відображає її спрямованість, активність. Крім того, самооцінка є показником певного рівня психологічного розвитку особистості, виступає як рівень самовизначення, як дзеркало особистісних якостей людини.

Усвідомлення людиною своєї тілесної сутності (включає усвідомлення схеми тіла, зовнішності, статі) являє собою такий самий пізнавальний процес, як і пізнання об'єктів зовнішнього світу та інших людей. Цей процес завжди опосередкований потребами, відносинами суб'єкта як особистості. В зв'язку з цим самосвідомість є складним динамічною єдністю знання і відносин, інтелектуального та афективного.

Проблема самооцінки, як одне з важливих особистісних утворень, в даний час стає однією з найпопулярніших в психології особистості. У зв'язку з цим великого значення, набуває вивчення її властивостей у взаємозв'язку з іншими сторонами особистості, оскільки таке вивчення дасть можливість досліджувати особистість як цілісність.

Особливе значення вивчення самосвідомості і самооцінки набуває у дітей з обмеженими можливостями, у яких найважливішою складовою частиною первинного та вторинного дефекту може проявитися психічний онтогенез, тобто психічний розвиток індивіда. Безпосередній наслідок дефекту - зниження соціальної позиції дитини. Дефект реалізується як «соціальний вивих» [13]. Л.С. Виготський підкреслював та-

кож, що процес розвитку дефектної дитини дво-яким чином соціально-обумовлений: соціальна реалізація дефекту (почуття малоцінності) є одна сторона соціальної обумовленості розвитку; соціальна спрямованість компенсації на пристосування до тих умов середовища, що створені і склалися в розрахунок на нормальний людський тип, складає її другу сторону» [13]. Найбільш інтенсивний психічний онтогенез припадає на дитячий і підлітковий вік, коли формуються ок-

ремі психічні функції й особистість взагалі. Ці положення концепції Л.С. Виготського про розвиток в умовах дефекту, стали для нас ключовими при переході до аналізу формування деяких структурних особливостей самосвідомості у підлітків з обмеженими можливостями.

Метою дослідження стало вивчення особливостей самопізнання і самооцінки підлітків, які страждають дитячим церебральним паралічем, як основних складових формування Я-концепції.

Матеріали та методи

З метою вивчення особливостей самопізнання і самооцінки у осіб, які страждають на ДЦП, нами було організовано та проведено спеціальне дослідження. До обстеження були залучені 47 хворих на дитячий церебральний параліч віком від 14 до 17 років зі збереженим інтелектом. На момент обстеження у всіх підлітків сформувався патологічний руховий стереотип, зумовлений патологічним тонусом м'язів, який в свою чергу був викликаний впливом примітивних тонічних рефлексів, важкістю ураження різних шляхів і центрів рухової системи, інтенсивністю патологічних синергій. У всіх обстежених був підтверджений клінічний діагноз "ДЦП, пізня резидуальна стадія".

Спастична диплегія відзначена у 64% обстежених. Рухові розлади при цій формі характеризуються наявністю театрапарезів, при яких верхні кінцівки вражаються в значно меншому ступені, ніж нижні, інколи - навіть мінімально. Порушення функції ходи мали місце у 33% обстежених цієї групи, порушення функцій верхніх кінцівок - у 4%. Мозочковий синдром відзначався у 4%, у 33% були наявними гіперкінези. У поодиноких випадках мали місце зниження слуху, епісиндром, нефропатія. Геміпаретична форма була діагностована у 20% обстежених. Рухові розлади в них були менш виразними в нижній кінцівках і проксимальних відділах верхніх кінцівок. На ранніх вікових етапах 35% хворих цієї групи мали коркові порушення, у 15% - спостерігався епісиндром. Переважав правобічний геміпарез (60%). Гіперкінетична форма була наявною у 9% обстежених. Рідше зустрічалася атонічно-астатична форма - в 4% випадків. Рухові порушення у цих хворих характеризувалися по-

рушеннями рівноваги, атаксією, дізметрією.

Крім рухових порушень, типових для ДЦП, стан підлітків ускладнювався мовними порушеннями. В 85% хворих були виявлені дизартричні розлади. Дефекти мовлення були обумовлені спастичними парезами артикуляційних м'язів, тонічними порушеннями по типу ригідності, гіперкінезами. 64% обстежених мали легкий ступінь дизартрії: мова їх була зрозуміла навколишнім, але дефекти вимови трохи утрудняли її сприйняття. Як контрольну групу, було обстежено 43 подростка також у віці від 14 до 17 років, без ознак соматичної і психічної патології.

У процесі вивчення особливостей пізнання і уявлень про власну індивідуальність було використано методику «Автопортрет» - проективний рисунковий тест, що застосовується з метою діагностики несвідомих емоційних компонентів особистості. Зображаючи себе, людина відтворює основні риси власних тілесних потреб і внутрішніх конфліктів. Багата проекція особистісної динаміки, що виявляється в малюнку, відкриває для методу можливість аналізу переваг та конструктивних потенцій, так само як і аналізу порушень [14]. Методика дозволяє виділити критерії ознак тривожності, агресивності, депресивного стану і наявності страхів. Також проводилось дослідження за допомогою методики Дембо-Рубінштейн в модифікації Прихожан [15, 16,]. Дана методика є варіантом відомої методики Дембо-Рубінштейн, що відрізняється від загальноприйнятої, перш за все, введенням додаткового параметра рівня домагань. Статистична обробка результатів здійснювалася на основі Т-критерію Стьюдента для незалежних вибірок..

Результати дослідження

В ході дослідження були отримані наступні результати дослідження. Відзначаючи загальні особливості самопізнання, слід зазначити, що

обидві групи респондентів характеризують себе як людину, що володіє рядом переваг, недоліків, вказують факти біографії, що розглядаються в

часі. Були виявлені загальні та специфічні особливості в пізнанні індивідуальності в групі здорових підлітків і підлітків, які страждають на ДЦП. Дані, отримані на основі методики «Автопортрет», свідчать про те, що в порівнянні зі здоровими дітьми, діти з ДЦП частіше зображують конкретні образи (93,4%). Для них характерні розрізненість (13,3), статичність (76,7%), не спрямованість композиції (86,7%), односпрямованість ліній (60,0%), активне використання штрихування (66,7%).

У процесі інтерпретації схеми тіла, отриманої за допомогою методики «Автопортрет», можна дослідити, чи повністю відповідає отримана графічна інформація фізичним і психологічним переживанням пацієнта, яким чином соматично

закріплені і позначені бажання людини, його конфлікти, компенсації та соціальні установки. Аналіз результатів проведення методики «Автопортрет» дозволив виявити агресивність пацієнтів з ДЦП, яка тісно корелює з тривожністю, причому зв'язок обернено-пропорційний. Дана зворотна кореляційна залежність свідчить, що у цих пацієнтів при підвищенні рівня тривожності знижується рівень агресивності. Реалізація агресивних тенденцій виснажує організм людини, тому більшість соматичних скарг таких пацієнтів пов'язано з астенізацією. Підлітки, що страждають на ДЦП демонструють наступну картину наявності депресивних станів і фіксування на свою проблему при проведенні методики «Автопортрет» (табл.1)

Таблиця 1

Психологічний стан дітей, виявлений за допомогою методики «Автопортрет»

симптоми	критерії	експериментальна група	контрольна група
агресивність	сильний натиск	30%	15%
	жирний контур малюнка	36%	17%
	ноги розставлені	33%	22%
	виділено ніздрі, рот	23%	18%
	руки великі, підкреслені	25%	10%
	наявність зброї, інших подібних предметів	0%	2%
	очі - порожні очниці	24%	15%
	довгі гострі пальці	20,5%	11%
депресивність	дуже маленькі малюнки	8%	4%
фіксація на своїй проблемі	стирання фігур (и) без поліпшення якості	2,5%	3%
труднощі адаптації в соціумі	відсутність частин тіла у фігур	8%	13,2%
відставання в інтелектуальному розвитку або стресові стани	малювання простим олівцем	20,5%	8,5%
занижена самооцінка	розташування фігур у нижній частині малюнка	8%	3%
	малюнок дуже маленький	5%	3%
	руки за спиною або відсутність руки, ноги	2,5%	5%
	непропорційні руки, ноги	33%	17%
тривога	багато стирань	0%	3%
	інтенсивно затушовані волосся	5%	8,5%
	виділення окремих частин тіла:		
	- тулуб	18%	10%
	- голова	20%	26%
- руки	22%	39%	
- ноги	2,5%	46%	

Отримані дані дозволяють говорити про те, що образ «Я» дітей з ДЦП є нестійким, характери-

зується конфліктністю, свідчить про обмеження рухової активності, відсутності прагнень до до-

сягнень, саморозвитку, схильності до стагнації.

За результатами дослідження за допомогою методики Дембо-Рубінштейн були виявлені (середнє значення та стандартне відхилення) самооцінки, рівня домагань і розбіжність між цими параметрами у підлітків з обмеженими можливостями і у здорових однолітків. Аналіз результатів середніх значень за 7 показниками пока-

зав, що у здорових підлітків рівень домагань вище, ніж у підлітків з обмеженими можливостями. За фактором здоров'я у підлітків інвалідів спостерігалось велика розбіжність між рівнем домагань і самооцінкою (27,7), а у здорових підлітків помірна розбіжність (13,9) ($p \sim 0,4$) Це вказує на те, що підлітки з обмеженими можливостями хочуть знайти повноцінне здоров'я.

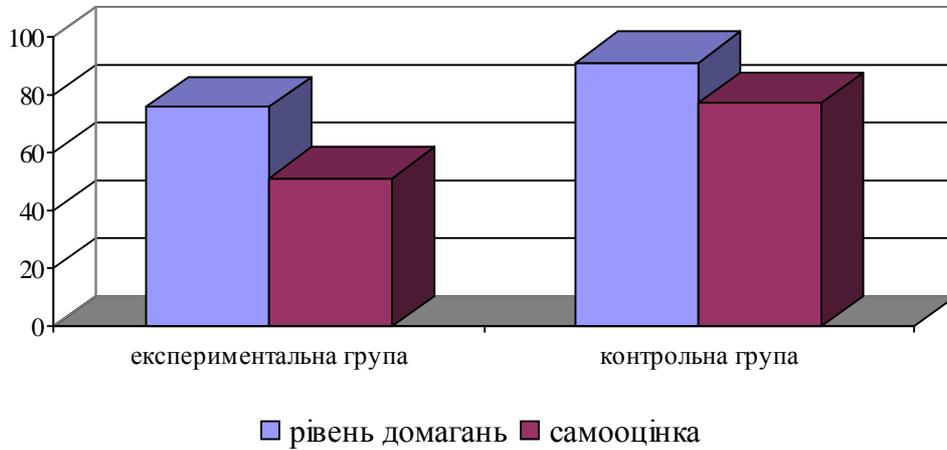
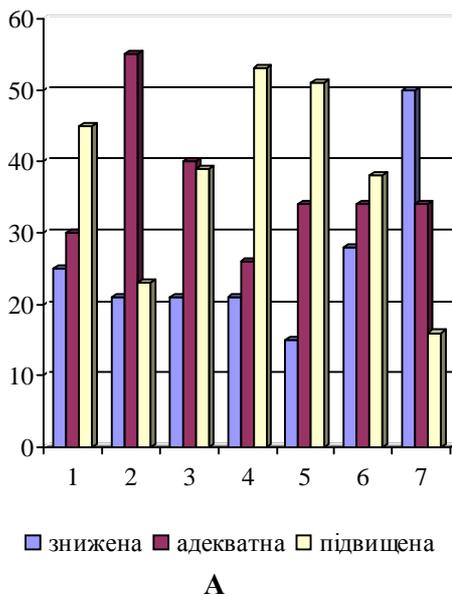


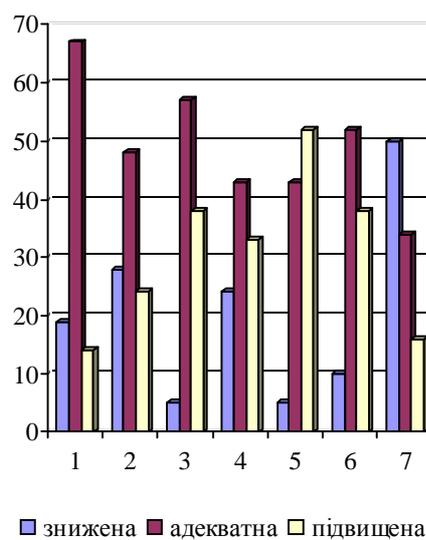
Рис. 1. Середні значення самооцінки та рівня домагань

Згідно зі шкалою самооцінки здоров'я підлітки з ДЦП мають значно вищий рівень, ніж здорові. Адекватно оцінюють себе 67% представників контрольної групи і лише 30% експериментальної ($p < 0,01$). У більшості здорових учнів спостерігається адекватний рівень самооцінки за цією шкалою. Можна припустити, що таке явне переоцінювання свого стану здоров'я дітьми з ДЦП носить, швидше за все, псевдокомпенсатор-

ний характер. За шкалою самооцінки розуму також отримані достовірні статистичні відмінності при $p < 0,05$. Однак тут спостерігається зворотна тенденція. Підлітки з ДЦП мають більш занижений рівень самооцінки за цією шкалою, ніж здорові. Це свідчить про явну неадекватність в оцінках хворих на ДЦП, у порівнянні зі здоровими однолітками за такими шкалами, як здоров'я, розум, зовнішність, впевненість у собі.



А



Б

Рис. 1 Порівняльна характеристика самооцінки за методикою Дембо-Рубінштейн в модифікації Прихожан в експериментальній групі (А) та контрольній групі (Б)

Отже, у дітей з обмеженими можливостями та у їхніх здорових однолітків неадекватна самооцінка та високий рівень домагань можуть призвести до підвищення тривожності, невпевненості в своїх силах, тенденції уникати ситуації змагання, не критичності в оцінці досягнутого, помилковості прогнозу і вибору занадто важких або занадто легких цілей та ін.

В цілому, отримані результати дослідження дозволяють зробити наступні висновки. Аналіз отриманих результатів дозволяє говорити про наявність загальних особливостей у пізнанні в групі здорових підлітків та підлітків з ДЦП. Дані особливості проявляються в тому, що обидві групи характеризуються високим рівнем самооцінки, самоповаги, рівнем домагань, характеризуються вираженою ідентифікацією з членами сім'ї, друзями, схильні говорити про свої уподобання в діяльності, бажаннях, очікуваннях, своїх особистих якостях, у тому числі достоїнства і недоліки.

Отримані результати також свідчать про наявність специфічних відмінностей в пізнанні респондентами власної індивідуальності. Аналіз результатів показує, що діти з ДЦП в порівнянні

з групою здорових дітей у меншій мірі приділяють увагу особистісним характеристикам індивідуальності, таким, як стать, вік, особливостям зовнішності, властивостям особистісного рівня індивідуальності, таким як характер, здібності, спрямованість особистості, не схильні до аналізу своїх вчинків, особливостей міжособистісної взаємодії, рідше роблять посилання на інших людей і на соціальні ролі.

Недостатній розвиток рефлексії, схильності до самопізнання дітей, що страждають ДЦП можна пояснити особливою соціальною ситуацією розвитку даної групи дітей, зокрема, соціальною ізоляцією, вузьким колом спілкування, обмеженням можливостей в отриманні освіти, професії, досягненні соціально значущих результатів.

Аналіз особливостей пізнання дітьми власної індивідуальності показує, що для дітей з ДЦП характерний нестійкий і конфліктний образ «Я», відсутність прагнення до досягнень, саморозвитку, переживання обмеженості своїх можливостей, власного відмінності від інших, наслідком чого є високий рівень тривожності і переживання почуття неповноцінності.

М.В. Савина

САМОПОЗНАНИЕ В СТРУКТУРЕ «Я» КОНЦЕПЦИИ У БОЛЬНЫХ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧЕМ

Национальный фармацевтический университет

Изучены особенности самопознания у детей, страдающих детским церебральным параличом. Результаты исследования показывают, что для детей с ДЦП характерны конфликтный и неустойчивый образ «Я», отсутствие стремления к достижениям, саморазвитию, переживание ограниченности своих возможностей, отличия от других людей. Следствием данных переживаний является высокий уровень тревожности, осознание чувства неполноценности. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 49-54).

M. V. Savina

THE SELF-COGNATION IN THE STRUCTURE OF THE SELF-CONCEPTION IN THE PATIENTS WITH THE INFANTILE CEREBRALE

National pharmacentral university

Had studied peculiarities of children's selfcognition with infantile cerebral palsy. Results of research show, that the children with infantile cerebral palsy have unstable and conflict image self, but have not the striving to achievements, selfdevelopment. They feel the limit self opportunities, different self from another people. Consequence are high level of anxiety and acknowledged feeling inferiority complex. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 49-54).

Література

1. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. — 3-е изд. — М, 2000. — 608 с.
2. Самосознание и защитные механизмы личности. Хрестоматия. — Самара: Издательский Дом «БАХРАХ» — М., 2003 — 656 с.
3. Бодалев А.А., Столин В. В. Общая психодиагностика. — СПб.: Речь, 2006. — 440с.
4. Столин В.В. Самосознание личности. МГУ. 1983. 283 стр.
5. Кон И.С. Открытие «Я». М. Политиздат. 1978. 312 стр.
6. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание. М. Прогресс 1986.- 357 с.

7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. С.-Пб.: Ленато. 1998, стр.136-138.
8. Леонтьев Л.А. Развитие идей самоактуализации в работах А. Маслоу //Вопросы психологии. 1987. №3. стр. 150-158.
9. Мясищев В.Н. Личность и отношения человека. // Проблемы личности. /Под ред. Л. И. Анцыферовой. - М.: Наука, 1969.
10. Чеснокова И.И. Проблема самосознания в психологии.- М.: Прогресс, 1997. 50с.
11. Столин В.В. Самосознание личности. МГУ. 1983. 283 стр.
12. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учеб. для студ. ун-та / Б. В. Зейгарник. — М. : Изд-во МГУ, 1976. — 238 с.

13. Выготский Л.С. Основы дефектологии. - СПб.: Лань, 2003. - 654 с.

14. Потемкина О.Ф. , Романова Е.С. Графические методы в психологической диагностике. - М.: Дидакт, 1991. - 164 с.

15. Прихожан А.М. Применение методов прямого оценивания в работе школьного психолога / Научно-методические основы

использования в школьной психологической службе конкретных психодиагностических методик: Сб. научн. тр. — М.: изд. АПН СССР, 1988. — С. 110 – 128.

16. Яньшин П.В. Клиническая психодиагностика личности. Учебно-методическое пособие. 2-е изд., испр. – СПб.: Речь, 2007. – 320 с.

Поступила в редакцию 14.05.2012

В.Ю. Омельянович

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРОЦЕССОВ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ И ВЫРАЖЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИЧЕСКИХ ТЕНДЕНЦИЙ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ И КУРСАНТОВ ВУЗОВ СИСТЕМЫ МВД

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психическая дезадаптация, психосоматические заболевания, алекситимия, синдром эмоционального выгорания, сотрудники органов внутренних дел, курсанты

Производственный (профессиональный) стресс — это многомерный феномен, выражающийся в физиологических и психологических реакциях на сложную рабочую ситуацию. Развитие стресс-реакций возможно даже в прогрессивных и хорошо управляемых организациях, так как он обусловлен не только структурно-организационными особенностями, но и характером работы, личностными особенностями сотрудников, их межличностными взаимодействиями. При этом эмоциональное выгорание выступает, по мнению многих исследователей, как основная составляющая «профессионального выгорания» и проявляется в переживаниях сниженного эмоционального тонуса, утрате интереса к окружающему или в эмоциональном перенасыщении, в агрессивных реакциях, вспышках гнева, появлении симптомов депрессии [1, 2].

Как правило, выгорание прогрессирует у работников даже на ранних этапах профессионального становления [2, 3].

Проблема профилактики эмоционального выгорания, как процесса, сопряженного с явлениями эмоционально-нравственной и мотивационной деформации, а так же снижением эффективности профессиональной деятельности, является одной из приоритетных в рамках всей системы первичной психопрофилактики в органах внутренних дел. Исследование данного процесса должно проводиться с обязательным учетом гендерных и профессиональных характеристик респондентов, а так же в непосредственной связи с иными, эмоционально-ассоциированными психологическими феноменами, к которым, в частности, относится алекситимия.

Материал и методы исследования

Материалом данного исследования являются результаты обследования 2123 человек: 1630 сотрудников органов и подразделений Главного Управления МВД Украины в Донецкой области и 493 курсантов Донецкого юридического института МВД Украины. В соответствии с объективным состоянием пациентов отдельно взятые контингенты сотрудников ОВД и курсантов были разделены на 3 исследовательские группы, каждая из которых, в свою очередь, была разделена по гендерному признаку на 2 гендерные подгруппы:

1 группа - лица, у которых было диагностировано состояние парциальной психической дезадаптации (ППД): 125 мужчин-сотрудников ОВД (70,0% группы) и 54 женщины (30,0% группы), а так же 63 мужчины-курсанта (100% группы);

2 группа - пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями (ПСЗ): 213 сотруд-

ников-мужчин (77,74%) и 61 женщина (22,26%), а так же 21 мужчина-курсант (48,84% группы) и 22 женщины (51,16%) (к этой группе были отнесены пациенты, наблюдающиеся у врачей-интернистов по поводу заболеваний, традиционно относящихся к разряду психосоматозов);

3 группа - практически здоровые (ПЗ): 1176 сотрудников ОВД, из которых 962 (81,8%) принадлежали к мужскому гендеру, а 214 (18,2%) – к женскому, а так же 388 курсантов, из которых 291 (75,0%) принадлежали к мужскому гендеру, а 97 (25,0%) – к женскому.

Экспериментально-психологическое исследование динамических характеристик синдрома эмоционального выгорания проводилось с использованием Методики диагностики уровня эмоционального выгорания – ДУЭВ (В.В. Бойко) [1].

Выраженность алекситимии у представите-

лей обследованных контингентов была изучена при помощи Торонтской алекситимической шкалы (ТАШ), разработанная G. J. Taylor и соавт. и адаптированной в Ленинградском психоневрологическом институте им. В. М. Бехтерева [2].

Результаты исследования и их обсуждение

Так, в результате проведения корреляционного анализа Спирмена показателей методик ТАШ и ДЭВ было установлено, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, страдающих ПСЗ, имела место статистически значимая и достаточно выраженная ($r \geq 0,22$; $p \leq 0,009$) корреляционная связь между уровнем алекситимии и всеми тремя фазами синдрома эмоционального выгорания (таб. 1). При этом, данная связь осуществлялась ($r \geq 0,207$; $p \leq 0,015$) за счет таких симптомов, как переживание психотравмирующих обстоятельств (Н1), неудовлетворенность собой (Н2), «загнанность в клетку» (Н3), расширение сферы экономии эмоций (Р3), редукция профессиональных обязанностей (Р4) и эмоциональный дефицит (И1).

У практически здоровых мужчин-сотрудников ОВД так же все три фазы СЭВ и практически все симптомы эмоционального выгорания (за исключением неадекватного избирательного эмоционального реагирования и эмоциональной отстраненности) находились в положительной корреляционной связи с выраженностью алекситимических тенденций, хотя значения коэффициента корреляции Спирмена и были, зачастую, более низкими, чем у пациентов, страдающих ПСЗ ($r \geq 0,079$; $p \leq 0,049$).

Особняком стоит группа пациентов в состоянии ППД – значимая положительная корреляция ($r \geq 0,232$; $p \leq 0,037$) между уровнем алекситимии и выраженностью симптомов СЭВ в данном случае наблюдается только в отношении симптомов «загнанности в клетку» (Н3), эмоционально-нравственной дезориентации (Р2) и эмоционального дефицита (И1).

Несложно заметить, что каждый из этих трех симптомов принадлежит к одной из трех фаз СЭВ, причем, если симптомы «загнанности в клетку» и эмоционального дефицита так же имеют выраженную положительную корреляцию с уровнем алекситимии и у представителей группы ПСЗ, и у практически здоровых мужчин-сотрудников ОВД, то симптомы эмоционально-нравственной дезориентации такой корреляционной связи у пациентов с ПСЗ не имеют ($r \geq 0,132$; $p \leq 0,124$), а у практически здоровых она настолько мала, что ею можно пренебречь

Для определения наличия или отсутствия статистически значимых ассоциаций между наборами данных, полученных при обработке результатов указанных выше методик, производился расчет ранговой корреляции по Спирмену [3].

($r \geq 0,079$; $p \leq 0,049$).

Для пациентов, страдающих ПСЗ, такая «особая» роль принадлежит ($r \geq 0,335$; $p \leq 6E-05$) симптомам редукции профессиональных обязанностей (Р4), которые не выявляют значимой корреляции с уровнем алекситимии у представителей группы ППД ($r \geq 0,102$; $p \leq 0,367$), а у практически здоровых корреляционная связь крайне слаба ($r \geq 0,085$; $p \leq 0,036$).

Таким образом, у практически здоровых представителей мужского гендера сотрудников ОВД существует достаточно тесная взаимосвязь между уровнем алекситимии и выраженностью синдрома эмоционального выгорания, сохраняющаяся при возникновении ПСЗ, но ослабевающая в случае возникновения состояний парциальной психической дезадаптации. Специфическими симптомами, выраженность которых зависит от уровня алекситимических тенденций у больных ПСЗ, являются симптомы редукции профессиональных обязанностей, а у лиц в состоянии ППД – эмоционально-нравственная дезориентация.

У представителей женского гендера сотрудников ОВД в состоянии ППД и страдающих ПСЗ интегральные показатели ни одной из трех фаз СЭВ не имели значимых корреляционных связей ($r \leq 0,303$; $p \geq 0,053$) с выраженностью алекситимических тенденций, тогда как у практически здоровых такая связь имела место с фазой напряжения и истощения ($r \geq 0,172$; $p \leq 0,042$). У пациентов в состоянии ППД единственным симптомом СЭВ, выраженность которого коррелировала с уровнем алекситимии ($r \geq 0,498$; $p \leq 0,003$), было расширение сферы экономии эмоций (Р3), а у женщин-сотрудниц ОВД, страдающих ПСЗ – симптоматический диапазон захватывал уже все три фазы СЭВ ($r \geq 0,317$; $p \leq 0,043$). Это были симптомы «загнанности в клетку» (Н3), тревоги и депрессии (Н4), расширения сферы экономии эмоций (Р3), редукции профессиональных обязанностей (Р4) и эмоционального дефицита (И1).

Таким образом, у представителей женского гендера сотрудников ОВД, как и у мужчин, в состоянии ППД влияние алекситимических тен-

денций на развитие симптомов СЭВ утрачивается, хотя у них данные тенденции присущи и

пациентам, страдающим ПСЗ, чего не наблюдается в рамках мужской гендерной группы.

Таблица 1

Результаты корреляционного анализа Спирмена показателей методик ТАШ и ДУЭВ у представителей исследуемых групп

групп.	ППД		ПСЗ		ПЗ		ППД		ПСЗ		ПЗ	
	г	р	г	р	г	р	г	р	г	р	г	р
катег.	СОТРУДНИКИ ОВД						КУРСАНТЫ ВУЗа МВД					
гендер	МУЖЧИНЫ											
Н1	0,061	0,588	0,226	0,008	0,19	2E-06	0,15	0,248	-0,31	0,172	0,137	0,02
Н2	0,134	0,231	0,23	0,007	0,229	1E-06	0,202	0,118	0,108	0,643	0,12	0,041
Н3	0,232	0,037	0,207	0,015	0,223	1E-06	0,219	0,089	0,201	0,382	0,2	6E-04
Н4	-0,01	0,997	0,099	0,25	0,094	0,02	0,257	0,045	0,172	0,456	0,098	0,098
Р1	0,015	0,897	0,11	0,199	0,018	0,659	0,11	0,397	-0,07	0,768	0,026	0,662
Р2	0,29	0,009	0,132	0,124	0,079	0,049	0,087	0,506	0,069	0,765	0,065	0,269
Р3	0,106	0,348	0,266	0,002	0,278	1E-06	-0,05	0,724	-0,21	0,369	0,17	0,004
Р4	0,102	0,367	0,335	6E-05	0,085	0,036	0,122	0,349	-0,06	0,795	0,044	0,453
И1	0,288	0,009	0,253	0,003	0,287	1E-06	0,371	0,003	0,151	0,513	0,187	0,001
И2	-0,15	0,185	0,057	0,51	-0,01	0,731	0,198	0,127	-0,43	0,051	0,002	0,97
И3	-0,01	0,932	0,134	0,119	0,084	0,038	0,189	0,145	0,052	0,821	0,123	0,037
И4	-0,05	0,654	0,07	0,417	0,104	0,01	0,125	0,337	-0,03	0,885	0,074	0,213
Н	0,202	0,068	0,298	4E-04	0,255	1E-06	0,238	0,064	-0,02	0,921	0,2	6E-04
Р	0,172	0,121	0,258	0,002	0,146	2E-04	0,124	0,34	-0,12	0,602	0,087	0,141
И	0,081	0,469	0,22	0,009	0,2	1E-06	0,309	0,015	-0,08	0,728	0,167	0,004
гендер	ЖЕНЩИНЫ											
Н1	-0,11	0,544	-0,06	0,702	0,134	0,114	-	-	0,388	0,074	0,118	0,255
Н2	0,185	0,296	0,15	0,35	0,301	3E-04	-	-	0,304	0,169	0,198	0,055
Н3	0,158	0,372	0,317	0,043	-0,01	0,972	-	-	0,346	0,114	0,341	7E-04
Н4	0,048	0,789	0,319	0,042	0,121	0,153	-	-	0,26	0,243	0,325	0,001
Р1	0,183	0,3	0,111	0,489	0,12	0,158	-	-	0,515	0,014	0,167	0,106
Р2	0,146	0,409	0,086	0,594	0,092	0,277	-	-	0,059	0,794	0,198	0,054
Р3	0,498	0,003	0,365	0,019	0,13	0,125	-	-	0,485	0,022	0,307	0,002
Р4	0,122	0,493	0,357	0,022	3E-04	0,997	-	-	0,524	0,012	0,14	0,177
И1	0,311	0,074	0,371	0,017	0,146	0,085	-	-	0,663	8E-04	0,166	0,108
И2	0,109	0,54	-0,08	0,633	0,006	0,948	-	-	0,33	0,134	0,01	0,925
И3	0,131	0,46	0,184	0,249	0,152	0,071	-	-	0,355	0,105	0,234	0,022
И4	0,07	0,696	0,181	0,257	0,135	0,111	-	-	0,33	0,134	0,24	0,019
Н	0,08	0,651	0,223	0,162	0,177	0,035	-	-	0,386	0,076	0,313	0,002
Р	0,333	0,054	0,305	0,053	0,113	0,181	-	-	0,598	0,003	0,346	5E-04
И	0,182	0,303	0,283	0,073	0,172	0,042	-	-	0,494	0,019	0,19	0,064

У курсантов ВУЗа МВД, принадлежащих к женскому гендеру, с уровнем алекситимии коррелировала ($r \geq 0,303$; $p \leq 0,003$) выраженность фазы резистентности и у представителей группы ПСЗ, и у практически здоровых, тогда как выраженность фазы истощения находилась в значимой положительной корреляционной связи ($r \geq 0,492$; $p \leq 0,019$) с алекситимией только у пациенток, страдающих ПСЗ, а выраженность фазы напряжения ($r \geq 0,312$; $p \leq 0,002$), напротив, только у представителей группы практически здоровых.

Следует отметить, что, хотя у женщин-сотрудников ОВД, страдающих ПСЗ, статистически

значимых корреляций с уровнем алекситимии ни у одного из интегральных показателей фаз СЭВ не наблюдалось, симптомы фаз резистентности и истощения, имевшие такие связи, были абсолютно аналогичны тем симптомам, которые коррелировали с выраженностью алекситимии у женщин-курсанток, страдающих ПСЗ: симптомы расширения сферы экономии эмоций, редукции профессиональных обязанностей и эмоционального дефицита. Данный факт, на наш взгляд, следует расценивать в качестве свидетельства гендерной специфичности взаимосвязей данных симптомов и уровня алекситимии, причем вне зависимости от того, можно ли расценивать фазы

СЭВ как сформировавшиеся, или нет.

У представителей мужского гендера курсантов в состоянии ППД и страдающих ПСЗ корреляционные связи между показателями методик ТАШ и УЭВ были достаточно специфическими, отличающимися от тех результатов, которые были описаны выше для представителей мужского гендера сотрудников ОВД. Так, у пациентов в состоянии ППД имели место значимые положительные корреляции между выраженностью фазы истощения, а так же симптомами эмоционального дефицита, тревоги, депрессии и уровнем алекситимии ($r \geq 0,257$; $p \leq 0,045$).

У курсантов, страдающих ПСЗ, в отличие от сотрудников ОВД, ни одна из фаз СЭВ не была связана с выраженностью алекситимических тенденций ($r \leq 0,12$; $p \geq 0,602$), тогда как у практически здоровых мужчин-курсантов ВУЗа МВД имелось заметное сходство взаимосвязей между фазами напряжения и истощения СЭВ и алекситимическими тенденциями.

Резюмируя полученные в результате проведенного анализа данные, следует сказать, что у женщин-сотрудников ОВД, вне зависимости от поврежденности барьера индивидуальной психологической защиты, процессы эмоционального выгорания не зависят от наличия и степени

выраженности алекситимических тенденций, тогда как у женщин-курсанток ВУЗов системы МВД алекситимия выступает в качестве фактора риска формирования симптомов фаз напряжения и резистенции у практически здоровых лиц, а у пациентов, страдающих ПСЗ – в качестве фактора риска развития финальной фазы СЭВ – фазы истощения.

У мужчин-сотрудников ОВД, как практически здоровых, так и страдающих ПСЗ, алекситимия способствует развитию эмоционального выгорания, тогда как в состоянии частичной психической дезадаптации это влияние алекситимии утрачивается. У мужчин-курсантов ВУЗов МВД, напротив, в состоянии ППД высокий уровень алекситимии способствует формированию финальной фазы СЭВ (истощения), а у пациентов, страдающих ПСЗ, роль алекситимии в развитии эмоционального выгорания является более чем сомнительной.

Все, описанные выше, особенности взаимосвязей между рассмотренными психологическими феноменами свидетельствуют об их, как гендерной, так и профессиональной специфичности, что необходимо учитывать в процессе разработки ведомственных целевых психокоррекционных и психотренинговых программ.

В.Ю. Омелянович

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРОЦЕСІВ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ ТА ВІРАЖНОСТІ АЛЕКСИТИМІЧНИХ ТЕНДЕНЦІЙ У ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ ТА КУРСАНТІВ ВНЗІВ СИСТЕМИ МВС

Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького

В статті викладені результати експериментально-психологічного обстеження репрезентативної вибірки працівників ОВС та курсантів ВНЗів системи МВС, як практично здорових, так і тих, хто характеризується порушеннями адаптації у вигляді психосоматичних розладів та станів парціальної психічної дезадаптації. На основі проведеного аналізу взаємозв'язків між динамічними характеристиками синдрому емоційного вигорання та феномену алекситимії підтверджена необхідність впровадження в систему відомчих психопрфілактичних заходів диференційованого підходу з урахуванням гендерної та професійної належності пацієнтів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 55-59).

V.Yu. Omelyanovich

FUNCTIONING RELATIONSHIP BETWEEN PROCESSES OF EMOTIONAL BURNOUT AND INTENSITY OF ALEXITHYMIA TRENDS AMONG INTERNAL AFFAIRS BODY EMPLOYEES AND HEI CADETS OF THE MIA SYSTEM

Donetsk National Medical University by M. Gorky

The work presents results of experimental-psychological examination of the representative selection of IAB employees and HEI cadets of the MIA system both apparently healthy and with characteristics of adaptation abnormalities in the form of psychomatic disorders and conditions of partial psychic disadaptation. The carried out analysis of relationship between dynamic characteristics of emotional burnout syndrome and alexithymia phenomenon allowed to justify the necessity to introduce a differentiated approach based on gender and work-related clients' pertaining into the system of departmental psycho-prophylaxis measures. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 55-59).

Литература

1. Водопьянова Н. Е., Старченкова Е. С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика.— СПб.: Питер, 2009.— 336 с.
2. Орел В. Е. Структурно-функциональная организация и генезис психического выгорания: автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.03 / В. Е. Орел. – Ярославль, 2005. – 42 с.
3. Выговская Е.М., Пырков С.Г. Некоторые особенности эмоционального выгорания у медицинских работников различных специальностей // Медична психологія. – 2009. - №4. – С. 52-54.
4. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 – С. 161 – 169.
5. Ерьсько Д.Б., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский и соавт. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах // Пособие для психологов и врачей. Санкт-Петербург, -2005, 25 с.
6. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. – Ст. Пб. – 1996. – С. 113-152.

Поступила в редакцию 04.09.2012

УДК 616.831-006:004:159.98:159.923.31

*В.В. Огоренко***КОМПЬЮТЕРНАЯ ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕАГИРОВАНИЯ НА СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОПУХОЛЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

Днепропетровская государственная медицинская академия

Ключевые слова: опухоль головного мозга, личностные реакции, внутренняя картина болезни, когнитивные и эмоциональные нарушения, компьютерное психометрическое тестирование.

Статистика заболеваемости населения за последние 10-20 лет свидетельствует о постоянном росте онкологической патологии. Такая же тенденция прослеживается и среди опухолей головного мозга, которые по частоте занимают пятое место среди опухолей других локализаций.

По литературным данным частота встречаемости психических расстройств различной степени выраженности при первичных опухолях головного мозга составляет от 30 до 100% и зависит от многих факторов, таких как локализация процесса, гистологическая структура опухоли, темпы опухолевого роста и другие. Неоднократно описаны случаи манифестации заболевания психическими расстройствами (1-3).

Необходимо рассмотреть два важных аспекта влияния опухоли на психику человека. Это, в первую очередь, психотравмирующее воздействие, в результате которого формируются психические нарушения психогенно-реактивного характера (4-6). С другой стороны, сам онкологический процесс, как тяжелый соматический фактор, существенно влияет на психическую деятельность (7-8). Также необходимо отметить важную роль личностных особенностей больного онкологическим заболеванием (9-12). По результатам исследований ряда авторов можно говорить о своеобразном патологическом развитии личности вследствие онкологической патологии (13-16).

Целью настоящей работы явилась разработка компьютерного варианта адаптированного опросника ЛОБИ для обследования больных с опухолями головного мозга с целью максимального облегчения процесса обследования и более высокой информативности.

Для определения типов личностной реакции больных с опухолями головного мозга на болезнь и анализа внутренней картины болезни используется адаптированный опросник института им. Бехтерева (ЛОБИ). Внутренняя картина болезни - один из психологических феноме-

нов, который нередко определяет течение хронического заболевания. Во внутренней картине болезни могут отражаться защитно-приспособительные компенсаторные механизмы личности больного. Отношение к заболеванию определяется тремя важнейшими факторами: природой самого соматического заболевания, типом личности (акцентуацией характера), отношением к данному заболеванию в том значимом для больного окружении, в микросоциальной среде, к которой он принадлежит.

Учитывая наличие определенных трудностей, возникающих у пациентов с новообразованиями головного мозга, при проведении данного тестирования, обусловленных наличием когнитивного и эмоционального дефицита, а также определенной личностной трансформацией, нами был разработан и предложен компьютерный вариант психометрического тестирования на основе адаптированного опросника ЛОБИ.

Бехтеревский опросник содержит 156 вопросов, объединенных в 12 групп, связанных с состоянием пациента и отношением его с окружающими. Это самочувствие и настроение, сон и пробуждение, аппетит и еда; отношение к врачам, медперсоналу, к своей болезни, к лечению; отношение к родным и близким, к своей работе или учебе, к окружающим, к одиночеству и своему будущему. В каждой группе от 10 до 15 вопросов-утверждений. Пациент из них должен выбрать не более трех, с которыми согласен. Из 156 вопросов только 73 относятся к нормативным, то есть содержат информацию о типах реагирования пациентов на заболевания. Результаты тестирования обрабатываются следующим образом: ключом теста является таблица, содержащая данные о связи вопросов-утверждений с типами реагирования на соматические заболевания. За каждый совпадающий с ключом ответ начисляется 1 или 2 балла. Суммарное число

баллов пациента по каждому типу реагирования сравнивается с пороговым значением. Типы психического реагирования на заболевания определяются по равенству или превышению диагностического порога.

При бланковом методе тестирования не учитывается время, которое пациент тратит на осмысление вопросов и нахождение ответов, теряется информация о типе реагирования, содержащаяся в вопросах, ответы на которые оцениваются ниже порогов. Заметим также, что выбор ответа на вопрос с использованием бланка, в котором записаны все вопросы группы, осуществляется в условиях информационных помех, так как обдумывать каждый вопрос, на который нужно дать ответ (или Да, или Нет) и принимать решение, косвенно мешает наличие перед глазами других соседних вопросов, содержание которых еще неизвестно, а это любопыт-

но. При компьютерном тестировании вопросы по одному читаются с экрана и по каждому из них принимаются решения путем нажатия на клавиатурном блоке клавиши 1, если ответ Да или клавиши 0, если ответ Нет. Одновременно измеряется время с момента появления на экране вопроса-утверждения до момента нажатия клавиши ответа.

Для анализа бехтеревского опросника была составлена таблица его информативности, в которой содержатся данные о типах реагирования в каждом из вопросов всех 12 групп. Типы реагирования закодированы буквами: Г – гармоничный, Т – тревожный, И – ипохондрический, А – апатический, Н – неврастенический, О – обсессивно-фобический, С – сенситивный, Я – эгоцентрический, Ф – эйфорический, З – анозогностический, Р – эргопатический, П – паранойяльный.

Таблица 1

Таблица информативности ЛОБИ

Воп- росы	Номера групп											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	Т	Ф	-	С	Т	-	Г	-	А	-	АС	АА
2	З	ННТЯ	-	ФП	АА	-	И	СР	-	-	-	ЗФ
3	Г	ООС	ТИО	СИ	ФФ	-	П	-	-	-	-	-
4	П	Г	А	-	С	-	-	-	-	-	-	ЗЗ
5	И	ИЯ	-	З	-	-	-	И	С	-	НЯ	ГГ
6	Н	ТН	-	-	-	-	-	-	-	ЗЗ	-	-
7	Т	А	-	И	-	-	-	Я	О	-	-	А
8	-	-	-	Р	-	-	Я	-	Ф	-	ИСЯЯ	-
9	-	-	-	И	-	-	Г	-	Р	Я	ГФ	П
10	ТН	П	-	-	И	П	НП	-	РР	-	СЯ	-
11	ТТО	-	С	-	З	П	-	-	-	-	-	-
12	-	-	О	-	ЯЯ	-	-	ГРР	-	-	-	-
13	-	-	-	-	НН	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	П	Г	-	-	-	И	-	-
15	-	-	О	-	Г	-	-	-	-	Г	-	-

Из анализа этой таблицы следует, что из 156 вопросов теста ЛОБИ только 73 вопроса используются для определения реагирования, из них 15 содержат информацию о двух типах и 3 вопроса о трех типах. Более высокую информацию, чем остальные о типах реагирования содержат 14 вопросов и оцениваются двумя баллами. Информативность теста ЛОБИ оценивается 108 баллами.

Нами был предложен компьютерный адаптированный опросник ЛОБИ, который сформирован из 73 информативных вопросов с той же информативностью из всех 12 групп (110 баллов). Вопросы пронумерованы в той же последовательности как и в классическом вопросни-

ке ЛОБИ.

Компьютерное психометрическое тестирование реализуется путем визуального информационного общения человека и компьютера: вопросы-утверждения последовательно читаются с экрана, а решения фиксируются путем нажатия клавиш 1 (согласен) или 0 (не согласен) на клавиатурном блоке компьютера.

Каждый вопрос имеет постоянный номер и кроме содержания характеризуется количеством информации, которая косвенно измеряется числом знаков в вопросе. Например, первый вопрос теста: «С тех пор, как я заболел, у меня всегда плохое самочувствие» содержит

54 знака, следовательно, $C(1)=54$. В памяти компьютера хранится $S(k)$, $k=1,2,\dots,73$. Эта таблица является математическим описанием информативности теста ЛОБИ. Так как каж-

дое решение пациента принимает значения либо единица, либо ноль, то эти результаты тестирования запоминаются в виде таблицы решений $R(k)$.

k	1	2	3	4	5	6	72	73
R(k)	1	1	0	0	1	0		1	1

Одновременно измеряется время $t(k)$ с момента визуализации вопроса до момента нажатия клавиш 1 или 0 и тоже запоминаются в виде таблицы $t(k)$. Результаты тестирования хранятся в виде трех таблиц $S(k)$, $R(k)$ и $t(k)$ в памяти компьютера, обрабатываются специальной программой.

Обработка результатов тестирования имеет своей целью определение числа баллов за ответы «Да, согласен» с содержи-

м вопросов-утверждений, средней скорости подготовки ответов и их разброс. Для решения этой задачи на основе ключа классического теста ЛОБИ разработан ключ компьютерного теста для оценки типов реагирования в баллах и скорости подготовки ответов. В памяти компьютера хранится ключ в виде таблиц оценки каждого вопроса для всех 12 типов реагирования (здесь k -номер вопроса).

Гармоничный

K	3	13	39	42	43	47	52	62	65	71	Σ
Г(k)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	11

Тревожный

K	1	7	8	9	11	15	18	30			Σ
T(k)	1	1	1	2	1	1	1	1			9

Ипохондрический

K	5	14	27	29	34	44	50	61	67		Σ
И(k)	1	1	1	1	1	1	1	1	1		9

Апатический

K	16	19	31	53	63	68	72				Σ
A(k)	1	1	2	1	1	2	1				9

Неврастенический

K	6	8	11	15	18	25	37	48	64		Σ
H(k)	1	1	2	1	1	1	2	1	1		11

Обсессивно-фобический

K	9	12	18	21	22	55					Σ
O(k)	1	2	1	1	1	1					7

Сенситивный

К	8	12	20	24	25	33	49	54	63	66	Σ
С(k)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Эгоцентрический

К	11	13	14	36	46	51	60	64	66	67	Σ
Я(k)	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	12

Эйфорический

К	10	24	32	56	65	69					Σ
Φ(k)	1	1	2	1	1	1					7

Анозогнозический

К	2	26	35	59	69	70					Σ
З(k)	1	1	1	2	1	2					8

Эргопатический

К	28	49	52	57	58						Σ
Р(k)	1	1	2	1	2						7

Паранойяльный

К	4	13	17	24	38	40	41	45	48	73	Σ
(k)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10

Перенумеруем все типы реагирования и введем обозначения $F_i(k)$, где $F_1(k) = \Gamma(k)$, $F_2(k) = T(k)$ и т.д. Учитывая, что все значения

$F_i(k) = 0$, если k не равно номеру, записанному в i -ой таблице, число баллов i -го типа реагирования n_i вычислим по формуле:

$$n_i = \sum_{k=1}^{73} F_i(k)R(k), \quad N_i = \sum_{k=1}^{73} F_i(k)$$

где N_i – максимально возможное число баллов по i -му типу реагирования.

Так как максимальное число баллов различных типов реагирования отличаются друг от друга, то для сравнения их будем

использовать нормированные значения – процентное содержание положительных ответов.

$$n_i \% = 100 \frac{n_i}{N_i} = \frac{\sum_{k=1}^{73} F_i(k)R(k)}{\sum_{k=1}^{73} F_i(k)} \cdot 100$$

Используя функцию единичного скачка $\text{sgn}(x) = 1$, если x больше или равно нулю ($x \geq 0$) и $\text{sgn}(x) = 0$, если x меньше нуля

($x < 0$), можно выделять вопросы $S_i(k)$ и время на их осмысление и принятие решений $t_i(k)$.

$$S_i(k) = S(k) \text{sgn}(F_i(k) - 1) \quad t_i(k) = t(k) \cdot \text{sgn}(F_i(k) - 1)$$

и вычислить скорости обработки информации

$$V_i(k) = S_i(k)/t_i(k),$$

средние значения и разброс $t_i(k)$ и $V_i(k)$. Среднее значение и разброс (корень квадратный из выборки дисперсий) равны:

$$\overline{t_i(k)} = \frac{1}{m_i} \sum_{k=1}^{73} t_i(k), \quad \Delta t_i = \sqrt{\frac{1}{m_i-1} \sum_{k=1}^{73} (t_i(k) - \overline{t_i})^2},$$

$$\overline{V_i} = \frac{1}{m_i} \sum_{k=1}^{73} V_i(k), \quad \Delta V_i = \sqrt{\frac{1}{m_i-1} \sum_{k=1}^{73} (V_i(k) - \overline{V_i})^2},$$

где $m_i = \sum_{k=1}^{73} \text{sgn}(F_i(k) - 1)$ – число вопросов-утверждений i -го типа реагирования.

Результаты тестирования представляются в виде таблицы показателей

$$n_i, n_i \%, \overline{t_i} \pm \Delta t_i, \overline{V_i} \pm \Delta V_i$$

Таблица 2

Таблица оценок типов реагирования (ТР)

ТР	Г	Т	И	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
i	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
n_i	2	3	2	0	7	3	2	2	0	2	4	0
$n_i\%$	1.91	33	22	0	64	42	20	17	0	12	55	0
$\overline{t_i} \pm \Delta t_i$	6	7.8	7.8	4.2	4.2	5	4.8	4.3	4	4.1	6.4	3
$\overline{V_i} \pm \Delta V_i$	10	11.2	13	5.1	4.8	7.3	7	6.4	8.2	7.7	6.4	10

При бланковом тестировании диагностические решения принимаются путем сравнения числа положительных ответов n_i с минимальными диагностическими числами (порогами np_i): если $n_i \geq np_i$

то реагирование пациента относится к i -ому типу. Используя эти нормативные числа и зная число вопросов i -го типа сформируем компьютерный вариант процентных диагностических чисел.

Таблица 3

Таблица диагностических чисел

	Г	Т	И	А	Н	О	С	Я	Ф	З	Р	П
N_{pi}	7	4	3	3	3	4	3	3	5	5	6	3
N_i	11	9	9	9	11	7	10	12	7	8	7	10
$N_{pi}\%$	63	44	33	33	27	57	30	25	71	62	85	30

Используя таблицу оценок и таблицу диагностических чисел можно принимать диагностические решения: если $n_i\% < N_{pi}\%$, то оценка реагирования считается диагностически неинформативной.

Выводы:

1. Тестирование на основе компьютерного адаптированного опросника ЛОБИ является более информативным, чем тестирование методом заполнения бланков, так как позволяет получать и анализировать количественные оценки всех типов реагирования, время

на подготовку ответов и скорость обработки информации, содержащейся в вопросах-утверждениях.

2. Для принятия диагностических решений предлагается сравнивать ответы пациента (в процентах) с нормативными значениями диагностических порогов, рассчитанных по минимальным диагностическим числам бланкового тестирования ЛОБИ, что позволит не терять информацию о типе реагирования, содержащуюся в вопросах, ответы на которые оцениваются ниже пороговых.

КОМП'ЮТЕРНА ПСИХОМЕТРИЧНА ОЦІНКА РЕАГУВАННЯ НА СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ПУХЛИНАМИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

Дніпропетровська державна медична академія

Тип особистісної реакції хворих з пухлинами головного мозку на захворювання, а також аналіз внутрішньої картини хвороби онкохворих є одними з найбільш важливих онкологічних показників, які здебільшого визначають плин онкологічного процесу. Враховуючи деякі складності під час обстеження хворих з пухлинними процесами головного мозку, пов'язаними з когнітивними та емоціональними порушеннями, а також з особистісними змінами в конкретній групі хворих, запропонований комп'ютерний варіант психометричного тестування на основі адаптивного опитника бехтеревського інституту. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 60-65).

V.V. Ogorenko

COMPUTER PSYCHOMETRIC ASSESSMENT OF THE REACTION AT THE SOMATIC DISEASE IN THE PATIENTS WITH BRAIN HEMORS

Dnipropetrovsk state medical Academy

Type of personal reaction of ill people with brain tumors on disease and also analysis of inner picture of disease of people with cancer is the most important cancer indicator, that mostly defines currency of oncological process. Considering some difficulties during inspection patients with brain tumors, connected with cognitive and emotional violation and also with personal changes in particular group of patients, suggested computer variant psychometrical testing based on adapted questionnaire of bechterevev's institute. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 60-65).

Литература

1. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. — 2001. - №1(5). — С.5-6.
2. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. М.: БИНОМ, 2006.
3. Дубниченко А.С., Дышлевая Л.Н., Дышлевой А.Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей // Проблемы медицинской науки та освіти. — 2003. - №3.
4. Зотов П.Б., Уманский С.М. Типы внутренней картины болезней у больных со злокачественными новообразованиями. // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. — 2009. - №1. — С.29-31.
5. Ивашкина М.Г. Психологические особенности личности онкологических больных: Дис. ... канд. психол. наук: Москва, 1998. — С. 166.
6. Касимова Н.Л., Жилиева Т.В. Психопатологическая и социально-психологическая характеристика больных со злокачественными новообразованиями // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. — 2009. - №1. — С.4-11
7. Комкова Е.П., Магарилл Ю.А., Кокорина Н.П., Сергеев А.С., Нервно-психические расстройства у онкологических больных // Сибирский онкологический журнал. — 2009. - №2(32) — С.40-43.
8. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М.: «МЕДпресс-информ», 2002, - 592 с.
9. Падун М.А., Тарабрина Н.В. Когнитивно-личностные аспекты переживания травматического стресса // Психологический журнал. — 2004. — № 5.
10. Самушия М.А., Зубова И.В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы. // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. — 2009. - №1. — С.24-28.
11. Слезкина Л.А., Евдокимова Г.А., Лапина Г.М. Клинические особенности опухолей головного мозга // Неврологический вестник. — 2004. — Т. XXXVI, вып. 1-2 — С.86-89.
12. Смулевич А.Б., Тхостов А.Ш., Сыркин А.Л. Клинические и психологические аспекты реакции на болезнь (к проблеме нозогений) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1997. — Т. 92. — В. 2. — С.4-9.
13. Таранская А.Т. Вопросы кинической психопатологии и патофизиологии высшей нервной деятельности при внутричерепных опухолях: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. : Харьков, 1972.
14. Тиганов А.С. Психопатология и клиническая картина психических расстройств при соматических заболеваниях // Психические расстройства в общей медицине / Под ред. А.Б.Смулевича. — 2009. - №1. — С.12.
15. Derogatis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // JAMA. — 1983. — Vol. 249, № 6. — P. 751-757
16. Ciaramella A., Poli P., Assessment of depression among cancer patients: the role of pain, cancer type and treatment // Psycho-Oncology. 2001. - Vol. 10 - P. 156-165.

Поступила в редакцию 08.06.2012

УДК616.002.5-053.6

*Т.Л. Ряполова, Е.А. Лепшина***РОЛЬ СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ И КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ КОМПЛАЙЕНСА У БОЛЬНЫХ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: мультирезистентный туберкулез легких, социально-демографические факторы, клинико-психопатологические факторы, комплайенс

Во многих странах мира и в Украине, в частности, ситуация по распространенности туберкулеза (ТБ) продолжает оставаться угрожающей. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в период между 2000 и 2020 годами около 1 млрд. человек могут быть инфицированы, 200 миллионов могут заболеть и 35 млн. – умереть от туберкулеза, если контроль над эпидемией не будет усилен. В настоящее время приобретают чрезвычайную актуальность две проблемы: рост заболеваемости и смертности от сочетанной инфекции туберкулез - ВИЧ (ТБ/ВИЧ) и распространение мультирезистентного туберкулеза (МР ТБ) [1].

По данным доклада ВОЗ, в 2010г. в некоторых районах мира у каждого четвертого человека с туберкулезом развивается форма болезни, которая более не поддается лечению стандартными лекарственными схемами. Туберкулез со множественной лекарственной устойчивостью – одна из смертельных форм ТБ, которая поражает ежегодно до полумиллиона человек и характеризуется гораздо большими показателями смертности, чем туберкулез, подверженный действию лекарственных средств [2].

Мультирезистентный туберкулез (МР ТБ) – это наиболее опасная форма туберкулеза (ТБ), при которой микобактерии туберкулеза (МБТ) становятся устойчивыми (невосприимчивыми) как минимум к двум наиболее важным противотуберкулезным препаратам (ППП): изониазиду и рифампицину [3]. Больные, относящиеся к этой группе, имеют более неблагоприятный прогноз, их лечение вызывает большие трудности и связано со значительными экономическими затратами.

Обычно режим лечения больных туберкулезом состоит из назначения не менее четырех ППП, к которым определяют чувствительность, то есть их влияние на МБТ. Срок основного кур-

са противотуберкулезного лечения составляет 24 месяца (6-9 месяцев в стационаре, 18-15 – амбулаторно) [3, 4].

Существуют микробиологические, клинические, программно-обусловленные и личностные предпосылки развития лекарственной устойчивости при ТБ. С позиций микробиологии устойчивость представляет собой результат генетической мутации, в результате которой бактерии - мутанты становятся нечувствительными к определенному лекарственному препарату. Неадекватная или ошибочно выбранная схема химиотерапии приводит к тому, что лекарственно-устойчивый мутант становится доминирующим у пациента, болеющего ТБ. В качестве наиболее частых причин проведения неадекватной химиотерапии в литературе описаны: отсутствие соответствующих инструкций и руководств по проведению противотуберкулезной терапии; плохое обучение врачей и персонала противотуберкулезных лечебных учреждений; отсутствие мониторинга химиотерапии; плохая организация лечебного процесса; недостаточное финансирование программ борьбы с ТБ; плохое качество препаратов; недоступность определенных препаратов; неправильная дозировка или сочетание препаратов; плохая приверженность лечению; недостаток информации для больных; недостаток средств (недоступность бесплатного лечения); побочные эффекты препаратов; социальные барьеры; нарушения, связанные с наркотической зависимостью [4].

МР ТБ возникает в результате неправильного лечения ТБ, а именно:

- при перерывах приема ППП по любым причинам;
- в результате неправильно назначенного врачом лечения или в результате самолечения, когда какой-либо ППП (или схема лечения) использовался недостаточное время или в недостаточ-

ных дозах;

- из-за слишком длительного лечения (или самолечения) ТБ каким-либо из противотуберкулезных препаратов;

- в результате первичного инфицирования устойчивыми штаммами МБТ (от больного МР ТБ) [5, 6].

Примерно у 25% больных с первичной лекарственной устойчивостью основной причиной неэффективного лечения становится самовольный уход из отделения [7]. Такую ситуацию трудно объяснить какой-то одной причиной. Можно предположить, что она обусловлена и большим количеством назначаемых препаратов, и частотой возникновения нежелательных реакций на препараты, и необходимостью длительного пребывания в стационаре, и нежеланием пациентов изменять свое поведение и привычки, и отсутствием у пациентов субъективной убежденности в необходимости проводимого лечения, т.е. отсутствием приверженности больных лечению (комплаенса).

Приверженность к терапии определяется, как способность точно следовать назначениям врача по приему лекарственных препаратов и модификации образа жизни. Прием лекарственных препаратов в соответствии с врачебными назначениями как минимум в 80% является наиболее общей характеристикой медикаментозной комплаентности.

По мнению некоторых авторов, резервом повышения эффективности лечения больных МРТБ на этапе интенсивной фазы является санитарное просвещение больных и их родственников, формирование приверженности лечению, привлечение к работе в стационаре психолога, психотерапевта, нарколога [8]. В то же время, проблема некомплаентности пациентов как фактора развития мультирезистентных форм туберкулеза с позиций анализа социальных, психологических и клинко-психопатологических факторов, участвующих в формировании определенного отношения к заболеванию и его прогнозу, остается вне поля зрения медицинских психологов и психиатров.

Поэтому целью настоящего исследования явилось изучение социально-демографических и клинко-психопатологических особенностей пациентов с МР ТБ как предпосылок к нарушению приверженности лечению данного контингента больных.

На начальном этапе была разработана унифицированная карта клинического и социально-

демографического анализа истории болезни стационарного больного МР ТБ. Путем анализа историй болезни терапевтического отделения № 4 КЛПУ «Областная клиническая туберкулезная больница» г. Донецка было установлено, что на стационарном лечении находилось 75 больных, госпитализированных по поводу МР ТБ, из которых 65 человек дали свое согласие на обследование и использование полученной информации в медицинских целях, без указания их личных данных. Социально-демографические и клинко-психопатологические характеристики больных МР ТБ, находящихся в специализированном отделении ОКТБ, представлены в таблице 1.

Необходимо отметить, что из 75 пациентов, находившихся в стационаре на момент проведения исследования, 10 человек, из которых 7 мужчины в возрасте от 20 до 40 лет и 3 – женщины в возрасте старше 45 лет, отказались от участия в исследовании, ссылаясь на плохое самочувствие и нежелание предоставлять свои данные.

Среди обследованных больных 49.23% (32 чел.) составляли мужчины, женщины (33 чел.) – 50.77%, но преобладание удельного веса лиц мужского пола был статистически недостоверным ($p > 0,05$). Распределение больных по возрасту было следующим: до 20 лет – 3 чел. (4.62%), 20-29 лет – 18 чел. (27.69%), 30-39 лет – 24 чел. (36.92%), 40-49 лет – 11 чел. (16.92%), 50 лет и старше – 9 чел. (13.85%). Средний возраст изученного контингента – $32 \pm 4,34$ года, т.е. преобладали лица молодого трудоспособного возраста. Несмотря на это, подавляющее большинство больных относились к категории неработающих (41 чел., 63.08%), что может быть связано, во-первых, с общей напряженной ситуацией в отношении трудоустройства в стране, во-вторых, со стигматизирующим влиянием факта госпитализации в противотуберкулезный стационар, в-третьих, со снижением побудительной активности в поиске официального места работы у пациентов данной категории, а также с удовлетворенностью пациентов сезонными или неофициальными (например, разнорабочий) формами трудовой занятости. При этом большинство пациентов (35 чел., 53.85%) имеют среднее специальное образование и 18 чел. (27.69%) лишь среднее, что наряду с отсутствием постоянного места работы вполне может свидетельствовать о заниженном уровне притязаний у данной группы пациентов.

**Социально-демографические и клинико-психопатологические характеристики больных
мультирезистентным туберкулезом легких, находящихся на стационарном лечении в ОКГБ
в июле-августе 2012 года**

№	Показатель	Число больных	
		Абс.	%
1	Пол:		
	- мужской	32	49,23
	- женский	33	50,77
2	Возраст:		
	- до 20 лет	3	4,62
	- 20-29 лет	18	27,69
	- 30-39 лет	24	36,92
	- 40-49 лет	11	16,92
	- 50 лет и старше	9	13,85
3	Социальный статус:		
	- рабочий	11	17,39
	- служащий	1	1,54
	- учащийся	1	1,54
	- студент	1	1,54
	- частный предприниматель	6	8,7
	- не работает	41	63,08
	- пенсионер	4	6,15
4	Образование:		
	- среднее	18	27,69
	- среднее специальное	35	53,85
	- высшее	12	18,46
5	Семейный статус:		
	- холост (не замужем)	28	43,08
	- женат (замужем)	15	23,08
	- разведен (а)	16	24,62
	- вдовец (вдова)	6	9,23
6	Взаимоотношения в семье:		
	- равные	56	86,15
	- конфликтные	3	4,61
	- эмоционально отстраненные (формальные)	6	9,23
7	Проживает:		
	- в ядерной семье	16	24,62
	- в родительской семье	24	36,92
	- с родственниками	10	15,38
	- самостоятельно	15	23,08
8	Жилищно-бытовые условия:		
	- удовлетворительные	62	95,38
	- неудовлетворительные	3	4,62
9	Материальная обеспеченность:		
	- удовлетворительная	42	64,62
	- уровень выживания	12	18,46
	- неудовлетворительная	11	16,92
10	Обращение к психиатру/наркологу в анамнезе:		
	- не было	60	93,85
	- однократное обращение	4	6,15
	- наблюдается постоянно	1	1,54
11	Сопутствующая патология (т.ч. ВИЧ-инфекция):		
	- нет	52	80
	- есть, в т.ч. алкоголизм, наркомания, ВИЧ-инфекция	13	20
12	Изменение психического состояния при установлении диагноза МР ТБ:		
	- не было	4	6,15
	- до 3х дней	5	7,69
	- от 3х до 7 дней	39	60
	- от 8 до 14 дней	21	32,31
	- свыше 15 дней	6	9,23
13	Длительность стационарного лечения:		
	- до 3х мес.	10	15,38
	- от 3х до 6ти мес.	47	72,31
	- свыше 6ти мес.	8	12,31
14	Степень сопротивляемости стрессу (по методике Холмса-Ранге):		
	- высокая	14	21,54
	- пороговая	20	30,77

Лишь 15 больных (23,08%) имеют собственные семьи, 43,08% (28 чел.) никогда не состояли в браке, 16 чел. (24,62%) были разведены и 6 чел. (9,23%) овдовели к моменту госпитализации. Соответственно более половины пациентов проживают с родителями, другими родственниками или самостоятельно. При этом в 10% случаев имелись явные проблемы во взаимоотношениях, как в собственных, так и в родительских семьях, а 56 чел. (86,15%) описывают взаимоотношения в семьях как удовлетворительные. Однако столь высокий процент пациентов, удовлетворенных отношениями с родственниками, по мнению исследователей, свидетельствует о необходимости более детального изучения этого вопроса в дальнейшем. Наличие одиноких больных (43,08%), в т.ч. разведенных (24,62%) и овдовевших (9,23%) может рассматриваться как фактор, способствующий асоциальному образу жизни и предполагающий относительно неблагоприятный прогноз в плане комплайентности.

Жилищно-бытовые условия большей части исследуемых пациентов были относительно удовлетворительными, лишь 4,62% (3 чел.) не имели постоянного места жительства или проживали без прописки. Несмотря на то, что большинство больных оценивали свои жилищно-бытовые условия как удовлетворительные, среди обследованного контингента выделялась группа пациентов (23 чел., 35,38%) которые находились в материальном плане на уровне выживания. При этом в части случаев (16,92%) можно говорить о фактически бедственном положении.

Высокий процент лиц (93,85%), не обращавшихся в течение жизни за помощью к психиатру либо наркологу, не может, однако, свидетельствовать о благополучном положении дел по этому вопросу, т.к. некоторое количество пациентов сообщили о фактах злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков, в том числе систематического, при этом 4 чел. (6,15%) сообщили об однократном обращении по поводу «кодирования» от алкоголизма и 1 чел. постоянно наблюдается наркологом по поводу наркозависимости и получает заместительную терапию метадонном. Наличие сопутствующей патологии у 20% пациентов, в том числе ВИЧ-инфекции и гепатита, также свидетельствует в пользу факта асоциального образа жизни некоторых из них.

Важным фактом является и то, что более 90% пациентов отмечали изменение своего психического состояния после установления диагноза МР ТБ. Лишь 4 чел. (6,15%) из всех опрошенных

отрицали появление у себя каких-либо нежелательных симптомов, остальные 62 чел. (93,85%) сообщили о возникновении сниженного настроения, тревоги, мыслей о смерти в период от 1 до 3 дней 5 чел. (7,69%), в период от 3 до 7 дней – 39 чел. (60%), в период от 8 до 14 дней – 21 чел. (32,31%), более 15 дней от момента установления диагноза – 6 чел. (9,23%). При этом подавляющее большинство пациентов отмечали ведущую роль поддержки, оказанной членами их семей в нормализации их психического состояния.

Следует отметить, что лечение МРТБ требует от пациентов длительного (от 6 до 9 мес.) пребывания в стационаре, что в свою очередь может оказывать неблагоприятное влияние на психологическое состояние пациентов и приводить к нежелательным реакциям. Из числа всех пациентов 10 чел. (15,38%) на момент обследования находились в стационаре менее 3 мес. Более половины обследованных пациентов 47 чел. (72,31%) непрерывно находились на стационарном лечении от 3 до 6 мес. и 8 чел. (12,31%) свыше 6 мес. Больничная среда в совокупности со стигматизирующим влиянием диагноза, довольно часто оказывает неблагоприятное воздействие на психическое состояние пациента, приводя к затруднениям в общении с окружающими, утрате трудовых установок, и, в конечном итоге, к социальной дезадаптации (отказ от лечения, продолжение или начало ведения асоциального образа жизни), особенно у пациентов с низкой стрессоустойчивостью. Согласно результатам обследования по методике Холмса-Раге около половины пациентов (31 чел., 47,69%) имеют низкую сопротивляемость стрессу, 20 чел. (30,77%) – пороговую и лишь 14 чел. (21,54%) – высокую.

Таким образом, проведенное исследование выявило ряд социально-демографических факторов, возможно, играющих определенную роль в развитии МР ТБ и низкой комплайентности больных с данной патологией: низкий уровень занятости, преобладание лиц со средним образованием, не имеющих собственной семьи, достаточно высокий удельный вес больных с сопутствующими заболеваниями (ВИЧ, употребление психоактивных веществ). В то же время практически все обследованные больные отмечали целый ряд психопатологических симптомов в ответ на информацию о наличии у них туберкулеза, при этом преодоление их оказывалось возможным при поддержке семейного окружения, но не медицинских работников. Значительная длительность пребывания больных в условиях

стационара, виявлений низкий уровень стрессоустойчивости пациентов с МР ТБ дают основание для дальнейшего изучения клинко-психопатологических и социально-психологических особенностей данного контингента больных с целью установления причин, приводящих к низкой комплаентности. Это позволит оценить

целесообразность, объем и содержание необходимых психосоциальных вмешательств, выделить целевые группы больных, нуждающихся в них на том или ином этапе оказания помощи, установить факторы, повышающие приверженность терапии и повысить эффективность лечения больных МР ТБ.

Т.Л. Ряполова, К.О. Лепшина

РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ І КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ФАКТОРІВ У ФОРМУВАННІ КОМПЛАЕНСУ У ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНІВ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті представлені дані соціально-демографічного та клініко-психопатологічного аналізу хворих на мультирезистентний туберкульоз. Отримані результати є підставою для подальшого вивчення даного контингенту з метою встановлення причин, що призводять до низької комплаентності. Це дозволить оцінити доцільність, обсяг і зміст необхідних психосоціальних втручань, виділити цільові групи хворих, які потребують на них на тому чи іншому етапі надання допомоги, встановити фактори, що підвищують прихильність терапії та підвищити ефективність лікування хворих на МР ТБ. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 66-70).

T.L. Ryapolova, E.A. Lepshina

THE ROLE OF SOCIAL-DEMOGRAPHIC, CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL FACTORS IN COMPLIANCE FORMATION IN PATIENTS WITH MULTI-DRUG-RESISTANT TUBERCULOSIS

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

The article presents the social-demographic, clinical and psychopathological analysis of patients with multi-drug-resistant tuberculosis. Received results are the basis for further study of this contingent in order to establish the causes leading to low compliance. This will assess the feasibility, size and content of necessary psychosocial interventions, identify target groups of patients who need them at some stage of the assistance, to identify factors that improve adherence to therapy and improve the treatment effectiveness of patients with MDR-TB. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 66-70).

Литература

1. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing: WHO report 2009. – Geneva: Switzerland, 2009. – 383 p.
2. Лепшина С.М. Три вектора современной эпидемии туберкулеза / С.М. Лепшина // Український пульмонологічний журнал. – 2008. – № 3. Додаток. – С. 21 - 22.
3. Наказ МОЗ України від 22.10.2008 № 600 «Про затвердження стандарту надання медичної допомоги хворим на хіміорезистентний туберкульоз».
4. Рич М. Руководство по программному ведению лекарственно-устойчивого туберкулеза / М. Рич, П. Цигельски, Э. Джарамилло // Москва: Весь мир, 2007. – 200 с.
5. Lyepshina S.M. Organization of diagnostics and treatment of patients with MDR-TB in Donetsk oblast, Ukraine / S.M. Lyepshina, I.V. Dubrovina, D.L. Shestopalov // 40th Union World Conference on Lung Health of the International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Europe Region: Abstract Book. – Cancun, Mexico. - 2009. – P. 53.
6. Лепшина С.М. Проблемы химиорезистентного туберкулеза на современном этапе / С.М. Лепшина // Архив клинической и экспериментальной медицины. “ 2008. – Т. 17, № 1. – С. 77 - 80.
7. Лепшина С.М. Результаты интенсивной фазы лечения больных мультирезистентным туберкулезом легких / С.М. Лепшина [и соавт.] // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2011. – Т. 12, № 1. – С. 127 - 129.
8. Treatment of extensively drug resistant tuberculosis in Tomsk, Russia: a retrospective cohort study / S. Keshavjee [et al.] // The Lancet. – 2008. – Vol. 372, Issue 9647. – P. 1403-1409

Поступила в редакцию 23.10.2012

УДК 616.8:616-006-08-059

*Г.Ю. Васильєва***ЕФЕКТИВНІСТЬ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ НОВОУТВОРЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ**

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Ключевые слова: жінки, злоякісні новоутворення, репродуктивна сфера, емоційні порушення, психокорекційні заходи

Надання медичної допомоги хворим, які страждають на злоякісні новоутворення - одне з найактуальніших завдань сучасної медицини в Україні. На сьогоднішній день на обліку в онкологічних установах перебувають понад 960 тисяч хворих, щорічно реєструються більше 160 тисяч нових випадків захворювань на злоякісні новоутворення та прогнозується їх зріст понад 200 тисяч до 2020 року (Бюлетень національного Канцер-Реєстру України, 2010-2011) [1]. Онкологічні захворювання органів жіночої репродуктивної сфери є найбільш частими в структурі онкологічної патології жінок та складають до 35% усіх випадків [2]. Крім того, зростаючий останнім часом інтерес до цієї проблеми пов'язаний також і зі значним омолодженням контингенту хворих [2, 3]. На сучасному етапі розвитку онкології велика увага стала

приділятися не тільки соматичному стану пацієнтів, але й психологічному та психіатричному аспектам цієї патології [4-9]. Не менш значущим стресом, ніж власне онкологічне захворювання, для пацієнток є каліцащі операції та зміна зовнішнього вигляду внаслідок ендокринних порушень.

Серед хворих на рак репродуктивної сфери значну частину складають жінки працездатного віку, що обумовлює підвищені вимоги до їх комплексної реабілітації, включаючи ефективну корекцію супутніх емоційних порушень [10], що обумовило проведення цього дослідження, метою якого стало вивчення емоційного стану пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів репродуктивної сфери, і розробка методів психотерапевтичної корекції емоційних порушень у комплексі реабілітаційних заходів.

Матеріал та методи дослідження

У відповідності з поставленою метою було обстежено 210 онкологічно хворих жінок: 68 хворих на рак тіла ($32,4 \pm 3,2\%$) та 85 ($40,5 \pm 3,4\%$) – шийки матки, і 57 пацієнток із злоякісними пухлинами яєчників ($27,1 \pm 3,1\%$). У 13 жінок ($6,2 \pm 1,7\%$) онкологами було діагностовано першу стадію пухлинного процесу, у 88 ($41,9 \pm 3,4\%$) – другу стадію та у 109 ($51,9 \pm 3,4\%$) – третю стадію.

За тривалістю онкологічного захворювання усі досліджувані пацієнтки були розподілені наступним чином: найбільш численною виявилася група хворих із тривалістю пухлинного процесу менш 1 року – 105 жінок ($50,0 \pm 3,4\%$); від 1-го до 3-х років – 61 пацієнтка ($29,1 \pm 3,1\%$); від 3-х до 5-ти років – 36 хворих ($17,1 \pm 2,6\%$) та більше 5-ти років – 8 жінок ($3,8 \pm 1,3\%$).

Всі обстежені пацієнтки знали або здогадувалися про характер свого захворювання, і у всіх випадках було отримано інформовану згоду на їх участь в дослідженні. Діагностика клінічної

форми основного захворювання здійснювалася фахівцями-онкологами. Крім цього, пацієнтки проходили комплексне соматичне і неврологічне обстеження в стандартному обсязі. Аналізувалися також дані суб'єктивного і об'єктивного (зі слів родичів) анамнезу, амбулаторних карт та медичних карт стаціонару онкохворих. Критеріями виключення були наявність важких супутніх соматичних захворювань, додаткових ектогеній (інтоксикації, професійні шкідливості, черепно-мозкові травми в анамнезі), ендогенної психічної патології, органічного ураження головного мозку (в т.ч. метастатичного генезу).

Для клінічної верифікації, визначення ступеню виразності тривожно-депресивних розладів та оцінки їх редукції протягом терапії нами використовувалися розгорнуте комплексне клінічне структуроване інтерв'ю відповідно до діагностичних критеріїв Розділу V за МКХ-10, а також шкали Монтгомері-Асберг MADRS (S.A.Montgomery, M.Asberg, 1979) [11] та Гам-

ільтона НАМ-А (M.Hamilton, 1959) [12].

При проведенні аналізу отриманих результатів дослідження нами були використані мето-

ди біостатистики у ліцензійних пакетах статистичного аналізу «MedStat» (Ю.Е.Лях, В.Г.Гурьянов, 2004) і «Statistica 5.5» (StatSoft Inc., 1999) [13].

Результати дослідження та їх обговорення

У 152 жінок з онкологічною патологією органів репродуктивної сфери ($72,4 \pm 3,1\%$) були виявлені неспихотичні психічні розлади, які представлені депресивними порушеннями у рамках симптоматичних депресивних розладів ($F 06.32; 31,0 \pm 3,2\%$), а також розладів адаптації – пролонгованої депресивної ($F 43.21; 5,2 \pm 1,5\%$) і змішаної тривожно-депресивної реакції ($F 43.22; 11,4 \pm 2,2\%$). Переважно анкіозні порушення представлені симптоматичними тривожними розладами ($F 06.4; 11,4 \pm 2,2\%$) і розладами адаптації у вигляді реакцій з переважанням тривоги ($F 43.23; 13,3 \pm 2,3\%$). У $27,6 \pm 3,1\%$ досліджених пацієток емоційні порушення не сягали клінічного рівня, що дозволило віднести їх до групи психіатричної норми ($Z 85$).

Найбільш характерними клінічними ознаками емоційних порушень у пацієток, які страждали на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, були пригнічений настрій зі смутком, відчуттям туги і безнадії, втратою інтересу до навколишніх подій, які поєднувались з ангедонією і відсутністю ініціативи, вираженим зниженням загальної активності і підвищеною стомлюваністю навіть при незначному зусиллі, зниженням здатності до зосередження, негативною переоцінкою попереднього життєвого досвіду з її проекцією в майбутнє, а також були присутніми об'єктивні ознаки психомоторної загальмованості або ажитації.

У більшості жінок були виявлені ознаки не тільки депресивних, але і тривожних розладів – у їх висловлюваннях чітко звучали тривожні побоювання щодо можливих невдач в лікуванні пухлинного процесу, онкохворі акцентували увагу на практично постійному відчутті хвилювання або невизначеної небезпеки, очікуванні нещастя не тільки з собою, але і близькими, неможливості розслабитися, наявності нав'язливих думок про характер свого захворювання, спогади про хірургічне (гістеректомія, оваріектомія) і консервативне (поліхіміо-/променева терапія) лікування у формі так званих інвазивних переживань (flashback) та «вторгнення думок». Нав'язливі думки посилювалися у вечірньо-нічний час, що перешкоджало засинанню, або віддзеркалювалося у структурі сновидінь. Крім того, порушення сну характеризувалися жахливими сновидіннями, переривчастим сном,

раннім пробудженням з неможливістю заснути. При цьому пацієтки наголошували на прагненні уникнення ситуацій, прямо або побічно пов'язаних із онкологічною хворобою.

Домінування симптомів позитивної афективності було властиве хворим з початковими стадіями пухлинного процесу і пацієнтам, які пройшли успішний курс лікування. У пацієнтів з нещодавно виявленими злоякісними новоутвореннями виразність, стійкість і різноманітність тривожних побоювань, адресованих своєму соматичному стану, дозволяли говорити про тривожно-іпохондричні порушення. Практично у всіх пацієток виявлялася астенична симптоматика, яка проявлялася загальною слабкістю, нездужанням, швидкою стомлюваністю, трудністю при зосередженні, низькою продуктивністю розумової та фізичної праці. Однак на ранніх стадіях онкологічного захворювання астеничні прояви були помірно вираженими і, в істотній мірі, коливалися паралельно динаміці основного онкологічного захворювання. По мірі прогресування захворювання і, особливо, у випадку невдачі проведеного протипухлинного лікування в структурі депресивних порушень починали проявлятися ознаки негативної афективної з вираженим астено-апатичним симптомокомплексом. Деякі пацієтки зізнавалися в існуванні думок про безперспективність життя і бажання смерті, як способі рятування від вже існуючих або очікуваних в найближчому майбутньому мук, однак активних дій до їх реалізації нами виявлено не було.

Своєчасне розпізнавання і правильна кваліфікація емоційних розладів в онкологічній практиці набувають реальний сенс лише у поєднанні з їх ефективною корекцією, що відноситься до важливих чинників підвищення якості лікувально-реабілітаційних заходів у пацієток, які страждають на злоякісні новоутвореннями органів репродуктивної сфери.

Основною метою психокорекційних втручань є зниження рівня тривоги і депресії, позбавлення пацієток від відчуття безнадійності, пов'язаної з маніфестацією, рецидивом і/або метастазуванням онкологічної патології, допомогти пацієткам більш адекватно оцінити значення психотравмуючих подій, долати біль, песимістичне сприйняття ситуації, пов'язаної з хворобою, ско-

регувати ірраціональні установки, виділити адекватні цілі, мобілізувати зусилля, редукувати страх рецидиву і смерті, сформувані нові перспективи поза хворобою.

Оскільки лікування психоонкологічних розладів передбачає не тільки усунення симптомів, а й корекцію терапевтично несприятливих особистісних особливостей пацієнток і повернення йому його соціально-рольових функцій (сімейних, професійних, міжособистісних та ін.) нами був розроблений інтегративний терапевтичний комплекс, що включає методи психотерапевтичного і психофармакологічного втручання в поєднанні з призначеним протипухлинним лікуванням основного захворювання, який сприяв зміні ставлення пацієнтів до свого стану і підвищував комплайнс терапевтичних схем.

В організаційному плані нами застосовувалася консультаційно-єднальна модель надання медичної допомоги [14], яка передбачала спільну курацію пацієнтів онкологом і психіатром/психотерапевтом. Ця модель забезпечує не тільки прямий контакт з пацієнтами, які готові до психотерапевтичної та психіатричної інтервенції, але і плідну співпрацю з фахівцями онкологічного профілю.

Психофармакотерапія емоційних порушень проводилася за принципом монотерапії і диференційованого використання антидепресантів останніх генерацій, які мають високі показники ефективності, переносимості та безпеки при застосуванні їх у поєднанні з хімотерапією в онкологічних хворих. Такий підхід пов'язаний з прагненням до мінімізації побічних ефектів і давав можливість активно залучати пацієнтів до психотерапевтичного процесу, тим самим сприяв більш швидкій дезактуалізації хворобливих хвилювань і відновлення психоемоційного стану. Перевага використання антидепресантів останніх генерацій (СІЗЗС, ІЗЗСН, НаССА та МТ) для корекції непсихотичних психічних розладів у пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення органів репродуктивної сфери, на нашу думку, пов'язана з наступними факторами: мінімальний вплив на холінергічні, б-адренергічні і гістамінові рецептори мозку, що обумовлює незначний спектр побічних дій цієї групи препаратів; можливість одноразового прийому протягом доби; високий терапевтичний індекс; відсутність необхідності індивідуального підбору дозування; висока біодоступність препаратів, яка забезпечує більш ранній антидепресивний ефект; "морфінзберегаюча" дія антидепресантів (потенціювання анальгезуючо-

го ефекту при хронічному больовому синдромі у онкологічних хворих, пов'язаному як з безпосереднім ураженням нервових волокон, так і з невротіями); не знижується активність препаратів при їх тривалому застосуванні, в т.ч. при підтримуючій терапії соматично ослаблених пацієнток; мінімальні показники міжлікарської взаємодії з протипухлинними препаратами [15, 16]. Тривалість купіруючого етапу терапії склала в середньому 8 тижнів, що обумовлено проявом виразного антидепресивного ефекту не раніше ніж через 4-6 тижнів безперервного прийому препарату, підтримуюча терапія тімоаналептиками тривала до 6-9 місяців.

Психотерапія жінок, які страждали на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, здійснювалася відповідно до концепції Б. В. Михайлова (2002) [14], будувалася на загальних принципах, однак мала і ряд специфічних особливостей відповідно до контингенту хворих та умов спеціалізованого протипухлинного стаціонару – диференційоване поєднання патогенетичної, симптоматичної і профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів при проведенні як індивідуальних, так і групових («палатних») форм роботи з онкохворими з використанням методів раціональної, когнітивно-поведінкової психотерапії, короткострокової позитивної психотерапії і методів психічної саморегуляції (цілеспрямованого самонавіювання, позитивної креативної візуалізації з підтримкою аудіальної модальності сприйняття спеціально підібраними музичними композиціями і звуками природи в стані прогресивної міорелаксації по Джекобсону), а також активне залучення до лікувального процесу членів сімей онкохворих (у рамках проведення сімейної психотерапії).

Таким чином, основним завданням інтегративного психотерапевтичного комплексу у програмі сучасних реабілітаційних заходів для жінок, які страждають на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, було формування максимально адаптивних (в рамках ресурсів особистості) способів реагування на хворобу, які не супроводжувалися запереченням реальності захворювання, відмовою від лікування та іншими порушеннями комплаєнтності. Для реалізації цієї мети ми орієнтувалися на наступні мішені психотерапевтичного впливу: зниження інтенсивності тривожних і депресивних переживань, гармонізація сприйняття власної хвороби, спрямована на зменшення почуття безсилля і формування менш катастрофічного образу хвороби, створення в онкологічних хворих позитивного

настрою на проходження протипухлинного лікування та активну боротьбу з захворюванням, подолання у хворих жінок синдрому відсутності сенсу життя і адаптація самих пацієнток та їх близьких до нових життєвих умов, розв'язання внутрішньосімейних конфліктів, прямо або побічно пов'язаних із захворюванням.

Розроблений нами комплекс психокорекційних заходів на тлі спеціального протипухлинного лікування був застосований у 77 онкопацієнток з неспсихотичними психічними розладами (терапевтична група). Пацієнткам груп порівняння (I група порівняння - 75 онкохворих із неспсихотичними психічними розладами, які відмовилися від психокорекції, II група порівняння - 58 жінок без психічної патології) проводилося тільки лікування основного онкологічного захворювання. Ефективність запропонованої системи корекції емоційного стану онкохворих жінок оцінювалася по завершенні купіруючого етапу терапії - через 8 тижнів за допомогою самооцінки пацієнтками свого емоційного стану в поєднанні з неструктурованим клінічним інтерв'ю та об'єктивної (стандартизованої) оцінки виразності тривоги і депресії до і після корекції.

79,4±3,2% жінок терапевтичної групи відмітили різного ступеня виразності позитивну динаміку в редукції емоційних порушень (істотне поліпшення відзначили 41,9±3,8% пацієнток) та у 20,6±3,2% онкохворих цієї групи тривожно-депресивна симптоматика продовжувала утримуватися. В I групі порівняння суб'єктивне поліпшення емоційного стану відзначили лише 28,6±3,9% пацієнток, причому у більшості ж жінок цієї групи (52,9±4,0%) змін в емоційному стані відзначено не було, а 8,5±2,3% хворих відмітили підсилення тривожно-депресивних розладів. У II групі порівняння, в яку увійшли онкопацієнтки, емоційні порушення яких не досягли рівня клінічно виражених психічних розладів, стабілізацію емоційного стану на тлі проведеної спеціальної протипухлинної терапії відзначили 71,5±3,8% жінок.

Крім суб'єктивної оцінки пацієнтками свого емоційного стану ефективність розробленого нами лікувального комплексу оцінювалася в динаміці за допомогою шкал депресії Монтгомери-Асберг (MADRS) і тривоги Гамільтона (HAM-A). Так, в терапевтичній групі нами відзначено достовірне зменшення виразності симптомів тривоги і депресії, що знайшло відображення в зниженні середнього балу виразності як депресивної (за шкалою MADRS на 49,1±9,4% від початкового рівня - до 17,5±1,1

балів), так і тривожної симптоматики (за шкалою HAM-A на 57,1±7,6% від початкового рівня - до 18±1,6 балів).

Редукція вихідного сумарного балу більше 50% за шкалою депресії Монтгомери-Асберг (MADRS) була відзначена у 41,9±3,9% пацієнток, які страждають зляканими новоутвореннями, і за шкалою тривоги Гамільтона (HAM-A) - у 40,6±3,9% онкопацієнток.

У 51,3±3,9% хворих виявлено суб'єктивне поліпшення емоційного стану на тлі неповної редукції тривожно-депресивних розладів (депресивна і анкіозна симптоматика за шкалами MADRS і HAM-A відповідала легкому ступеню виразності емоційних порушень), що, вочевидь, пов'язано як з фруструючою дією сильного стресорного фактору (наявність важкого соматичного захворювання - зляканої пухлини), так і зі зв'язаним з ним спеціальним лікувально-діагностичним процесом. Відповідно повна редукція тривожно-депресивної симптоматики в подібних умовах є малоймовірною, а реальною метою проведених психокорекційних заходів є досягнення максимально можливої і стійкою редукції психопатологічної симптоматики.

У 6,33±1,9% онкопацієнток корекція тривожно-депресивних порушень виявилася малоефективною, що було пов'язано, насамперед, з їх важким соматичним станом, обумовленим поширеністю пухлинного процесу - множинними метастатичними ураженнями кісткової тканини, печінки, легенів.

Клінічний ефект характеризувався суб'єктивним поліпшенням настрою, зниженням амплітуди коливань афективних розладів, редукцією ознак емоційної лабільності і проявів синдрому дратівливої слабкості, поліпшенням сну, підвищенням рівня продуктивності в повсякденних справах, зменшенням виразності тривоги і занепокоєння, зміною структури сприйняття онкологічного захворювання з редукцією дезадаптивних патернів відношення до хвороби і формуванням нових адаптивних способів подолання ситуації наявності зляканої новоутворення, що супроводжувалось усвідомленням і прийняттям цього факту.

Крім того, під впливом розробленого нами терапевтичного комплексу онкопацієнтки помітили покращення суб'єктивного сприйняття якості життя. Підвищення задоволеності якістю життя, як фізичним, так і психологічним компонентами здоров'я онкопацієнток, які страждають на неспсихотичні психічні розлади, які взяли участь в інтегративному психокорекційному комплексі, на нашу

думку, пов'язано з одного боку з редукцією симптомів онкологічного захворювання, пов'язаних з виконанням радикальних оперативних втручань, поліпшенням загального соматичного стану, а з іншого боку – з нормалізацією емоційного стану, і, як наслідок, зі зміною ставлення до власного «Я» і навколишньої дійсності.

Таким чином, основним завданням інтегративного психотерапевтичного комплексу у програмі сучасних реабілітаційних заходів для жінок, які страждають на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, було формування максимально адаптивних (в рамках ресурсів особистості) способів реагування на хворобу, які не супроводжувалися запереченням реальності захворювання, відмовою від лікування та іншими порушеннями комплаєнтності. Для реалізації цієї мети ми орієнтувалися на наступні мішені психотерапевтичного впливу: зниження інтенсивності тривожних і депресивних переживань, гармонізація сприйняття власної хвороби, спря-

мована на зменшення почуття безсилля і формування менш катастрофічного образу хвороби, створення в онкологічних хворих позитивного настрою на проходження протипухлинного лікування та активну боротьбу з захворюванням, подолання у хворих жінок синдрому відсутності сенсу життя і адаптація самих пацієнток та їх близьких до нових життєвих умов, розв'язання внутрішньосімейних конфліктів, прямо або побічно пов'язаних із захворюванням.

Крім того, доцільно сумісне використання психофармакологічних та психотерапевтичних заходів при лікуванні непсихотичних психічних розладів у пацієнток, які страждають на злоякісні новоутворення репродуктивної сфери, в умовах спеціалізованого протипухлинного центру. Такий підхід, будучи дестигматизуючою формою психіатричної допомоги, сприяв не тільки усуненню емоційного дистресу, а й терапевтично сприятливо впливав на динаміку основного онкологічного захворювання.

А.Ю. Васильєва

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРРЕКЦИИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИН, КОТОРЫЕ СТРАДАЮТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЙ СФЕРЫ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

В статье представлены данные о эмоциональных нарушениях у женщин, страдающих злокачественными новообразованиями органов репродуктивной сферы, а также направления и методы психофармако- и психотерапевтической коррекции эмоциональных нарушений в комплексе реабилитационных мероприятий. Оценена эффективность разработанной системы психокоррекции непсихотических психических расстройств у женщин с опухолями репродуктивной сферы. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 4 (31). — С. 71-76).

A. Vasylyeva

EFFECTIVE CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN FEMALE PATIENTS, SUFFERING FROM CANCER GYNAECOLOGIC LOCALISATION

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

The article presents data about emotional disturbances in female patients, suffering from cancer gynaecologic localization. And directions and methods psychopharmac- and psychotherapeutic correction emotional condition in the rehabilitation complex for female patients, suffering from gynaecologic cancer. The efficiency of the developed system psychocorrection of nonpsychotic mental disorders of women with tumors of reproductive system. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 71-76).

Література

1. Рак в Україні, 2010-2011 р.р. // Бюлетень Національного канцер-реєстру. – 2012. – №13. – 111 с. – Режим доступу: <http://www.ucr.gs.com.ua/dovidb0/index.htm>
2. Карселадзе А.И. Вопросы эпидемиологии и диагностики рака яичников/ А.И. Карселадзе // Практич. онкол. – 2000. - № 4. – С. 21-28.
3. Комкова Е. П. Неврно-психические расстройства у онкологических больных (лечебно-реабилитационные аспекты) / Е. П. Комкова, Ю. А. Магарилл, Н. П.Кокорина, А. С. Сергеев // Сибирский онкол. Журн. – 2009. - № 2 (32). – С.40-43.
4. Петров Д. С. Психопатологическое состояние и его динамика в результате операции и краткосрочной психотерапии у больных опухолевой патологией матки / Д. С. Петров, Б. Ю. Володин, Е. П. Куликов // Диагностика и лечение онкологических заболеваний основных локализаций: межрегион. сб. науч. тр. / под

- ред. проф. Е.П. Куликова. – Рязань: Узорочье, 2006. – С.182-184.
5. Sukegawa A. Post-traumatic stress disorder in patients with gynecologic cancers / A. Sukegawa, E. Miyagi, R. Suzuki // J. Obstet. Gynecol. Res. - 2006. – Vol. 32, N 3. – P. 349-353.
6. Смулевич А.Б. Психические расстройства в онкологии (результаты мультицентровой программы «СИНТЕЗ») / А. Б. Смулевич, А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С.4-11.
7. Andrykovski M. Affective, cognitive and behavioral response to an abnormal ovarian cancer screening test result: a longitudinal case control study / M. Andrykovski, E. J.Pavlik // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – Vol. 151. – P. 65.
8. Ell K. Cancer treatment adherence among low-income women with breast or gynecologic cancer: a randomized controlled trial of patient navigation / K. Ell, B. Vourlekis, B. Xie, F. R. Nedjat-Haiem et

al. // *Cancer*. – 2009. – Vol. 115(19). – P. 4606–4615.

9. Kьchler Th. Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial / Th. Kьchler [et. al.] // *Journal of clinical oncology: official journal of the American Society of Clinical Oncology*. – 2007. – Vol. 25. – P. 2702-2708.

10. Харченко Е. Н. Комплексная терапия психопатологических расстройств у онкологических больных в соотношении с разными видами оперативного вмешательства / Е. Н. Харченко, О. С. Чабан, С. Г. Бугайцов // *Архів психіатрії*. – 2002. - № 3. – С. 158-163.

11. Montgomery S. A. A new depression scale designed to be sensitive to change / S. A. Montgomery, M. Asberg // *Br. J. Psychiatry*. – 1979. – Vol. 134.

12. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating / M.

Hamilton // *Br. J. Med. Psychol.* – 1959. – Vol. 32. – P. 50-55.

13. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Хоменко В.Н., Панченко О.А. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat. – Д.: Папакица Е.К., 2006. – 214с.

14. Психотерапия в общесоматической медицине (Клиническое руководство) / [Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев]. – Харьков, 2002. – 108 с.

15. Ермаков Н. Б. Лечение болевого синдрома в онкологической практике / Н. Б. Ермаков, Э. А. Жаврид // *Рецепт*. – 2001. – Vol. 17 (3). – P. 40–45.

16. Miller A. The effectiveness of antidepressants in the treatment of chronic non-cancer pain – a review / A. Miller, J. Rabe-Jablonska // *Psychiatr Pol.* – 2005. – Vol. 39 (1). – P. 21–32.

Поступила в редакцию 18. 08.2012

УДК 37.013.77:159.9]:61-057.875

*О.Н. Голоденко***ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МОТИВАЦИОННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ С РАЗЛИЧНЫМ УРОВНЕМ ЗНАНИЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: самоактуализация, уровень субъективного контроля

Растущий интерес общественности вызывает профессиональная подготовка в высшей медицинской школе будущих специалистов-врачей. Высшая медицинская школа становится центром педагогической культуры и этики, источником гуманистических знаний, а также основой интеллектуально-нравственного совершенствования, высокого образовательно-профессионального и общекультурного развития будущих врачей [1, 2]. Для достижения назначенных целей будущий специалист должен быть ответственным, в первую очередь, за свои поступки и свою жизнь, стремиться к наиболее полному раскрытию и реализации своего личностного потенциала, то есть иметь высокий уровень субъективного контроля и самоактуализации. Он должен обладать такими качествами как активность, независимость, креативность, самостоятельность в работе, иметь положительную самооценку, потребность в познании, что связано с выраженной уверенностью в себе и терпимостью к другим людям. Все эти качества способствуют интеллектуальному и культурному развитию и личностному росту будущего врача [3, 4].

Важнейшей предпосылкой психологической готовности студентов—медиков к профессиональной деятельности является мотивация, от которой зависит их активность в учебном процессе и успешность предстоящей врачебной деятельности. Одними из основных мотивационных механизмов профессиональной деятельности являются индивидуальные психологические особенности личности, такие как уровень субъективного контроля и самоактуализация личности. Эти подструктуры мотивационной деятельности следует рассматривать не как статические образования, а развивающиеся, изменяющиеся в процессе жизнедеятельности [5, 6]. В психологической науке имеется большое количество исследований, посвященных различным аспектам проблемы мотивации [7, 8, 9],

однако, вопрос о мотивационной готовности личности к выполнению врачебной деятельности в этих исследованиях специально не рассматривается.

Самоактуализация – это внутренняя активность человека, целью которой является выявление потенциальных возможностей, ценностей и смыслов. Личность является саморегулирующейся, динамичной системой, и это означает, что субъект постоянно развивается, приобретая новые личностные и индивидуальные психологические качества, обеспечивающие ему достаточно широкие возможности самоактуализации [10, 11].

Уровень субъективного контроля – это обобщенная характеристика личности, оказывающая регулирующее воздействие на формирование межличностных отношений, способы разрешения кризисных семейных и производственных ситуаций, другими словами, степень ответственности человека за свои поступки и свою жизнь [12].

Мотивация врачебной деятельности тесно связана с индивидуально-психологическими особенностями личности. Такие особенности студентов как отсутствие доверия к себе, к окружающему миру, веры в людей и человеческие возможности не отвечают требованиям профессиональной деятельности и затрудняют формирование профессиональной мотивации. Поскольку мотивационная готовность человека является необходимым компонентом профессиональной успешности, особое значение приобретает её психологическое изучение и определение возможностей её развития в процессе подготовки специалистов [13, 14].

Целью нашего исследования является выявление таких особенностей мотивационной деятельности студентов медицинских вузов, как уровень субъективного контроля и самоактуализация личности.

Материал и методы исследования

В исследовании добровольно приняли участие 48 студентов 4-го курса (18 человек мужского пола, 30 – женского), средний возраст которых составил 21 год. Все студенты были разделены на две группы (по 5-балльной системе оценивания знаний): 1 группа (25 человек) – с хорошим уровнем знаний (более 3,5 баллов), 2 группа (23 человек) – с низким уровнем знаний (менее 3,5 баллов).

В качестве инструментов исследования были применены методики: «Уровень субъективного контроля» (УСК) (модифицированный вариант опросника американского психолога Дж. Роттера) [15] и «Диагностика самоактуализации личности» (САМОАЛ) (методика А.В. Лазукина в адаптации Н.Ф. Калина) [16]. При этом между группами рассматривались различия, достоверность которых оценивалась по *t*-критерию Стьюдента [17].

У студентов 1 группы были выявлены высокие показатели УСК $\Sigma 27 \pm 3$ баллов (61,4%). Особенно высокими показателями УСК, имеющие достоверные различия ($p < 0,05$) со 2 группой студентов, были по шкалам: интернальности в об-

ласти неудач (9 ± 2 баллов, 75,0%), что говорит о развитом чувстве субъективного контроля по отношению к отрицательным событиям и ситуациям; интернальности в области межличностных отношений (3 ± 1 балла, 75,0%), что свидетельствует о том, что человек чувствует себя способным вызывать уважение и симпатию других людей; интернальности в отношении здоровья и болезни (4 ± 1 балла, 100%) – люди с такими показателями считают себя во многом ответственными за свое здоровье и полагают, что выздоровление зависит преимущественно от их действий.

У студентов 2 группы, как общий показатель УСК, так и показатели по всем шкалам, находились на низком уровне ($\Sigma 4 \pm 2$ балла, 9,1%). Они отличались низким уровнем субъективного контроля, склонностью приписывать ответственность в неудачах другим людям или объяснять это, результатом невезения; отсутствием стремления к гармонизации межличностных отношений; склонностью считать здоровье и болезнь результатом случая. Показатели по данной методике представлены в табл. 1.

Таблица 1

Средние показатели (\bar{x}) и их процентное соотношение (%) полученные по методике «Уровень субъективного контроля» у студентов медицинских вузов с различным уровнем знаний

Шкалы	1 группа студентов ($n = 25$)	2 группа студентов ($n = 23$)	Достоверность различий p
Общая интернальность	27,0 \pm 3; 61,4%	4,0 \pm 2; 9,1%	$p < 0,05$
Интернальность в области достижения	7,0 \pm 2; 58,3%	2,0 \pm 1; 16,7%	$p > 0,05$
Интернальность в области неудач	9,0 \pm 2; 75,0%	2,0 \pm 2; 16,7%	$p < 0,05$
Интернальность в семейных отношениях	6,0 \pm 3; 60,0%	1,0 \pm 1; 10,0%	$p > 0,05$
Интернальность в области производственных отношений	5,0 \pm 4; 62,5%	2,0 \pm 3; 25,0%	$p > 0,05$
Интернальность в области межличностных отношений	3,0 \pm 1; 75,0%	0,0 \pm 2; 0,0%	$p < 0,05$
Интернальность в отношении здоровья и болезни	4,0 \pm 1; 100,0%	1,0 \pm 1; 25,0%	$p < 0,05$

Таким образом, студенты с хорошим уровнем знаний отличались автономностью, уверенностью в себе, высокой степенью ответственности за свои поступки и свою жизнь. Студенты с низким уровнем знаний отличались зависимостью, неуверенностью со стремлением переложить ответственность на других.

Следующей задачей исследования было изучение характера самоактуализации у студентов с различным уровнем знаний. Студенты 1 группы набрали большее количество баллов по методике САМОАЛ, их среднее значение (Σ) со-

ставило 73 ± 5 баллов (73%). Во 2 группе студентов по методике САМОАЛ было значительно ниже 31 ± 7 баллов (31%) ($p < 0,05$).

Показатели по отдельным шкалам, также имели значительные различия. Достоверные различия ($p < 0,05$) были выявлены по шкалам: Ориентация во времени (1 группа – $\Sigma 13,5 \pm 3$ балла (90%), 2 группа – $\Sigma 1,5 \pm 3$ балла (10%)); Потребность в познании ($\Sigma 13,5 \pm 2$ балла (90%), $\Sigma 1,5 \pm 4$ балла (10%), соответственно); Креативность ($\Sigma 13,0 \pm 4$ балла (87%), $\Sigma 4,0 \pm 3$ балла (27%), со-

ответственно); Спонтанность ($\Sigma 13,0 \pm 3$ балла (87%), $\Sigma 2,0 \pm 4$ балла (13%), соответственно); Самопонимание ($\Sigma 12,0 \pm 4$ балла (80%), $\Sigma 4,5 \pm 3$ балла (30%), соответственно). По остальным

шкалам достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$). Все полученные результаты по данной методике представлены в таблице 2 и на диаграмме 1.

Таблица 2

Средние показатели (\bar{x}) и их процентное соотношение (%) полученные по методике «Диагностика самоактуализации личности» у студентов медицинских вузов с различным уровнем знаний

Шкалы	1 группа студентов (n=25)	2 группа студентов (n=23)	Достоверность различий (p)
Ориентация во времени	13,5 \pm 3; 90%	1,5 \pm 3; 10%	$p < 0,05$
Ценности	11,0 \pm 6; 73%	5,0 \pm 4; 33%	$p > 0,05$
Взгляд на природу человека	6,0 \pm 4; 40%	7,5 \pm 3; 50%	$p > 0,05$
Потребность в познании	13,5 \pm 2; 90%	1,5 \pm 4; 10%	$p < 0,05$
Креативность (стремление к творчеству)	13,0 \pm 4; 87%	4,0 \pm 3; 27%	$p < 0,05$
Автономность	11,0 \pm 6; 73%	5,0 \pm 5; 33%	$p > 0,05$
Спонтанность	13,0 \pm 3; 87%	2,0 \pm 4; 13%	$p < 0,05$
Самопонимание	12,0 \pm 4; 80%	4,5 \pm 3; 30%	$p < 0,05$
Аугосимпатия	9,0 \pm 7; 60%	6,0 \pm 5; 40%	$p > 0,05$
Контактность	9,0 \pm 6; 60%	7,5 \pm 6; 50%	$p > 0,05$
Гибкость в общении	12,0 \pm 5; 80%	6,0 \pm 6; 40%	$p > 0,05$

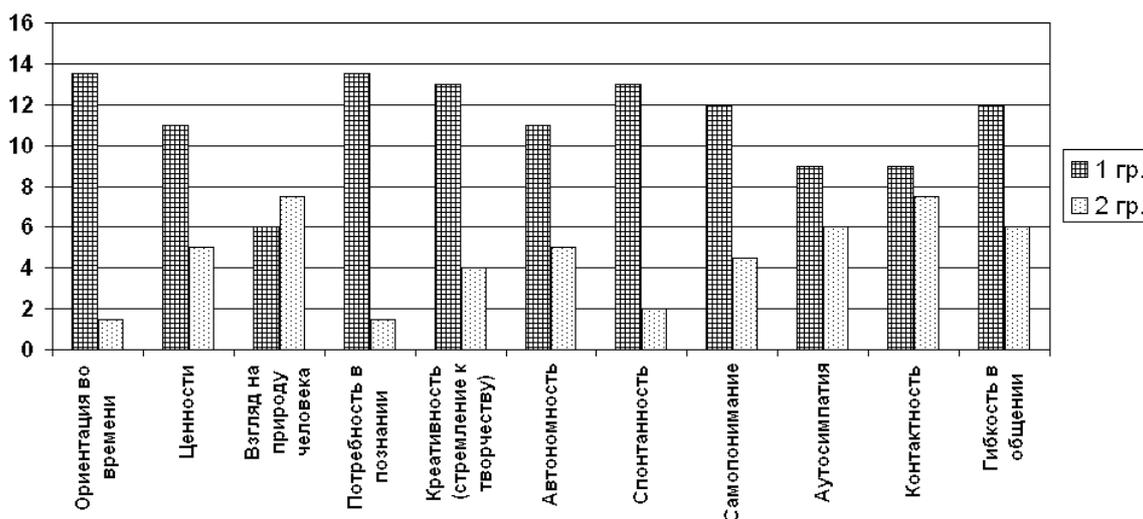


Диаграмма 1 Сравнительная характеристика выраженности самоактуализации личности по шкалам у студентов медицинских вузов с различным уровнем знаний

Таким образом, студенты с высоким уровнем знаний характеризовались: хорошим пониманием экзистенциальной ценности жизни, способностью наслаждаться актуальным моментом, не сравнивая его с прошлыми радостями и не обесценивая предвкушением грядущих успехов. Им свойственна открытость к новым впечатлениям, стремление к приобретению знаний об окружающем мире, творческое отношение к жизни, уверенность к себе и доверие к окружающему миру, способность отделять собственное мнение от внешних социальных стандартов. В то время как для студентов с низким уровнем знаний было

характерно невротическое погружение в прошлые переживания, завышенное стремление к достижениям, мнительность и неуверенность в себе, отсутствие способности к бытийному познанию, искажение желаний и впечатлений, отсутствие творческого отношения к жизни, ориентация на мнение окружающих.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что самоактуализация у студентов с низким уровнем знаний еще не достаточно развилась. Необходимо мотивировать студентов к обучающему процессу путем саморазвития личности, роста личности «изнутри», как процесса

становления человека субъектом собственной жизнедеятельности, направленного на выстраивание стратегии жизни, адекватной оценки ценностей и обретения смысла жизни, т.е. раскрытия своих потенциальных возможностей.

Полученные результаты могут быть использованы в организации учебно-воспитательной работы преподавателями медицинских вузов при подготовке студентов к будущей профессиональной деятельности.

Результаты данного исследования показали,

что уровень знаний студентов медицинских вузов прямо пропорционален мотивационной деятельности. Отсутствие должной мотивационной готовности к профессиональной деятельности врача у студентов с уровнем знаний ниже среднего, свидетельствует о недостаточном формировании ее подструктур (самоактуализации и субъективного контроля), которые требуются для обеспечения успешности и результативности в успеваемости и предстоящей врачебной деятельности.

О.М. Голоденко

ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ МОТИВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ З РІЗНИМ РІВНЕМ ЗНАНЬ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті подані результати добровільного дослідження мотиваційної діяльності 48 студентів медичного вищого навчального закладу з різним рівнем знань. Як одні з найголовніших складових мотиваційних механізмів професійної діяльності були вивчені рівень суб'єктивного контролю і самоактуалізація особистості. Виявлені достовірні відмінності в рівні мотиваційної діяльності у студентів-медиків з різною здатністю до навчання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 77-80).

O.N. Golodenko

STUDYING OF MOTIVATIONAL ACTIVITY FEATURES AT MEDICAL STUDENTS WITH VARIOUS KNOWLEDGE LEVEL

Donetsk national medical university

Results of voluntary research of motivational activity of 48 students of medical high school with various level of knowledge are presented. The level of the subjective control and self-actualisation of a person have been studied as one of the basic components of motivational mechanisms of professional work. Authentic differences in expression of motivational activity at medical students with various level of ability to training are elicited. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 77-80).

Литература

1. Тарарышкина М.А. О некоторых направлениях разработки проблем высшей медицинской школы // Психолого-педагогические аспекты подготовки специалистов: сборник научных трудов. — Рязань: РязГМУ, 2006. — С. 14.
2. Мартынова М.А. Особенности гуманизации высшего медицинского образования / М.А. Мартынова // Материалы научно-практической конференции молодых ученых. — Рязань: РязГМУ, 2006. — С. 32.
3. Юшкова Л.Б. Структура и динамика познавательных интересов студентов вуза в зависимости от их представления от целей обучения // Автореферат дис. канд. псих. наук. Л., 1988. — 22 с.
4. Алексеев Н.А. Личностно-ориентированное обучение: вопросы теории и практики. Тюмень: Изд. Тюмен. гос. ун-та, 1997. — 216 с.
5. Маслоу А. Мотивация и личность. 3-е изд. / А. Маслоу. — СПб.: Питер, 2010. — 352 с.
6. Васильев И.В., Магомед-Эминов М.Ш. Мотивация и контроль за действием. — М., Изд. МГУ, 1991. — 144 с.
7. Асеев В.Г. Мотивация поведения и формирование личности. М., 1976. — 158 с.
8. Вайсман Р.С. К проблеме развития мотивов и потребностей человека в онтогенезе // Вопросы психологии. 1973. — № 5 — С. 30-39.
9. Комусова Н.В. Развитие мотивации к овладению профессией в период обучения в вузе // Автореф. дис. канд. псих. наук. JL, 1983 — 24 с.
10. Самаль Е.В. Самоактуализация личности в процессе обучения в вузе: Автореф. дис. канд. псих. наук / Е.В. Самаль. — Ярославль, 2008. — 24 с.
11. Городилова Е.Н. Самоактуализация и её связь с интегральной индивидуальностью: Автореферат дис. канд. псих. наук / Е.Н. Городилова. Пермь, 2002. — 22 с.
12. Калинина А.О. Факторы, влияющие на формирование субъективного контроля / А.О. Калинина. — М.: ВЛАДОС, 2004. — 383 с.
13. Вахромов Е.Е. Развитие теории самоактуализации в отечественной педагогике и психологии / Е.Е. Вахромов — М.: Международная педагогическая академия, 2001. — 145 с.
14. Вахромов Е.Е. Психологические концепции развития человека: теория самоактуализации / Е.Е. Вахромов. — М.: Международная педагогическая академия, 2001. — 160 с.
15. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткин А.М. Метод исследования уровня субъективного контроля // Психол. журн. 1984. Т. 5. № 3. — С. 152-162.
16. Гозман Л.Я., Кроз М.В., Латинская М.В. Самоактуализационный тест / Л.Я. Гозман, М.В. Кроз, М.В. Латинская. М., 1995. — 155 с.
17. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. — СПб.: Речь, 2004. — 350 с.

Поступила в редакцию 18.09.2012

УДК 616.83/85-039.1-037

*Т.Л. Ряполова, А.И. Алексейчук***К ВОПРОСУ ОБРАЩЕНИЯ ЗА ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: соматоформные расстройства, психиатрическая помощь

Согласно отчету рабочей группы Европейской коллегии по нейропсихофармакологии (ЕСНП) «Распространенность психических расстройств в Европе и связанное с ними бремя», соматоформные расстройства являются лидерами по распространенности – на протяжении года ими страдает почти одна пятая часть европейского населения [1]. Они также являются лидерами по материальным затратам, связанным с их лечением.

Данные по эпидемиологии СФР сильно различаются. Связано это, видимо, с различными критериями отбора пациентов при эпидемиологическом анализе [2]. В значительной степени показатель распространенности СФР может зависеть от места отбора пациентов - психосоматического, терапевтического и хирургического отделения или первичного поликлинического приема. Приводятся цифры от 20 до 50 % [3, 4]. Распространенность соматизированных психопатологических расстройств в первичном медицинском звене, по данным А. Barsky и соавт., составляет 20,5%, при этом «соматайзеры» привлекают по крайней мере вдвое больше ресурсов медицинской службы, чем амбулаторный и стационарный контингент соматически больных, а прямые и косвенные расходы, направленные на оказание им помощи в США, достигают 256 млрд дол. США в год [5]. Учитывая значительное количество этих больных, а также большое число ошибочных диагнозов и неадекватных терапевтических мероприятий, все авторы подчеркивают экономическую тяжесть СФР для здравоохранения [3, 6].

Патоморфоз психической и соматической патологии сопровождается значительным ростом психосоматической симптоматики в структуре заболеваемости и ведет к перемещению психических расстройств из сферы психиатрической помощи в общесоматическую медицину.

В отличие от психических расстройств психотического уровня, проявления которых явно

заметны самому больному либо окружающим, группа непсихотических расстройств зачастую остается незамеченной и нераспознанной. Среди непсихотических расстройств наиболее сложными в плане обращения больных за специализированной помощью являются соматоформные расстройства, характерными клиническим признаками которых являются многочисленные жалобы соматического характера и уверенность в наличии тяжелого соматического недуга [7, 8]. Причиной этого является схожесть их проявлений с симптомами и синдромами соматических болезней, что зачастую вызывает их ошибочную диагностику врачами интернистами. В то же время, вероятность появления независимого соматического расстройства у больных с соматоформными расстройствами не ниже, чем у других людей того же возраста, что еще больше затрудняет дифференциальную диагностику. Имея на руках множество анализов и ошибочных медицинских заключений о наличии того или иного заболевания, сосредоточенные на жалобах соматического круга при отсутствии жалоб на любые другие психопатологические проявления, больные соматоформными расстройствами считают себя не психически, а соматически больными, отрицают психологическую обусловленность своих жалоб. Позднее обращение к психиатрам приводит к «перерастанию» функциональных симптомов в органические с развитием соматической патологии, требующей специальной терапии, или же к ипохондризации личности с нарастанием дезадаптационных стратегий поведения.

Дифференциальная диагностика соматоформных расстройств с соматической патологией для врачей общей практики зачастую представляет значительные трудности, что связано с такими основными причинами, как: недостаточный уровень подготовки и осведомленности врачей общей практики в вопросах психосоматической медицины; частое сосуществование со-

матической патологии и соматоформного расстройства; склонность пациентов и врачей к игнорированию психопатологических симптомов и недооценке тяжести психического состояния; стереотипность диагностического мышления врачей, направленная на выявление соматического заболевания и «подгонку» под него симптомов и жалоб больного. Такое положение вещей способствует низкой обращаемости больных за специализированной психиатрической помощью и, соответственно, к хронизации соматоформных расстройств.

Целью настоящего исследования было предварительное изучение проблемы обращения за специализированной психиатрической помощью больных с соматоформными расстройствами

ми для выявления половозрастных групп риска по данной патологии и разработки лечебно-профилактических мероприятий в отношении данного контингента больных.

Материалом исследования послужили данные анамнеза 748 больных соматоформными расстройствами, получавших лечение в психиатрических больницах Донецкой области за период с 2002г. по 2010г.

В изученном контингенте больных с соматоформными расстройствами преобладали лица женского пола (497 чел. – 66,4%). Средний возраст больных составил $39,6 \pm 0,47$ года. Распределение больных мужского и женского пола в зависимости от диагноза представлено на рисунке 1.

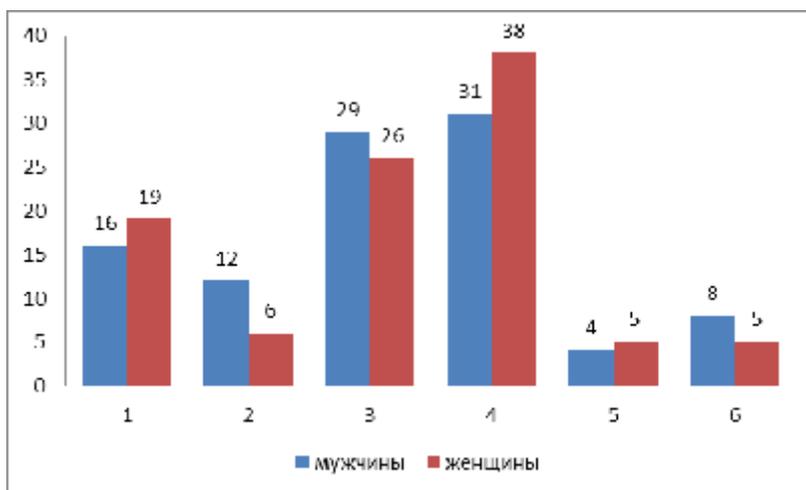


Рис.1. Распределение больных мужского и женского пола в зависимости от диагноза.

Примечание: 1 – соматизированное расстройство; 2 – недифференцированное соматоформное расстройство; 3 – ипохондрическое расстройство; 4 – соматоформная вегетативная дисфункция; 5 – хроническое соматоформное болевое расстройство; 6 – соматоформное расстройство, неуточненное.

Среди пациентов обоих полов в структуре обращаемости по поводу соматоформных расстройств преобладали соматоформная вегетативная дисфункция (среди женщин – 190 чел. (38,2%), среди мужчин – 78 чел. (31,1%)). Как показано на рисунке, распределение больных мужского и женского пола по диагностическим категориям соматоформного расстройства было примерно одинаковым. В то же время, необходимо отметить преобладание среди женщин соматизированного расстройства и соматоформной вегетативной дисфункции (93 чел. – 18,7% и 127 чел. – 38,2% соответственно), а среди мужчин – недифференцированного соматоформного и ипохондрического расстройства (31 чел. – 12,4% и 72 чел. – 28,7% соответственно). Также у мужчин чаще выставлялся диагноз соматоформного расстройства, неуточненного (21 чел. – 8,4%). Особен-

ности реагирования мужчин на стрессовые ситуации и, возможно, алекситимические тенденции, служили причиной как недостаточной клинической оформленности соматоформных расстройств, так и повышенной фиксации на состоянии собственного здоровья.

На рисунке 2 представлена поло-возрастная структура появления симптомов соматоформного расстройства.

Как показано на рисунке, у женщин симптомы соматоформных расстройств отмечаются чаще, чем у мужчин. При этом у лиц мужского пола симптомы соматоформного расстройства наиболее часто возникают в возрасте 23-24 года, при этом у них в определенные возрастные периоды вовсе не наблюдается симптомов изучаемых расстройств (1-15, 59-65 лет). В то же время, у женщин отмечается несколько возрастных пиков появления симптомов соматоформного

расстройства – 44, 32-33 года, 49, 28 и 40 лет (в порядке убывания частоты встречаемости симптомов). Полученные данные можно объяснить повышенной подверженности стрессам мужчин

молодого возраста, нарастанием стрессогенных ситуаций в семейной жизни женщин в возрасте от 28 до 35 лет, предменопаузальными гормональными сдвигами у женщин после 40 лет.

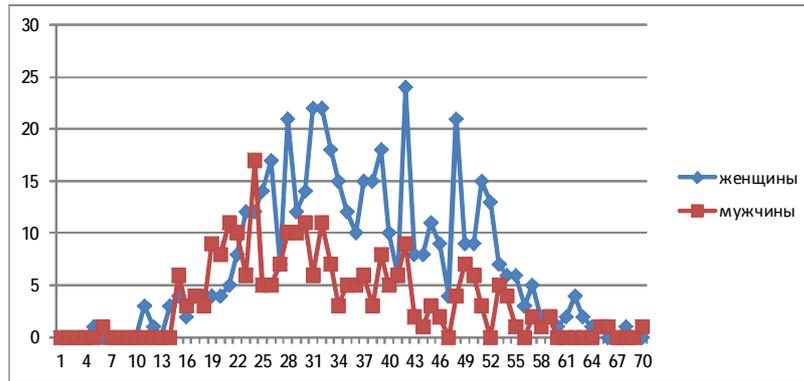


Рис. 2. Распределение больных по возрасту появления симптомов соматоформного расстройства в зависимости от пола.

На рисунках 3 и 4 представлена структура обращаемости за психиатрической помощью

больных с соматоформными расстройствами в зависимости от давности появления симптомов.

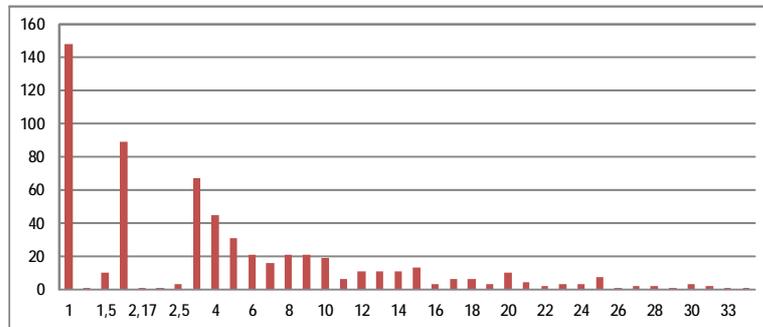


Рис. 3. Давность заболевания к моменту обращения за психиатрической помощью больных с соматоформными расстройствами.

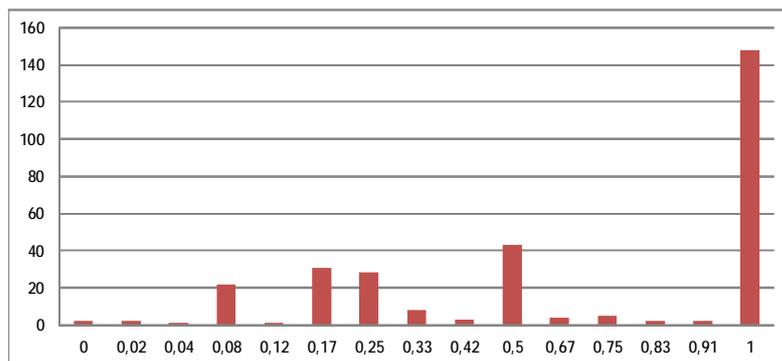


Рис. 4. Давность заболевания к моменту обращения за психиатрической помощью больных с соматоформными расстройствами (в течение года после появления симптомов).

Как видно из приведенных диаграмм, основная масса больных обращались за специализированной психиатрической помощью в течение первого года после появления симптомов, при этом примерно 15% попадали в поле зрения психиатров в течение первых шести месяцев, а 19% -

к концу первого года страдания. Следующие пики обращений приходились на 2, 3, 5 и 4 года, равномерно снижаясь по мере увеличения давности заболевания. Качественный анализ обращений выявил, что подавляющее большинство пациентов (527 чел. – 70,5%) первично обраща-

лись за помощью к врачам общей практики, и были направлены ими на консультацию и лечение к психиатрам. Среди обратившихся за специализированной помощью в течение первого года болезни 93,4% пациентов первоначально пытались получить помощь в общемедицинской сети. Полученные данные говорят в пользу повышения психиатрической грамотности врачей общей практики, их настороженности в плане выявления симптомов соматоформного расстройства и понимания ими необходимости наблюдения у психиатра из-за возможности получения комплексного медикаментозного и психосоциального лечения.

Пациенты с соматоформными расстройствами, как правило, находятся в сложной, противоречивой ситуации [9]. С одной стороны, больные, наблюдающиеся в соматических отделениях, не получают адекватного психиатрического лечения, что негативно сказывается на их психическом состоянии. Пациенты нередко многие годы наблюдаются у врачей соматического профиля, обследуются, безрезультатно лечатся и попадают в поле зрения психиатров лишь в последнюю очередь, после многолетнего «марафона» по различным медицинским учреждениям [10, 11]. С другой стороны, пациенты с подобными психическими нарушениями, обратившиеся за помощью в психиатрическую службу, по-

лучают необходимую терапию, но на их психическое состояние и самооценку значительное негативное влияние оказывает стигматизация – клеймо «психически больного» [12, 13]. Одним из способов разрешения данной проблемы может быть лечение пациентов с соматоформными расстройствами в общесоматической сети, но после специального обучения врачей общей практики диагностической и лечебной тактике в отношении данного контингента больных. Подготовленные врачи–интернисты могут достаточно эффективно лечить нетяжелые психические расстройства. Например, в канадском исследовании не было найдено различий в результатах лечения психических расстройств, проводимого врачами общей практики и специалистами в области душевных заболеваний [14, 15]. В то же время, проблематичным останется вопрос комплексного (медикаментозного и психосоциального) лечения больных. Разработка адекватных мер психопрофилактики и повышение психиатрической грамотности как врачей-интернистов, так и пациентов, может способствовать своевременному выявлению симптомов соматоформных расстройств и направлению больных к психиатрам для оказания качественной психиатрической помощи, включающей как медикаментозные, так и психосоциальные методы.

Т.Л. Ряполова, А.І. Алексійчук

ДО ПИТАННЯ ЗВЕРТАННЯ ЗА ПСИХІАТРИЧНОЮ ДОПОМОГОЮ ХВОРИХ ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

На підставі аналізу 748 історій хвороби хворих із соматоформними розладами зроблено спробу аналізу статево-вікової структури та особливостей обертаності за спеціалізованою психіатричною допомогою зазначеного контингенту пацієнтів. Отримані дані можуть бути покладені в основу планування лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на підвищення якості психіатричної допомоги хворим з різними видами соматоформних розладів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 81-85).

T.L. Ryapolova, A.I. Aleksiychuk

THE QUESTION OF SEEKING PSYCHIATRIC HELP OF PATIENTS WITH SOMATOFORM DISORDERS

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Based on the analysis of 748 case histories of patients with somatoform disorders was made an attempt to analyze the demographic structure and features of referral for specialized psychiatric care of the specified patient contingent. The obtained data can be used as the basis for planning the treatment and preventive measures aimed at the improving the quality of mental health care to the patients with various types of somatoform disorders. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 81-85).

Литература

1. Wittchen H.U. Отчет рабочей группы Европейской Коллегии по нейрпсихофармакологии (ECNP) по вопросам распространенности психических расстройств в Европе и связанным с ними бременем (реферат) / H.U. Wittchen // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2005. – N 4. – С. 42 - 44.
2. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные расстройства / В.Я. Гиндикин. - М.: Триада-Х, 2000. - 255 с.
3. Kellner R. Somatization. Theories and Research / R. Kellner // J. Nerv. Ment. Disease. – 1990. – Vol. 3. – P. 150-160.
4. Соматоформные расстройства (современные методологические подходы к построению модели) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, А.О. Фильц [и соавт.] // Ипохондрия и соматоформные расстройства. - М., 1992. - С. 8 - 16.
5. Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity / A.J. Barsky, E.J. Orav, D.W. Bates // Arch. Gen. Psychiatry. – 2005. – Vol. 62. – P. 903 – 910.
6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / С.Н. Мосолов. - М.: Медицинское информационное агентство, 1995. - 566 с.
7. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия : автореф. дис. на соиск. ученой степ. докт. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / С. В. Иванов. – М., 2002. – 25 с.
8. Овсянников С.А. Пограничная психиатрия и соматическая патология: Клинико-практическое руководство / С.А. Овсянников, Б.Д. Цыганков - М.: Триада - Фарм, 2001. - 100с.
9. Филимонов А.П. Клинические и экспериментально-психологические характеристики пациентов с соматоформными расстройствами, наблюдающихся в психиатрических и общесоматических учреждениях : автореф. дис. на соиск. ученой степ. канд. мед. наук : спец. 14.00.16 «Психиатрия» / А. П. Филимонов. – М., 2012. – 25 с.
10. Михайлов Б.В. Соматоформные расстройства // Здоров'я України. – 2007. - №6, Т.1. - С. 54 – 55.
11. Nickel R, Hardt J, Kappis B et al. Somatoform disorders with pain as the predominant symptom: results to distinguish a common group of diseases. Schmerz 2009; 23 (4): 392–8.
12. Гурович И.Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств / И.Я. Гурович // Рус. мед. журн. - 2001. - № 25. - С. 1202 – 1203.
13. Corrigan P.W. Self - stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices / P.W. Corrigan, J.E. Larson, N. Rusch // 2009. - World Psychiatry. – Vol. 8, № 2. – P. 75 - 81.
14. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys / P.S. Wang, E. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso [et al.] // Lancet. – 2007. – Vol. 370. – P. 841 – 850.
15. Antidepressants versus placebo for depression in primary care / B. Arroll, C.R. Elley, T. Fishman [et al.] // Cochrane Database Syst Rev. – 2009. – Vol. 3: CD007954. doi: 10.1002/14651858.

Поступила в редакцию 04.08.2012

УДК 616.3-05.192.47-037

*И.С. Рыткис***СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ И ФОРМИРОВАНИЕ ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ**

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Ключевые слова: молодежь, студенты, стрессоустойчивость, табакокурение

Студенчество – особая возрастная категория молодых людей, обладающая специфическими, присущими только ей социальными и психологическими особенностями, это группа со своим стилем жизни, образом поведения, культурными нормами и системой ценностей [1]. Студенческий возраст представляет собой особый период жизни человека, прежде всего в силу того, что «по общему смыслу и по основным закономерностям возраст от 18 до 25 лет составляет, скорее, начальное звено в цепи зрелых возрастов, чем заключительное в цепи периодов детского развития» [2]. Рассматривая студенчество как «особую социальную категорию, специфическую общность людей, организационно объединенных институтом высшего образования», И. А. Зимняя (2005) [3] выделяет основные характеристики студенческого возраста, отличающие его от других групп населения высоким образовательным уровнем и познавательной мотивацией, наивысшей социальной активностью и достаточно гармоничным сочетанием интеллектуальной и социальной зрелости.

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, жёстким контролем и регламентацией режима учебы, а также с решением различных проблемных ситуаций [4,5]. Устойчивость к стрессу является важной составляющей эмоционально-волевого компонента психологической подготовленности личности к предстоящей профессиональной деятельности. Напряженный темп жизни и учебы предъявляет повышенные требования к компенсаторным механизмам психики студентов, срыв которых приводит к возникновению стресса [6-8]. Значение стрессоустойчивости в учебной деятельности студентов обуславливается ролью эмоций и их

влиянием на познавательные процессы, на качество деятельности в целом; ее можно считать одним из факторов, определяющих психическое и физическое здоровье студентов и, соответственно, результативность их учебной деятельности, а кроме того, необходимо не только для понимания нормального социального и личностного развития студентов, но также для диагностики и коррекции психических нарушений и, что сегодня особенно актуально, превенции употребления психоактивных веществ, в т.ч. табакокурения [9-11]. По данным Всемирной организации здравоохранения за последние 5 лет Украина входит в группу стран, где ситуация с распространением табакокурения признаётся катастрофической – к курению ежегодно приобщаются 500 тысяч молодых людей [12]. Контингент курильщиков опасно молодеет, а табакокурение продолжает оставаться одной из распространенных вредных привычек среди молодежи.

В периоде обучения в ВУЗе выделяют три основных критических периода, которые приходятся на первый, третий и пятый курсы. Поступив в вуз, молодые люди сталкиваются с большой психоэмоциональной нагрузкой, значительной умственной работой, необходимостью адаптации к новым условиям обучения, режима дня, питания, а у ряда студентов и к новым условиям проживания и общения с окружающими. В связи с продолжающимся развитием организма студентов в период обучения, он подвержен различным неблагоприятным воздействиям, что может привести к срыву процесса адаптации.

На третьем (четвёртом) курсе имеет место переоценка ценностей, переосмысление выбора специальности. Кроме того, у студентов медицинских специальностей в программе появляются клинические дисциплины, и они начинают ощущать еще и груз врачебной ответственности [13]. Особенность кризиса пятого (шестого) курса связана с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессиональ-

ного роста в рамках выбранной специальности. Отсутствие резервов психического и физического здоровья на каждом из этапов может привести к развитию расстройств адаптации и инициировать употребление психоактивных ве-

ществ, в т.ч. табакокурение [11, 13].

Целью нашей работы явилось изучение взаимосвязи уровня стрессоустойчивости с формированием никотиновой зависимости у студенческой молодежи.

Материал и методы исследования

Генеральную совокупность составили 1500 студентов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и 1000 студентов Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова. Статус курения студентов оценивался по следующим параметрам: с целью выявления наличия и степени выраженности табачной зависимости у курящих молодых людей использован тест Фагерстрема [14], для уточнения мотивации курения – мето-

дика исследования типа курительного поведения Д. Хорна (D. Horn, 1969) [15]. Уровень стрессоустойчивости исследовали с помощью методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Page [16].

Статистическая обработка результатов проводилась в пакетах статистического анализа MedStat (Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов, 2004) [17], Statistica Neural Networks 4.0 (StatSoft Inc., 1999).

Результаты и их обсуждение

В результате проведенного исследования установлено, что 1449 студентов ($57,9 \pm 0,9\%$) Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и Национального педагогического университета им. М. П. Драгоманова положительно ответили на вопросы о курении. Курение у студентов представлено в двух различных клинических разновидностях: привычка к курению и начальная стадия формирования табачной зависимости.

Привычка к курению ($51,4 \pm 1,3\%$ студентов) характеризовалась эпизодическим, прерывистым и контролируемым характером потребления никотина без явлений психологической зависимости. Количество выкуриваемых в сутки сигарет не превышало 5-7 шт., предпочтение отдавалось ультра лёгким и легким сигаретам (с содержанием смол менее 6,0 мг и менее 0,6 мг никотина), и курение характеризовалось короткими и быстрыми вдохами сигаретного дыма, происходило только в присутствии других, «за компанию», т.е было своеобразным «ритуалом общения» и способом произвести определенное впечатление на окружающих, а сам экссесс сопровождался различными неприятными ощущениями, такими как головная боль, головокружение, тошнота, слабость, учащенное сердцебиение или перебои в работе сердца.

На начальных этапах формирования никотиновой зависимости у студентов ($48,6 \pm 1,3\%$) курение принимало систематический характер с появлением сильного желания покурить, снижением способности контролировать курение и повышением переносимости негативного дей-

ствия никотина, вследствие чего отмечалось употребление все большего количества сигарет (до 10-15 штук в сутки) и переход на более крепкие сигареты (с нормальным или даже высоким содержанием смол – от 15 до 10 мг смол и от 1,3 до 1,0 мг никотина; более 15 мг смол и свыше 1,3 мг никотина, соответственно), кроме того изменялся и стереотип курения – затяжки сигаретного дыма стали глубокими и более продолжительными по времени. Также отмечалось наличие obsessивного влечения к табаку с навязчивыми мыслями о сигарете и потребностью закурить при некоторых определенных обстоятельствах (во время напряженной умственной работы в период подготовки к модульному или рубежному контролю, в перерывах во время занятий, за чашкой кофе, после завтрака, в стрессовой ситуации и т.п.). Студенты акцентировали внимание на субъективном ощущении, что курение повышает настроение, работоспособность и улучшает самочувствие, отмечали улучшение кратковременной памяти и внимания, что позитивно влияло на успеваемость. Большинство студентов этой группы ($70,3 \pm 1,9\%$) отмечали у себя появление психологической привязанности к процессу курения, рост толерантности к никотину — после выкуривания сигареты неприятных ощущений практически не возникало, а курение наоборот вызывало чувство удовольствия, расслабления, иногда легкой эйфории с кажущимся подъемом работоспособности. Курение становилось одной из стереотипных поведенческих реакций, не смотря на то, что активно критиковалось близким окружением ку-

рящего, и было связано с различными негативными последствиями при осознании степени вреда от курения самим курящим. Также выявлялась поглощенность курением, которая проявлялась в том, что ради курения студенты полностью или частично отказывались от других важных альтернативных форм наслаждения и интересов, и в том, что много времени тратилось на курение. При вынужденном сокращении количества выкуриваемых сигарет, изменялась манера курения – респонденты более глубоко затягивались для получения максимального эффекта от никотина. А при отмене табака у них наблюдалось страстное желание покурить, чувство недомогания или слабость; раздражительность, беспокойство, чувство тревоги, бессонница; повышенный аппетит; головная боль и затруднения концентрации внимания.

Анализируя типы курительного поведения студентов, получены следующие результаты: у большинства из них диагностировался смешанный тип ($72,1 \pm 1,5\%$), при этом у $50,5 \pm 1,7\%$ молодых людей доминировал тип «расслабление»; у $49,5 \pm 1,7\%$ человек – «поддержка», у $28,8 \pm 1,5\%$ студентов – «стимуляция» и у $27,1 \pm 1,5\%$ человек – «ритуальные действия или игра с сигаретой». Кроме того, тип курительного поведения, направленный на желание получить расслабляющий эффект от курения, выявленный у $50,5 \pm 1,7\%$ студентов, указывает на стремление студентов получить удовольствие от этого процесса, расслабиться, почувствовать себя комфортнее, кроме того практически половина респондентов ($49,5 \pm 1,7\%$) используют курение как поддержку при нервном напряжении, при этом именно этот тип курительного поведения чаще встречается у девушек ($63,5 \pm 1,2\%$).

Все стрессогенные факторы, влияющие на студентов в процессе обучения условно можно разделить на объективные, связанные с учебным процессом (продолжительность учебного дня, плотность нагрузки, обусловленная расписанием, кратковременные перерывы между занятиями, общественная деятельность и т.д.) и субъективные, личностные характеристики (организованность, дисциплинированность, целеустремленность, мотивация здорового образа жизни, двигательная активность, режим питания, наличие или отсутствие вредных привычек и т.д.). Наиболее значимыми для исследуемых нами лиц оказались: возросшие академические требования, связанные с переходом на новую кредитно-модульную систему преподавания в ВУЗе ($82,8 \pm 0,9\%$) – приспособление к новым формам

преподавания, контроля и усвоения знаний, сложности при работе с большим объемом информации для самостоятельного изучения. недостаток времени и сна; самостоятельная жизнь в новой обстановке ($66,7 \pm 1,2\%$) и связанные с ней финансовые ограничения и/или проблемы ($58,9 \pm 1,3\%$) и изменения в социальной жизни ($77,1 \pm 1,1\%$); новый круг общения, новые знакомые; подготовка к жизни после окончания учебы адаптация к будущей профессии (усвоение профессиональных знаний, умений и навыков, качеств ($27,8 \pm 1,2\%$)). Эти факторы часто оказывают негативное воздействие на успеваемость, физическое и психологическое самочувствие студентов, делая их более восприимчивыми к эмоциональным расстройствам и провоцируя табакокурение.

Анализируя результаты, полученные с помощью методики определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, у большинства курящих студентов ($60,5 \pm 1,3\%$) выявлен сниженный уровень стрессоустойчивости.

Наименее устойчивыми к учебному стрессу (низкая и пороговая степень сопротивляемости стрессу) оказались курящие студенты как медицинского, так и педагогического профиля первого, третьего и пятого/шестого курсов обучения ($84,8 \pm 1,1\%$, $74,1 \pm 1,0\%$ и $76,8 \pm 1,4\%$, соответственно). Часть студентов второго и четвертого курсов, положительно ответивших на вопросы о курении, демонстрировали высокий уровень сопротивляемости стрессу, однако их доля все же составляла меньше половины численности академических групп ($42,9 \pm 1,1\%$ и $44,2 \pm 0,9\%$, соответственно).

Такие результаты, по нашему мнению, связаны с тем, что первокурсники испытывают большие психоэмоциональные и умственные нагрузки, сталкиваются с необходимостью адаптации к новым условиям обучения, а ряд иногородних студентов – и к новым условиям проживания и общения с окружающими. Третий (четвертый) курсы являются определяющими в становлении студента как будущего специалиста. В это время нередко возникает вопрос о правильности выбора профессии, принимаются решения, направленные на то, чтобы в будущем избежать работы по специальности. Именно в это время происходит соединение на практике требований профессии к личности и ее возможностей. Однако личностные особенности и требования профессии могут не совпадать. В результате этого мотивация обучения снижается, падает интерес к продолжению обучения, возникают внутрилич-

ностные конфликты. Также в студенческом возрасте снижается общая удовлетворенность жизнью, еще недостаточно сформирована способность к активному преодолению возникающих трудностей. Кроме того, у студентов медицинских специальностей в программе появляются клинические дисциплины, и они начинают ощущать еще и груз врачебной ответственности. Особенности кризиса пятого (шестого) курса связаны с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессионального роста в рамках выбранной специальности.

При проведении корреляционного анализа выявлена взаимосвязь между уровнем стрессоустойчивости, выраженностью никотиновой зависимости и типом курительного поведения у курящих лиц. Так, у большинства лиц с привычкой к курению (очень слабая табачная зависимость) выявлялся высокий уровень сопротивляемости стрессу ($r=-0,216$ при $p=0,0004$), со средней степенью табачной зависимости – пороговый и низкий уровень стрессоустойчивости ($r=-0,167$ при $p=0,02$ и $r=-0,323$ при $p=0,003$, соответственно) и с высокой степенью табачной зависимости – низкий уровень сопротивляемости стрессу ($r=-0,138$ при $p=0,002$). Кроме того, у курящих студентов с высоким уровнем стрессоустойчивости доминировали типы курительного поведения «ритуальные действия» и «стимулирование активности» ($r=0,326$ при $p=0,0009$ и

$r=0,168$ при $p=0,003$, соответственно), с пороговым – «снятие тревожности» и «расслабление» ($r=0,267$ при $p=0,013$ и $r=0,123$ при $p=0,007$, соответственно) и с низким – «психологическая зависимость» ($r=0,138$ при $p=0,004$).

Таким образом, для большинства студентов как медицинских, так и педагогических специальностей употребление табака является одним из средств саморегуляции и способом, который помогает справиться со стрессом, а сам процесс курения превращается в форму защиты от личных неприятностей и переживаний, с одной стороны, и средством поддержания тонуса и работоспособности, с другой. Включение мероприятий, направленных на коррекцию стрессоустойчивости в комплексные программы отказа от курения и лечения никотиновой зависимости у студентов, будет способствовать предупреждению формирования никотиновой зависимости, предупреждать прогрессирование зависимости и обеспечивать более устойчивые ремиссии. Умение эффективно справляться со стрессовыми ситуациями, используя ресурсы стрессоустойчивости, поможет студентам не только быть социально-адаптированными личностями, принимать ответственные решения в профессиональной деятельности, эффективно взаимодействовать с людьми, но и сохранить здоровье, отказавшись от такого деструктивного способа совладания со стрессом как табакокурение.

I. C. Pumkic

СТРЕСОСТІЙКІСТЬ ТА ФОРМУВАННЯ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії і наркології МОЗ України

У статті наведені дані про взаємозв'язок між стресостійкістю, ступенем тютюнової залежності за Фагерстромом та типом курильної поведінки на ініціальному етапі формування тютюнової залежності у студентської молоді. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 86-90).

I. Ritkis

STRESS TOLERANCE AND FORMATION OF TOBACCO DEPENDENCE IN STUDENTS

Ukrainian research institute of social and forensic psychiatry and addictology

The paper presents data on the relationship between stress, the degree of tobacco dependence by Fagerstrum and type of smoking behavior in initial stage of formation of tobacco dependence in students. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 86-90).

Литература

1. Нагорный Б.Г. Студентство і сучасність / Б. Г. Нагорный, М. Л. Яковенко, А. В. Яковенко // — К.: Арістей, 2005. — 164 с.
2. Шепеленко И.П. Жизненные стратегии студенческой молодежи в условиях современного украинского общества / И. П. Шепеленко // Украинский социум. — 2009. — №1. — С. 10-12.
3. Зимняя, И.А. Педагогическая психология / И.А. Зимняя. М.: Логос, 2005.- 384 с.

4. Бодров, В.А. Информационный стресс / В.А. Бодров. М.: PER SE, 2000.-352 с.
5. Полякова, О.Н. Стресс: причины, последствия, преодоление / О.Н. Полякова; под ред. А.С. Батуева. СПб.: Речь, 2008. -144 с.
6. Алексеева Э. А. Оценка функционального состояния организма студентов в период экзаменационного стресса / Э. А. Алексеева, Л. Н. Шантанова, А. Н. Петунова и др. // Вестник

бурятского госуниверситета. -2010. № 12. С. 108—113.

7. Карякина С. Н. Характеристика учебного стресса студентов младших и старших курсов высшего учебного заведения / С. Н. Карякина // Ученые записки Орловского государственного университета. Серия: Гуманитарные и социальные науки. - 2010. № 2—3. С. 210—215.

8. Якубенко О. В. Диагностика и профилактика нарушений адаптации студентов-первокурсников / О. В. Якубенко // Кубанский научный медицинский вестник. 2009. № 3. С. 149—153.

9. Лозгачева, О. В. Формирование стрессоустойчивости на этапе профессионализации (на примере студентов юридического вуза) Дис. . канд. психол. наук. / О.В. Лозгачева. Екатеринбург, 2004. — 170 с.

10. Хуторная, М.Л. Развитие стрессоустойчивости студентов в условиях интеллектуальных испытаний. Дис. . канд. психол. наук: 19.00.13. / М.Л. Хуторная-Тамбов, 2007. 163 с.

11. Morrell H. E. R. Depression vulnerability predicts cigarette smoking among college students: Gender and Negative reinforcement expectancies as contributing factors./ H.E.R. Morrell, L.M. Cohen, D.E. McChargue, // Addictive Behaviors. – 2010. – Vol. 35.- P. 607-611.

12. Лінський, І. В. Епідемія залежності від психоактивних речовин в Україні. Нові результати популяційно-екологічного аналізу даних диспансерного обліку / І. В. Лінський, О. І. Мінко, Е. Б. Первомайський співавт. // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2007. — № 2. — С. 44—58.

13. Синайко В. М. Динамика психического состояния и уровня учебной адаптации учащихся / В. М. Синайко, И. М. Соколова, И. Н. Фалько // Совр. подросток: материалы конф. – М., 2001. – С. 298–300.

14. Fagerström K. Measuring the degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment / K. Fagerström // Addict Behav. – 1978. – P. 235-241.

15. Ikard, F. A scale to differentiate between types of smoking as related to the management of affect / F. Ikard, D. Green, D. Horn // Int. J. Addict. – 1969. – N. 4. – P. 649-659.

16. Рабочая книга практического психолога / Виктор Шапарь, Александр Тимченко, Валерий Швыдченко. - М.: АСТ; Харьков: Торсинг, 2007. - 672 с.

17. Лях, Ю. Е. Основы компьютерной биостатистики. Анализ информации в биологии, медицине и фармации статистическим пакетом MedStat / Ю. Е. Лях, В. Г. Гурьянов, В. Н. Хоменко и соавт. // – Д.: Папакица Е.К., 2006. – 214с.

Поступила в редакцию 16.07.2012

УДК 616.69-008.14+616.89-008.442.4]-085

*Г. С. Кочарян***ИНГИБИТОРЫ ОБРАТНОГО ЗАХВАТА СЕРОТОНИНА В ТЕРАПИИ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: ингибиторы обратного захвата серотонина, мужчины, преждевременная эякуляция

В специальной литературе приводятся данные о возможности применения различных психотропных средств для лечения мужчин, у которых имеет место преждевременная эякуляция (ПЭ) [1]. Из этих средств, способных увеличить продолжительность полового акта, большую популярность в последнее время приобрели антидепрессанты, в основном относящиеся к группе ингибиторов обратного захвата серотонина (ИОЗС). Это обусловлено тем, что в патогенезе преждевременной эякуляции (ПЭ) подтверждается роль центральных серотонергических механизмов регуляции. К ИОЗС, которые используются для лечения ПЭ, относятся сертралин (золофт), пароксетин, кломипрамин (торговые наименования «анафранил», «клофранил»), флуоксетин (прозак), циталопрам, флувоксамин, эсциталопрам, буспирон, дапоксетин.

Обсуждая механизм действия ИОЗС, С. G. McMahon [15] отмечает, что интравагинальное латентное время эякуляции (ИЛВЭ), представляющее собой промежуток времени от начала фрикции до семяизвержения, вероятно, биологическая переменная, которая генетически определена и может отличаться у народов и культур, что обуславливает ранжирование от чрезвычайно быстрой эякуляции через среднюю ее длительность к эякуляции, наступающей спустя длительное время. Гипосенситивность 5-НТ2С и/или гиперчувствительность 5-НТ1А рецепторов (это два вида серотониновых рецепторов) были названы как причины, объясняющие существование ПЭ, которая имеет место с начала половой жизни [26, 28]. Мужчины с низкой 5-НТ нейротрансмиссией и вероятной гипосенситивностью 5-НТ2С рецепторов могут иметь генетически детерминированный более низкий порог и быстро эякулировать после минимальной стимуляции. С другой стороны, мужчины с более высоким порогом могут выдерживать бо-

лее длительную и более интенсивную сексуальную стимуляцию, а также в большей степени контролировать эякуляцию. У мужчин с очень высоким эякуляторным порогом может иметь место отсроченная эякуляция или ее отсутствие, несмотря на достижение полной эрекции и пролонгированную сексуальную стимуляцию. Лечение ИОЗС активизирует 5-НТ2С рецепторы, повышает эякуляторный порог и задерживает эякуляцию. Степень увеличения продолжительности полового акта может варьировать в широких пределах у различных мужчин в соответствии с дозировкой и частотой назначения препаратов данной группы, а также генетически детерминированным эякуляторным порогом.

Почти все перечисленные антидепрессанты принимаются ежедневно на регулярной основе (on a daily basis). Исключение составляет дапоксетин, который применяется «по требованию» (on-demand basis) за несколько часов до полового акта. M. D. Waldinger [25] отмечает, что пароксетин оказывает самый сильный эффект на семяизвержение. Назначение кломипрамина, пароксетина, сертралина, флуоксетина за 4–6 ч до полового акта эффективно и хорошо переносится, но вызывает меньшую задержку эякуляции, чем при ежедневном лечении [28]. Использование ИОЗС рекомендуется молодым людям с пожизненной / существующей с начала половой жизни (lifelong) ПЭ и при приобретенной ПЭ, когда этиологические факторы устранены, но ПЭ все еще существует [31]. Некоторые авторы утверждают, что эффективность ИОЗС в увеличении продолжительности полового акта, объединенная с их низким профилем побочных эффектов, ставит их в первую линию средств терапии ПЭ как при ежедневном приеме, так и при употреблении «по требованию» [17, 29].

Однако значимость препаратов данной группы, по-видимому, не следует преувеличивать, так

как прекращение их применения у мужчин с пожизненной ПЭ приводит к восстановлению существовавшего до лечения эякуляторного порога в течение 5–7 дней [15]. Также отмечается, что нет никакого ясного согласованного мнения относительно того, могут ли ИОЗС излечить от ПЭ или требуется их пожизненное назначение [32]. Помимо этого, называют еще два негативных момента. Один из них связан с реакцией пациентов на необходимость ежедневного приема ИОЗС. Зачем, думают они, ежедневно принимать лекарства, если половые акты проводятся, например, 2 или даже 1 раз в неделю? Второй негативный момент связан с необходимостью приема препаратов, которые используются для лечения больных с психической патологией [8].

Тем не менее не все обстоит столь однозначно. В специально проведенном исследовании изучалось, предпочитают ли мужчины с пожизненной ПЭ лекарственное лечение ИОЗС «по требованию», чтобы увеличить продолжительность полового акта, ежедневному их приему. Обследовано 88 мужчин в возрасте от 18 до 64 лет. Их средний возраст составил 37 лет. Ни одного из этих мужчин ранее не лечили от ПЭ, а 21% из них получал медикаментозное лечение, не влияющее на сексуальные функции. Из этих 88 чел. 71 (81%) предпочли ежедневное использование препарата, 14 (16%) – прием препарата по требованию, а 3 – использование местноанестезирующего крема. Те мужчины, которые первоначально предпочли ежедневное лечение, не изменили свой взгляд после стандартной информации об его эффективности и возможных побочных эффектах, в то время как половина мужчин, которые первоначально предпочли лечение препаратом «по требованию», изменили свое предпочтение к ежедневному пероральному использованию лекарства. Аргументом, который часто выдвигается в пользу ежедневного медикаментозного лечения, является возможность спонтанного секса, не привязанного к приему препарата за определенное время до сексуального контакта [30].

Проводилось изучение отношения пациентов к приему пароксетина, а также устанавливались причины, по которым они отказывались от его применения изначально или в процессе лечения. В исследовании приняли участие 93 пациента, у которых преждевременное семяизвержение имело место с начала половой жизни. Их средний возраст составил 37,6 г. Больные получили предписание принимать пароксетин (10 мг ежедневно в течение 21 дня, а затем «по требованию» 20 мг) в течение первых 3 мес. После этого, они

могли или продолжить такой же прием «по требованию» или принимать 10 мг пароксетина ежедневно в течение 3 мес. Ситуация оценивалась спустя 3 и 6 мес. Пациентов просили заполнить опросник, в котором назывался ряд причин возможного прекращения терапии. Результаты исследования свидетельствовали о том, что 28 пациентов (30,1%) изначально решили не принимать пароксетин, при этом 42,9% из них главной причиной назвали опасение использования «препарата–антидепрессанта». 20 пациентов (30,8%), которые начали терапию в конечном счете прекратили лечиться. Главной причиной отказа от лечения было то, что лечебный эффект был ниже ожидаемого (в 75% случаев) в течение первых 3 мес. Это сопровождалось временной потерей интереса к сексу из-за проблем в отношениях (15%) и побочных эффектов (10%). Из пациентов, которые продолжали лечение, 77,8% предпочли ежедневный прием пароксетина, в то время как 22,2% продолжили принимать его «по требованию» [22].

С. G. McMahon [15] сообщает, что задержка эякуляции при использовании ИОЗС обычно происходит в течение 5–10 дней, но может произойти и раньше. Неблагоприятные эффекты обычно незначительны. Возникая на первой неделе лечения, они постепенно исчезают в течение 2–3 нед. Эти побочные эффекты включают усталость, зевоту, умеренную тошноту, частый жидкий стул или повышенную потливость. Об уменьшении либидо или ослаблении эрекции сообщают нечасто. Выраженное беспокойство отмечает небольшое количество пациентов. Использование препаратов характеризуемой группы следует избегать мужчинам с биполярными аффективными расстройствами в анамнезе.

Проводилось сравнительное изучение эффективности таких селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), как пароксетин, флуоксетин и эсциталопрам. Речь идет о большом проспективном (prospective) одиарном слепом (single-blinded) рандомизированном сравнительном клиническом испытании этих препаратов при преждевременной эякуляции. Использовался валидизированный анкетный опросник. Пациенты были распределены в 3 группы. 1 группа включала 33 мужчины, которые ежедневно получали 20 мг флуоксетина, 2 группа – 37 мужчин, которые ежедневно получали 10 мг эсциталопрама. 3 группа состояла из 30 мужчин, которые ежедневно получали 20 мг пароксетина. Все препараты в указанных дозах принимались рано утром. Длительность их при-

ема составляла 4 нед. Положительные результаты были достигнуты у всех 100 (100%) пациентов. Существенных различий между группами в полученных результатах отмечено не было. Все 3 лекарства хорошо переносились [4].

Также проводилось исследование, направленное на оценку эффективности циталопрама и сертралина в лечении ПЭ [3]. Из 101 женатого мужчины с ПЭ было отобрано 80, которые соответствовали критериям включения и согласились участвовать в этом рандомизированном контролируемом исследовании. Из него исключались мужчины с эректильной дисфункцией и те, кто принимал медикаменты для лечения ПЭ. Оценка проводилась с помощью индекса преждевременной эякуляции, определяемого при использовании опросника «The Index of Premature Ejaculation». Пациенты были случайным образом распределены в 2 группы. Первую группу составили мужчины, которые применяли сертралин, а вторую те, кто получал циталопрам. Средний возраст пациентов в первой группе был 38,4+/-7,7 г, а во второй – 37,5+/-6,9 (P=0,60). После 8-недельного лечения индекс ПЭ определялся повторно.

Его значения до лечения и после него сравнивали как в пределах групп, так и между обследованными группами. Среднее значение индекса ПЭ до начала лечения было, соответственно, 21,4+/-1,8 и 20,9 +/-1,3 у пациентов первой и второй группы (P=0,23). После 8 недель лечения в первой и второй группах было замечено существенное улучшение по данному индексу (39,8+/-1,4; P<0,001 и 39,5+/-2,9; P<0,001, соответственно). Однако различий в терапевтическом эффекте между группами не отмечалось (P=0,50). Никаких серьезных неблагоприятных эффектов не было обнаружено ни у одного из пациентов, оба лекарства хорошо переносились. На основании проведенного исследования авторы пришли к заключению, что циталопрам и сертралин безопасны и эффективны у пациентов с ПЭ.

Проводилось изучение эффективности в увеличении продолжительности полового акта у больных с РЭ эсциталопрама. Было обследовано 276 женатых мужчин (средний возраст = 34,4 г), у которых имела место ПЭ. Им случайным образом (рандомизированно) назначали 10 мг эсциталопрама (n=138; 1-я группа) или плацебо (n=138; 2-я группа) в течение 12 нед. Выявлено, что пероральный прием эсциталопрама эффективен при лечении данной патологии, а положительный эффект долго сохраняется после прекращения использования этого препарата. Вместе с тем ав-

торы отмечают, что необходимы дальнейшие исследования, чтобы сделать заключительные выводы о его эффективности при ПЭ [21].

Сообщается о большом проспективном плацебо-контролируемом исследовании сертралина при ПЭ с использованием Арабского индекса преждевременной эякуляции (Arabic Index of Premature Ejaculation; AIPE). Сто сорок семь мужчин, страдающих от ПЭ, были зарегистрированы в рандомизированном одинарном слепом перекрестном исследовании (a randomized single-blinded crossover study) воздействия сертралина гидрохлорида и плацебо. Пациенты рандомизировались в группу 1 (n=77) и группу 2 (n=70). Обе группы получали сертралин и плацебо попеременно в течение 4 нед. В целом 127 (86,4%) из 147 субъектов ощутили существенное увеличение продолжительности полового акта, определенное с помощью AIPE, после лечения сертралином. У 66 (66%) из 100 пациентов, за которыми удалось пронаблюдать в дальнейшем, наступил рецидив ПЭ. На основании полученных результатов, авторы отмечают хорошую переносимость и эффективность сертралина [5].

В таблице 1 приводятся названия антидепрессантов, используемых при преждевременной эякуляции, и их дозировки [7]. Существуют и другие рекомендации по приему антидепрессантов, относимых к СИОЗС. Отмечается, что пароксетин (20–40 мг), кломипрамин (10–50 мг), сертралин (50–100 мг) и флуоксетин (20–40 мг) могут использоваться для ежедневного приема. Сообщается, что из названных препаратов пароксетин, кажется, больше всего задерживает эякуляцию [27].

Также существуют данные, согласно которым дневная доза пароксетина при курсовом лечении ПЭ на ежедневной основе составляла 10–40 мг, кломипрамина – 12,5–50 мг, сертралина – 50–200 мг, флуоксетина – 20–40 мг, циталопрама – 20–40 мг. Также пароксетин ежедневно принимали в дозе 10–40 мг в течение 30 дней, а затем по необходимости, пароксетин по необходимости в дозе 10–40 мг, кломипрамин по необходимости в дозе 12,5–50 мг [12].

В последние годы большую известность в лечении ПЭ получил дапоксетин, который используется «по требованию» (за некоторое время до полового акта). Руководил работой по созданию этого препарата профессор Хармут Порст из частного института урологии в Гамбурге. «Это будет настоящей революцией, более серьезной, чем Виагра», – заявил профессор, который уже испытал этот препарат на 1000 муж-

чин в Германии. По его утверждению, мужчины, страдающие ПЭ, могут принимать таблетку

за час до полового акта, чтобы в четыре раза увеличить его продолжительность [2].

Таблица 1

Антидепрессанты в лечении преждевременной эякуляции

Группа	Международное непатентованное название	Торговое название	Дозировка
Неселективные ингибиторы обратного захвата серотонина	кломипрамин	анафранил	20–25 мг/день или 25 мг за 4–24 ч до коитуса
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	флюоксетин	прозак, сарафем	5–20 мг/день
	пароксетин	паксил	10, 20, 40 мг/день или 20 мг за 3–4 ч до коитуса
	сертралин	золофт	25–200 мг/день или 50 мг за 4–8 ч до коитуса
	буспирон	буспар (Buspar)	10–50 мг за 4–6 ч до коитуса
	флювоксамин	фаверин, флорисифрал, лювокс	10–50 мг за 4–6 ч до коитуса

Дапоксетин является СИОЗС с коротким периодом полураспада, который специально разработан для лечения ПЭ. Его отличие от других препаратов, относимых к СИОЗС (флуоксетина, сертралина, пароксетина), состоит в том, что хотя последние и увеличивают латентный период эякуляции, однако не достигают своей пиковой плазменной концентрации в течение нескольких часов. Дапоксетин же достигает максимальной концентрации в течение 1 ч, а через 24 ч его содержание в плазме составляет менее 5% от максимальной концентрации.

Chris G McMahon [15] сообщает, что дапоксетин структурно подобен флуоксетину [24]. Исследования демонстрирует, что он связывается с транспортерами обратного захвата серотонина (5-НТ), норэпинефрина (norepinephrine; NE) и допамина (dopamine; DA) и ингибирует захват в следующем ранговом порядке: NE<5-НТ>DA [9].

Позитронно-эмиссионная томография головного мозга выявила существенное связывание меченого радиоактивным изотопом дапоксетина в мозговой коре и подкорковом сером веществе [14]. Он подвергается быстрой абсорбции и элиминации, приводящей к минимальному накоплению, и имеет дозозависимую фармакокинетику. Фармакокинетический профиль дапоксетина свидетельствует о том, что его следует рассматривать в качестве кандидата для ле-

чения ПЭ «по требованию». В отличие от приведенных выше данных отмечается, что время от момента его приема до достижения максимальной концентрации в плазме составляет 1,4–2,0 ч после перорального приема (M. J. Dresser, K. Lindert, D. Lin, 2004) [15]. Период полураспада дапоксетина составляет 0,5–0,8 ч. Пища не оказывает существенного эффекта на его фармакокинетику (M. Dresser et al., 2005) [по 15]. Отмечается, что совместное назначение дапоксетина и этанола (этилового спирта) не вызывает существенных изменений в фармакокинетике дапоксетина и его метаболитов (N. V. Modi et al., 2005) [по 15].

Существуют данные, согласно которым дапоксетин, назначенный за 1–2 ч до запланированного полового акта, эффективен и хорошо переносим, превосходит плацебо и дозозависимо увеличивает ИЛВЭ (Hellstrom W. J., Gittelman M., Althof S., 2004) [по 15].

F. Giuliano [10] изучал эффективность этого препарата. В двойном плацебо-контролируемом исследовании, включавшем более 2600 пациентов с ПЭ, дапоксетин назначался в дозе 30 мг или 60 мг за 1–3 ч до полового контакта. Средний возраст участников составлял 40 лет. О постоянной ПЭ с начала половой жизни сообщило более 65% субъектов, а у 35% мужчин она возникла после периода нормальных сексуальных

отношений. В начале исследования с помощью секундомера во время полового акта было определено ИЛВЭ в трех выделенных группах (контрольная, прием 30 мг препарата, прием 60 мг препарата). Повторно его определили в этих группах при проведении полового акта после применения плацебо и дапоксетина в названных дозах.

Анализ результатов показал статистически значимое дозозависимое увеличение среднего ИЛВЭ: 0,9 – 1,75 мин, 0,92 – 2,78 мин и 0,91 мин – 3,32 мин для плацебо-группы, мужчин, принимавших 30 и 60 мг дапоксетина, соответственно. Этот эффект был одинаков как при первом использовании дапоксетина, так и при последующих его применениях, при этом улучшение сохранялось в течение 12-недельного периода исследования. Следует отметить, что дапоксетин хорошо переносился его участниками. Побочные эффекты выражались тошнотой и головной болью. В группе лиц, которые принимали дапоксетин в дозе 30 мг, о тошноте сообщили 3,7% чел., а о головной боли – 5,9%. В группе лиц, принимающих дапоксетин в дозе 60 мг, о тошноте сообщили 20,1% чел., а о головной боли – 6,8%. Из-за побочных эффектов в плацебо-группе прекратили лечение 0,9% пациентов, а среди тех, кто принимал дапоксетин в дозе 30 и 60 мг – 4% и 10%, соответственно.

Для определения эффективности дапоксетина также было осуществлено два 12-недельных рандомизированных двойных слепых плацебо-контролируемых исследования. Мужчины с различной степенью выраженности ПЭ, состоящие в устойчивых гетеросексуальных отношениях, принимали плацебо (n=870), 30 мг дапоксетина (n=874) или 60 (n=870) «по требованию» (при необходимости) за 1–3 часа перед ожидаемой сексуальной активностью. ИЛВЭ определялось с помощью секундомера. До конца исследования 672, 676 и 610 пациентов принимали плацебо, 30 мг дапоксетина или 60, соответственно. В результате данных исследований было выявлено, что дапоксетин значительно увеличил ИЛВЭ ($p < 0,0001$; обе дозы по сравнению с плацебо). Среднее значение ИЛВЭ до начала приема ингридиентов было 0,90 (SD 0,47) мин, 0,92 (0,50) мин и 0,91 (0,48) мин, а в конце исследования (12 неделя или заключительное посещение) – 1,75 (2,21) мин для плацебо, 2,78 (3,48) мин для 30 мг дапоксетина и 3,32 (3,68) мин для 60 мг дапоксетина. Обе дозы дапоксетина оказали эффект при первом приеме. Распространенными побочными эффектами (прием 30 или 60

мг дапоксетина, соответственно) были тошнота (8,7% и 20,1%), диарея (3,9% и 6,8%), головная боль (5,9% и 6,8%) и головокружение (3,0% и 6,2%). В результате исследования авторы пришли к выводу, что прием дапоксетина по требованию – эффективное и хорошо переносимое лечение для мужчин с любой степенью выраженности ПЭ [19].

В другом исследовании также подтвердилась эффективность дапоксетина при лечении больных с ПЭ. Его действие изучалось в пяти центрах. При этом речь шла о рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании, в котором участвовало более 6000 мужчин с ПЭ. В четырех исследованиях, в которых определялось ИЛВЭ (N=4843), прием дапоксетина в дозе 30 и 60 мг привел к статистически значимому увеличению ИЛВЭ по сравнению с плацебо-группой. В результате приема этого препарата также выявилось статистически значимое улучшение контроля над эякуляцией во всех пяти центрах. Отмечается, что он хорошо переносится, и для него характерен низкий процент синдрома отмены, сексуальной дисфункции и симптомов расстройств настроения. Наиболее частые осложнения, которые были связаны с приемом дапоксетина, включали тошноту, диарею, головную боль, головокружение и сонливость [11].

В статье J. Buvat et al. [6] отмечается, что дапоксетин был разработан для лечения преждевременной эякуляции «по требованию», и проводимые клинические испытания продемонстрировали его безопасность и эффективность. Чтобы оценить долговременную эффективность и безопасность дапоксетина у мужчин с ПЭ, было проведено рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое 3-х фазное исследование в параллельных группах, осуществленное в 22 странах. В нем участвовало 1162 мужчины в возрасте 18 лет и старше, которые соответствовали критериям пересмотренного DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision criteria) для ПЭ, которая имела место в течение 6 мес или больше, с ИЛВЭ равным 2 мин или менее в 75% половых актов или более до начала исследования. Пациенты принимали «по требованию» за 1–3 ч до полового акта 30 или 60 мг дапоксетина, или плацебо в течение 24 нед. ИЛВЭ определялось с помощью прибора «Stopwatch». Также определялись профиль преждевременной эякуляции (Premature Ejaculation Profile; PEP), клиническая глобальная импрессия (впечатле-

ние) возникших изменений (Clinical Global Impression [CGI] of change) и побочные эффекты. Данные исследования были проведены среди 618 мужчин. Среднее значение ИЛВЭ в результате применения субстанций увеличилось с 0,9 мин (таким оно было во всех группах до их применения) до 1,9 мин, 3,2 мин и 3,5 мин в плацебо-группе, среди мужчин, принимающих 30 или 60 мг дапоксетина, соответственно, в конце исследования. Среднее геометрическое значение ИЛВЭ в указанных группах увеличилось с 0,7 мин в начале исследования до 1,1 мин, 1,8 мин и 2,3 мин, соответственно, в конце исследования. Профили преждевременной эякуляции и ИЛВЭ значительно улучшились при приеме дапоксетина в сравнении с плацебо-группой к 12 и 24 нед ($p < 0,001$). Наиболее частыми побочными эффектами были тошнота, головокружение, понос и головная боль. Побочные действия привели к прекращению лечения у 1,3%, 3,9%, и 8,2% субъектов в плацебо-группе, среди мужчин, принимающих 30 или 60 мг дапоксетина, соответственно. Из обследования исключались мужчины, которые не состояли в долговременных моногамных отношениях. Проведенное исследование свидетельствовало об эффективности дапоксетина и в основном его хорошей переносимости в этой обширной популяции.

Проводились и другие исследования эффективности дапоксетина. В одном рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании участвовало 1238 мужчин в возрасте 18 лет и старше из США и Канады, которым в соответствии с DSM-IV был поставлен диагноз ПЭ [13]. Они принимали плацебо или 60 мг дапоксетина (за некоторое время перед половым актом или один раз в день) в течение 9 нед. Пациенты заполняли «Профиль преждевременной эякуляции» (the Premature Ejaculation Profile; PEP) в первый день (прежде, чем начали лечиться), а также на 28 и 63 (в конце исследования), что позволяет определять контроль над эякуляцией, удовлетворенность половыми сношениями, личностный дистресс и сложности в межличностных отношениях, связанные с эякуляцией.

Об общем впечатлении относительно изменения продолжительности полового акта пациенты сообщали на 63 день (при завершении исследования). До начала лечения приблизительно 5% пациентов в любой из групп сообщили об отсутствии личностного дистресса или его малой выраженности, связанной с ПЭ. Это число увеличилось к 54,3% среди тех, кто прини-

мал дапоксетин, и к 35,3% среди тех, кто получал плацебо ($P < 0,001$). Перед началом приема ингредиентов 43,0% мужчин, которые попали в плацебо-группу, и 40,9% из тех, кто должен был затем принимать дапоксетин, сообщили об отсутствии сложностей в межличностных отношениях или их малой выраженности, связанной с длительностью полового акта. Их число увеличились к 76,8% и 64,2% среди тех, кто получал дапоксетин и плацебо, соответственно ($P < 0,001$). На основании проведенного исследования, его авторы пришли к выводу, что дапоксетин уменьшает личностный дистресс и трудности в межличностных отношениях, связанные с ПЭ, приводит к улучшению состояния пациентов и увеличению их контроля над эякуляцией.

В одном исследовании оценивалась эффективность дапоксетина в увеличении контроля над эякуляцией в 2-х 12-недельных двойных слепых рандомизированных плацебо-контролируемых испытаниях. В общей сложности было обследовано 2614 пациентов, которые соответствовали критериям ПЭ, приведенным в четвертом ревизированном варианте DSM-IV (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision). ИЛВЭ, которое определялось с помощью секундомера с остановом (stopwatch-measured), составило 2 мин или меньше в 75% случаев или больше в течение 2-недельного периода, предшествующего исследованию (baseline period). Обследованные сообщили об умеренной или тяжелой ПЭ. Мужчины получали плацебо или дапоксетин в дозе 30 или 60 мг за 1–3 ч до полового акта. Исследование завершило 2341 чел. Данное исследование показало, что дапоксетин усиливает контроль над эякуляцией и увеличивает продолжительность полового акта [23].

В другом исследовании оценивались эффективность дапоксетина в увеличении продолжительности полового акта и его безопасность у пациентов с ПЭ. 212 мужчин без расстройств эрекции, у которых имела место ПЭ, были рандомизированы в две группы. В 1-й группе ($N=106$) перорально назначался прием 30 мг дапоксетина дважды в день, а во 2-й ($N=106$) – плацебо в таком же режиме. Длительность приема каждого из ингредиентов составила 12 нед. Оценка состояния больных перед началом приема субстанций включала изучение анамнеза, объективное исследование, определение среднего геометрического ИЛВЭ и Международного индекса эректильной функции (International Index of Erectile Function). Эффективность двух

этих ингредиентов оценивали каждые 2 нед во время их приема, в конце исследования, а также в течение 3 мес после прекращения их употребления. В результате данного исследования сделаны выводы, что прием дапоксетина приводит к умеренно лучшим результатам по данным оценки ИЛВЭ и удовлетворенности половым актом по сравнению с плацебо, но без долгосрочной выгоды для пациентов после прекращения его приема [21].

В США было проведено исследование, в котором было показано, что дапоксетин не имеет электрокардиографических эффектов в дозах 60, 120 и 240 мг [18].

В статье 2006 г. сообщается о препарате UK-390,957, подобном дапоксетину, который, также как и последний, используется «по требованию» и существенно увеличивает ИЛВЭ, эякуляторный контроль, сексуальную удовлетворенность и вызывает минимальные побочные эффекты [16].

Проводилось исследование, направленное на сравнение эффективности дапоксетина, пароксетина и плацебо при их ежедневном применении в течение 12 нед у лиц с ПЭ. Триста сорок мужчин без расстройств эрекции были рандомизированы в три группы: прием 60 мг дапоксетина (группа 1, n=115), прием 20 мг пароксетина (группа 2, n=113), прием плацебо (группа 3, n=112). Эффективность этого лечения оценивалась каждые 2 нед в течение лечения и в конце исследования. С этой целью использовались Международный индекс эректильной функции, оценивались ИЛВЭ и сексуальная удовлетворенность, определялось число коитусов в неделю, и устанавливались побочные эффекты препарата. В конце 12-недельного приема дапоксетина, пароксетина и плацебо среднее ИЛВЭ увеличилось с 38, 31 и 34 с до 179, 370 и 55 с, соответственно ($P=0,01$ в группе 1 и $P=0,001$ в группе 2). Значение сексуальной удовлетворенности по Международному индексу эректильной функции с 10, 11 и 11 достигло 14, 17 и 12 в конце 12-й нед лечения в группах 1, 2 и 3, соответственно ($P=0,03$ в группах 1 и 2). Среднее число половых актов увеличилось с 1,4, 1,3 и 1,3 до 2,2, 2,5 и 1,4 для дапоксетина, пароксетина и плацебо, соответственно ($P=0,04$ в группах 1 и 2). Процент побочных эффектов при употреблении дапоксетина и пароксетина был значительно выше

($P=0,04$ в группах 1 и 2) по сравнению с таковым в группе плацебо. Авторы исследования пришли к выводам, что пароксетин, кажется, обеспечивает значительно лучшие результаты (при оценке ИЛВЭ и удовлетворенности коитусом) по сравнению с дапоксетином, и каждое из этих лекарств хорошо переносится [20].

Juza Chen, П. А. Щеплев, Б. Р. Гвасалия и соавт. [7] в своей статье, опубликованной в 2005 г., сообщают, что еще в прошлом десятилетии начали проводиться клинические испытания кломипрамина и некоторых СИОЗС, которые неоднократно доказали эффективность этих препаратов в лечении ПЭ. По мере того, как с каждым годом число подобных исследований увеличивалось, возникало все больше разногласий в оценке эффективности того или иного медикаментозного средства. В 2004 г. большинство этих научных работ подверглось критической оценке Американской ассоциации урологов при создании руководства по фармакологическому лечению ПЭ. При оценке результатов различных исследований возникали ограничения, связанные с тремя основными позициями:

1. Отсутствие определенного стандарта в изучении ПЭ. Для оценки результатов в клинических испытаниях использовались разные определения, физиологические нормы и психометрические показатели.

2. Отсутствие стандарта в оценке испытанного пациентом возбуждения. Время эякуляции зависит от многих факторов, среди которых не последнее место занимают степень и характер испытанного возбуждения. Какой-то стимул может быть чрезмерен для одного мужчины, но не вызвать достаточного возбуждения у другого.

3. Недостаток последовательности и точности в измерениях времени наступления эякуляции; методологические различия, которые могут помешать сделать исследования объективными; отсутствие оценки общих параметров, касающихся удовлетворения пациента и его партнерши.

По мнению Американской ассоциации урологов, отмечают цитируемые авторы, основной целью лечения ПЭ должно стать удовлетворение пациента и его полового партнера. Поскольку ПЭ не опасно для жизни, первостепенное значение должно уделяться безопасности лечения.

ІНГІБИТОРИ ЗВОРОТНОГО ЗАХОПЛЕННЯ СЕРОТОНІНУ В ТЕРАПІЇ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКУЛЯЦІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено результати багатьох досліджень, які переконливо свідчать, що антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну збільшують тривалість статевого акту у чоловіків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 91-98).

G.S. Kocharyan

SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS IN THE TREATMENT OF PREMATURE EJACULATION

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

The results of many studies are presented which testify that antidepressants from serotonin reuptake inhibitors group increase the duration of sexual intercourse in men. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 91-98).

Література

1. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. — Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. — 328 с.
2. У Виагры появился серьезный конкурент — Дапоксетин! // <http://rekicen.ru/php/content.php?group=0&id=1664>
3. Akçıl T., Karakan T., Ayıldız A., Germiyanoplu C. Comparison of sertraline and citalopram for treatment of premature ejaculation // Urol J. — 2008. — 5 (1). — P. 41–45.
4. Arafa M., Shamloul R. A randomized study examining the effect of 3 SSRI on premature ejaculation using a validated questionnaire // Ther Clin Risk Manag. — 2007. — 3 (4). — P. 527–531.
5. Arafa M., Shamloul R. Efficacy of sertraline hydrochloride in treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study using a validated questionnaire // Int J Impot Res. — 2006. — 18 (6). — P. 534–538.
6. Buvat J., Tesfaye F., Rothman M., Rivas D. A., Giuliano F. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries // Eur Urol. — 2009. — 55 (4). — P. 957–967.
7. Chen Juza, Щеплев П. А., Гвасалия Б. Р., Гарин Н. Н., Захарченко А.В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции / Андрология и генитальная хирургия. — 2005. — №3. — С. 6–12.
8. Diagnosing and Treating Premature Ejaculation: An Expert Interview with Stanley E. Althof, PhD // <http://cme.medscape.com/viewarticle/492243>
9. Gengo R. J., Giuliano F., McKenna K. E. Monoaminergic transporter binding and inhibition profile of dapoxetine, a medication for the treatment of premature ejaculation // J Urol. — 2005. — 173 (4). — P. 239.
10. Giuliano F. A. Novel Treatment of Premature Ejaculation // European Urology Supplements. — 2007. — Vol. 6, Issue 13. — P. 780–786.
11. Hellstrom W. J. Emerging treatments for premature ejaculation: focus on dapoxetine // Neuropsychiatr Dis Treat. — 2009. — 5. — P. 37–46.
12. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. Stanley E. Althof, Ph.D., Carmita H. N. Abdo, M.D., Ph.D., John Dean, M.D., Geoff Hackett, M.D., Marita McCabe, Luca Incrocci, M.D., Emmanuelle Jannini, M.D., Kwangsung Park, M.D., Sharon Parish, M.D., Hartmut Porst, M.D., David Rowland, Ph.D., Robert Segraves, M.D., Ph.D., Ira Sharlip, M.D., Chiara Simonelli, Ph.D., Hui Meng Tan, M.D. // <http://www.issm.info/v4/data/education/reference/PE%20Guidelines.pdf>
13. Kaufman J. M., Rosen R. C., Mudumbi R. V., Tesfaye F., Hashmonay R., Rivas D. Treatment benefit of dapoxetine for premature ejaculation: results from a placebo-controlled phase III trial // BJU Int. — 2009. — 103 (5). — P. 651–658.
14. Livni E., Satterlee W., Robey R. L., Alt C. A., Van Meter E. E., Babich J. W. et al. Synthesis of [¹¹C]dapoxetine.HCl, a serotonin reuptake inhibitor: Biodistribution in rat and preliminary PET imaging in the monkey // Nucl Med Biol. — 1994. — 21. — P. 669–675.
15. McMahon C. G. Premature ejaculation // Indian Journal of Urology. — 2007. — 23 (2). — P. 97–108.
16. McMahon C. G., McMahon C. N., Leow L. J. New agents in the treatment of premature ejaculation // Neuropsychiatr Dis Treat. — 2006. — 2 (4). — P. 489–503.
17. McMahon C. G., Touma K. Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride as needed: 2 single-blind placebo controlled crossover studies // J Urol. — 1999. — 161. — P. 1826–1830.
18. Modi N. B., Nath R., Staehr P., Gupta S. K., Aquilina J. W., Rivas D. Pharmacokinetic, pharmacodynamic, and electrocardiographic effects of dapoxetine and moxifloxacin compared with placebo in healthy adult male subjects // J Clin Pharmacol. — 2009. — 49 (6). — P. 634–642.
19. Pryor J. L., Althof S. E., Steidle C., Rosen R. C., Hellstrom W. J., Shabsigh R., Miloslavsky M., Kell S.; Dapoxetine Study Group. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials // Lancet. — 2006. — 368 (9539). — P. 929–937.
20. Safarinejad M. R. Comparison of dapoxetine versus paroxetine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study // Clin Neuropharmacol. — 2006. — 29 (5). — P. 243–252.
21. Safarinejad M. R. Safety and efficacy of dapoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study // Neuropsychopharmacology. — 2008. — 33 (11). — P. 1259–1265.
22. Salonia A., Rocchini L., Sacca A., Pellucchi F., Ferrari M., Carro U. D., Ribotto P., Gallina A., Zanni G., Deho F., Rigatti P., Montorsi F. Acceptance and Discontinuation Rate from Paroxetine Treatment in Patients with Lifelong Premature Ejaculation // J Sex Med. — 2009. — 6 (10). — P. 2868–2877.
23. Shabsigh R., Patrick D. L., Rowland D. L., Bull S. A., Tesfaye F., Rothman M. Perceived control over ejaculation is central to treatment benefit in men with premature ejaculation: results from phase III trials with dapoxetine // BJU Int. — 2008. — 102 (7). — P. 824–828.
24. Sorbera L. A., Castaner J., Castaner R. M. Dapoxetine hydrochloride // Drugs Future. — 2004. — 29. — P. 1201–1205.
25. Waldinger M. D. Premature ejaculation: state of the art // Urol Clin North Am. — 2007. — 34 (4). — P. 591–599.
26. Waldinger M. D. The neurobiological approach to premature ejaculation // J Urol. — 2002. — 168. — P. 2359–2367.
27. Waldinger M. D. Towards evidenced based drug treatment research on premature ejaculation: A critical evaluation of methodology // J Impotence Res. — 2003. — 15. — P. 309–313.
28. Waldinger M. D., Berendsen H. H., Blok B. F., Olivier B., Holstege G. Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: The involvement of the serotonergic system // Behav Brain Res. — 1998. — 92. — P. 111–118.
29. Waldinger M. D., Hengeveld M. W., Zwinderman A. H., Olivier B. Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline // J Clin Psychopharmacol. — 1998. — 18. — P. 274–281.
30. Waldinger M. D., Zwinderman A. H., Olivier B., Schweitzer D. H. The majority of men with lifelong premature ejaculation prefer daily drug treatment: an observation study in a consecutive group of Dutch men // J Sex Med. — 2007. — Vol. 4, Issue 4i. — P. 1028–1037.
31. Wang W. F., Chang L., Minhas S., Ralph D. J. Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation // Chin Med J (Engl). — 2007. — 120 (11). — P. 1000–1006.
32. Wisard M., Audette N. [Premature ejaculation: pills or sexology?] [Article in French] // Rev Med Suisse. — 2008. — 4 (150). — P. 780–784.

Поступила в редакцию 11.09.2012

УДК: 616.89-008.452

*С.В. Титиевский***АНАЛИЗ МЕХАНИЗМОВ БРЕДООБРАЗОВАНИЯ НА ОСНОВЕ ВЗГЛЯДОВ КЛАУСА КОНРАДА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: бред, гештальт-психология, восприятие, представление, убеждение, мышление, общая психопатология

В общей психопатологии бред принято относить к расстройствам мышления. Этому подходу и соответствует тенденция в отечественной психиатрии определять бред в качестве разновидности суждения. Например, А.Б. Смулевич определяет бред как «объективно ложное, обусловленное болезненными причинами суждение, возникающее у больного без адекватных внешних поводов, не поддающееся разубеждению и всегда вовлекающее личность больного» [3]. Суждение, в свою очередь, чаще всего понимается как часть логического процесса: «форма мышления, представляющая собой сочетание понятий, из которых одно (субъект) определяется и раскрывается через другое (предикат)» [2]. В то же время, в определении А.С. Тиганова о бреде говорится не только как о суждении, но и как об идеях: «Бред – суждение и идеи, не соответствующие действительности, овладевающие сознанием больного, не корригируемые при разубеждении и разъяснении, несмотря на очевидную нелепость и противоречие действительности» [4]. Следует отметить, что слово «идея» является достаточно многозначным и понимается, например, как «1. Сложное понятие, представление, отражающее обобщение опыта и выражающее отношение к действительности. 2. Основная, главная мысль, замысел, определяющий содержание чего-нибудь. 3. Мысленный образ чего-нибудь, понятие о чём-нибудь. 4. Мысль, намерение, план» [2]. Таким образом, можно подумать о включении в данное определение аспектов, связанных не только с мышлением, но и с представлением. Более удалённым от сферы мышления является определение бреда «Оксфордского руководства по психиатрии»: «Бред – это стойкое убеждение, возникшее на патологической почве, не поддающееся воздействию разумных доводов или доказательств противного и не являющееся внушенным мнением, которое могло быть усвоено человеком в результате соответствующего воспитания,

полученного образования, влияния традиций и культурного окружения» [1]. Убеждение (англ. belief – 1. вера; доверие; 2. убеждение, мнение) в русском языке, как правило, это – «прочно сложившееся мнение, уверенный взгляд на что-нибудь, точка зрения» [2], а уверенность – «твёрдая вера в кого-нибудь (что-нибудь), убеждённость» [2]. Таким образом, бред, в соответствии с последним из приведенных выше определений, рассматривается как разновидность веры, т.е. того, что может быть признано истинным без доказательств (этому смыслу, например, соответствует выражение «принять на веру» [2]). Тем не менее, в «Оксфордском руководстве по психиатрии» бред, как это принято, рассматривается в разделе расстройств мышления. Неопределённость в отношении подходов к бреду основана на очевидной скудости знаний о критериях нормальных убеждений и о процессах, лежащих в основе их формирования [1]. На устранение данной неопределённости была направлена работа Клауса Конрада, проанализировав которую, можно прояснить некоторые аспекты бредообразования.

Провозглашенный “великим немецким психиатром” [5], Клаус Конрад создал понятие продромального “бредового настроения” или “атмосферы”. Мысль обеспечить “одним из самых внушительных из когда-либо созданных описаний шизофрению на ранней стадии,” [15] его взгляды “на происхождение и развитие психотических переживаний” считают “... чем-то абсолютно новым, и ... источником новых идей для исследования в области психопатологии” [28]. Кроме того, понятие основных симптомов как переживаемых субклинических продромальных нарушений введено в работе К. Конрада и является центральным элементом Боннской Шкалы Оценки Основных Симптомов (Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms) [16, 29].

Будучи директором военного неврологичес-

кого госпиталя, К. Конрад провел опрос и тщательно задокументировал сообщения большой выборки солдат (n=107), страдавших начинающейся шизофренией. На этих данных К. Конрад построил “модель стадий” формирования и развития бреда при начинающейся шизофрении [30]. Данную модель иллюстрирует следующий случай.

Из-за вероятного наличия психоза 32-летний старший солдат Карл Б. был доставлен в больницу К. Конрада. При его опросе пациент сообщил, что “все начинается” однажды утром, когда его соединению приказывают покинуть лагерь. Когда сержант просит ключ от его жилища, больному внезапно становится ясно, что это – уловка для его “проверки”. Отъезжая в автобусе, он замечает, что его товарищи ведут себя странно: они знают нечто такое, что не предполагают ему сообщать. Один из его товарищей “явно” спрашивает, есть ли у него хлеб. В полдень они прибывают в город для поддержки размещённых там соединений. Некоторых из его компании посылают искать квартиры для остальных. Это является лишь уловкой для того, чтобы данные лица получили инструкции в том, что с ним делать, в то время как он вместе с другими остаётся ожидать в мотофургоне. Один за другим группы мужчин покидают фургон только для того, чтобы возвратиться остальных. “Ясно, что все они получают инструкции” в отношении него. Пациент неспособен объяснить, как он это видит. Просто “видит это”. Он направляется в предназначенное для него жилище, а затем спускается, чтобы купить сигареты. Он двигается через сад, где сидит много унтер-офицеров, а также штаб-сержант и несколько женщин. Они удивлены его внезапному появлению и планируют, что женщины тем вечером что-то с ним проделают. Один из военнослужащих затем уезжает, чтобы сообщить о нём начальству. В пивной тем вечером музыка, женщина, продающая сигареты, и беседы были заранее подготовлены для того, чтобы проверить, замечает ли он. Все проинструктивированы и точно знают, что делать.

Из-за его отказа выполнять приказы, которые являются “ещё одной проверкой”, штаб-сержант транспортирует данного пациента на машине в психиатрическую больницу. Всё вдоль дороги, например, груды камня, стройплощадки, овечьи переправы, устроено так, чтобы проверить, замечает ли он. Глядя в окно, штаб-сержант наблюдает, правильно ли он все это отмечает. Позже он думает: “Должно быть некоторое специфическое воздействие, исходящее от меня. Дру-

гие люди находятся под моим влиянием, как будто очарованные”. Таким образом, лица, испытывающие воздействие его пристального взгляда, то есть, того, что он их рассматривает, демонстрируют искаженное выражение лица или физические действия, указывающие на давление, которое он на них оказывает (“всемогущество”).

Когда больной попал в госпиталь К. Конрада, бред перешёл из внешнего во внутреннее пространство его тела. Пациент сообщает, что “волновой аппарат” управляет его движениями с некоторого расстояния посредством электрического тока. Регулируемый диском автоматического набора, ток изменяется в диапазоне от незначительного контроля его движений, с предоставлением ему “свободы воли”, до полного контроля, при котором машина “вводит” команды [8].

В модели стадий К. Конрада продромальное бредовое настроение часто предвращает начало бреда. Оно может сохраняться в течение дней, месяцев, или даже лет [8, 17]. В этот период больной испытывает нарастающую гнетущую напряженность, “чувство незавершённости” или чувство ожидания. Человек описывает, что-то находящееся “в воздухе”, но неспособен сказать, что изменилось. Хотя данное переживание может иметь различный характер, субъект ощущает отчетливое изменение “эмоционально-мотивационного” состояния. Сначала, это связано с самыми значимыми переживаниями, но, в конечном счете, распространяется по всему полю переживаний пациента. Пациент может ощущать не только волнение, “опьянённое” ожидание, но также и подозрительность, страх, депрессивную замедленность, вину, чувство отделённости от других, а часто и их сочетание. Она или он могут совершать резкие, на вид бессмысленные действия.

К. Конрад называет эту начальную, связанную с ожиданием, фазу “трема” (страх перед сценой), поскольку у пациента есть чувство, что произойдёт что-то очень важное. Внимание привлечено к несущественным стимулам, мыслям и ассоциативным связям, которые доставляют беспокойство и непредсказуемы: “Перцептивный фон приобретает совершенно новые особенности. Всё, что находится на периферии внимания, что располагается позади, или не является частью текущего тематического фокуса внимания”, становится потенциальной угрозой [8]. Перцептивный фон, который оставался незамеченным, теперь приобретает собственные черты. Смысл угрозы (или чего-то из того, чему

доводится быть преобладающим качеством бреда), распространяется по всей перцептивной области. Это означает, что ещё не замеченное в потенциальном перцептивном гештальте, приобретает “рельефность даже раньше, чем пациент в нём сориентируется, то есть, прежде, чем станет фокусом внимания” [22]. Измененное внутреннее мотивационно-эмоциональное состояние больного, бредовое настроение, наполняют всю область переживаний преобразован-

ным “физиогномическим” качеством (то есть, смысл потенциального открытия/угрозы, сопровождается аффективным напряжением благодаря, по-видимому, лежащим в его основе нейробиологическим изменениям). Однако, субъект (подобно анозогнозичному неврологическому больному) не связывает эти изменения с его/её собственным состоянием, а экстернализирует их, считая проявлениями некоего пока ещё не понятого процесса в окружающем мире.

Таблица 1

Модель Конрада стадий начинающейся шизофрении

Стадия	Термин
I	Трема (заимствованное из греческого языка разговорное обозначение страха перед сценой)
	<i>Значение</i>
	Бредовое настроение (или атмосфера)
	<i>Характеристика</i>
	Неопределенная, однако всё более и более усиливающаяся угнетённость распространяется с определенных выделяемых аспектов на всё перцептивное поле. Больной ощущает волнение предчувствия, подозрительность, отчуждение, страх, вину, депрессию или их сочетание. Пациент может совершать резкие, на вид бессмысленные действия.
II	Апофения (греч. apo [далеко от] + phaenein [показать] → открытие)
	<i>Значение</i>
	Бред как открытие (Aha-Erlebnis)
	<i>Характеристика</i>
	Перцептивный гештальт, воспринимаемый не полностью, в большей степени с позиции его выразительных, а не объективных существенных целостных качеств. Неспособность переступить границы текущей перспективы или изменить систему взглядов. Неправильное связывание на вид не связанных значений. Бредовое восприятие, ошибочная идентификация. Неуклонное (“монотонное, повторяющееся”) распространение бреда и как “эластичного”, и как прикрепленного к новым гештальтам [8, 12, 21]. Прогрессирование бреда из внешнего во внутреннее “пространство”, бредовые телесные ощущения. Больной некритично восприимчив и неспособен к различению, будто пойманный в ловушку между сном и пробуждением. Вложенные мысли, передача мыслей, галлюцинации.
III	Анастрофа (греч. ana- [назад] + strephein [повернуться] → поворот назад)
	<i>Значение</i>
	Больной ощущает себя пассивным центром (направленное на субъекта дополнение к направленной на мир апофении)
	<i>Характеристика</i>
	Бред отношения. События и восприятия больной связывает с самим собой.

Примечание: Выделенные К. Конрадом более поздние апокалиптически-кататоническая стадия, стадия консолидации (или частичной ремиссии) и остаточное состояние дефекта здесь не представлены.

Бред внезапно появляется как “ага-опыт” (“Aha-Erlebnis” [нем. erleben – 1. пережить; испытать; узнать на собственном опыте; 2. увидеть самому, встретить в своей жизни; 3. дожить до чего-либо; Erlebnis – 1. переживания; впечатления; пережитое; 2. событие в чьей-либо жизни; 3. происшествие, случай (из жизни)] или

“revelation” [англ. – откровение, открытие, обнаружение]) относительно того, что озадачивало больного в период бредового настроения, и часто приносит облегчение. К. Конрад [8] описывает это как возвратный (рефлексивный) поворот на себя, при котором больной воспринимает вселенную “вращающейся” вокруг него как

срединной точки (то есть, “анастрофу”, см. таблицу 1). Бред не является преимущественно психоаналитической защитной реакцией, предназначенной для защиты я (self), а подразумевает фундаментальную “перестройку” опыта пациента для поддержания поведенческого взаимодействия с окружающей средой, несмотря на лежащее в его основе разрушение перцептивных связывающих процессов [8, 21]. В ага-момент больной неспособен изменить “систему взглядов”, чтобы рассмотреть свой опыт с любой точки зрения, отличной от нынешней. Переход от бредового настроения к Aha-Erlebnis бредового открытия (revelation) точно соответствует моменту потери пациентом способности дистанцироваться от опыта, то есть, “достигнуть смены системы взглядов или перспектив, то есть, рассматривать ситуацию – пусть даже лишь временно – глазами другого (других)” [8]. Становясь бредовым, пациент, однако, “не осознаёт данную потерю этой способности переступить пределы” текущего опыта [8]. К. Конрад поясняет: “Заимствуемый из древнегреческого языка, искусственный термин «апофения», описывает этот процесс повторно и монотонно воспринимаемых неправильных значений во всём окружающем поле восприятия (опыта), например, о пребывании в качестве объекта наблюдения, обсуждения, подслушивания, сопровождения незнакомцами” [10]. В упомянутом выше случае всюду, куда падал взгляд Карла Б., каждый “компонент его поля восприятия (опыта)”, кажется имеющим особое отношение к нему, например, “инструкции”, “приготовления”, и “инсценированность”. “Его «мир» становится преобразованным в ситуацию, определенно означающую его «проверку»” [8]. Как только апофения охватывает перцептивное поле, ни один аспект этого поля не остается незатронутым. Затем “всё становится заметно рельефным (отчетливым, выступающим). Больной часто интерпретирует ход событий так, как будто это делался фильм, или осуществлялась постановка театральной пьесы” [8].

Каждая стадия начинающейся шизофрении включает субъективную “перестройку значения” с представлением о сохранении “жизненных” («витальных») отношений субъекта с окружающей средой (опосредованных тем, что В. фон Вайцеккер, современник К. Конрада, описал как цикл действия восприятия) [8, 21, 30, 31].

К. Конрад считал, что “бредовая ошибочная идентификация” людей, симптом, отмечаемый при некоторых неврологических расстройствах, также возникает при начинающейся шизофре-

нии и уходит корнями в бредовое восприятие. Из числа 107 больных шизофренией К. Конрад [8] выделяет и описывает в своей монографии 17 случаев ошибочной идентификации. Большинство из них – “положительные” ошибочные идентификации, означающие, что чужой или незнакомый человек воспринимается как известный (“ошибочная знакомость”) [25]. К. Конрад описывает больного с начинающейся шизофренией, перед транспортировкой временно размещенного в гауптвахте. Будучи ранее плотником, пациент обнаруживает, что у двери, окон, полов и каркаса кровати в камере есть “знакомое” качество. Он внезапно видит, что плотником, сделавшим эти вещи, был он сам. Настолько знакомыми они выглядят. Их переместили из его старой мастерской. На подоконнике есть царапины, которые он сделал, когда был ребенком и покидал дом своего детства. Всё вращается вокруг больного (анастрофа). Специально подчеркнутое знакомое качество его собственного мастерства проявляется в каждом объекте, с которым он сталкивается в камере, и распространяется (с характером монотонного повторения) на всё его перцептивное поле (ошибочная знакомость как проявление бредовой ошибочной идентификации).

Продвигаясь в направлении интеграции, К. Конрад базирует своё феноменологическое исследование начинающейся шизофрении на психологической гештальт-концепции целостных свойств [20], его феноменологическом подходе к получающим лечение пациентам как полноправным участникам или соведущим клинического опроса [27], и его собственных наблюдениях за аномальными сознательными переживаниями, включая основанное на самонаблюдении исследование своих гипнагогических галлюцинаций [6, 7].

К. Конрад бросил вызов преобладающим европейским “классическим” представлениям (К. Jaspers, Н. Gruhle, К. Schneider) о том, что бредовые интерпретации восприятия располагаются в два ряда (яруса), то есть, неправильное значение придается сохраняющемуся ненарушенным восприятию без понятных оснований или причин [30]. Он предположил, что бред возникает скорее из “уже преобразованного восприятия гештальта”, при котором аффективные и выразительные (экспрессивные) “целостные” свойства гештальта становятся преувеличенными. Он отметил, например, что внимание как здоровых людей, так и бредовых больных приковано больше к выразительным (экспрессив-

ным) качествам объекта перцепции, тогда как объективные или существенные свойства объекта перцепции преуменьшаются. Например, во время ночной прогулки, я рассматриваю ствол дерева в качестве пригнувшегося грабителя [8]. Здесь преуменьшенная перцептивная структура усиливает преобладающее выразительно-физиогномическое качество гештальта. Физиогномическое сходство (между ослабленным восприятием ствола дерева и грабителем) становится более ясным (или отчетливым), чем обычно. В случаях бредовой ошибочной идентификации структурно-существенные свойства гештальта отступают на задний план, и больной полагается на физиогномически-выразительные качества. Таким образом, бредовая ошибочная идентификация людей или объектов – как в случае ошибочной идентификации бывшим плотником деревянных предметов в его камере – внедряется, или “вдаётся”, в бредовое восприятие. Больной воспринимает деталь лица незнакомца, например, шрам или кривой зуб, которые представляют “выразительное качество”, например, “суровость”. Однако, это не фактические шрам или зуб человека, с которым сталкиваются, а его “суровость”, которая позволяет больному бредовое ошибочно идентифицировать нового человека с неким предшествующим индивидуумом, который так же воспринимался как суровый, как, если бы являлся этим же самым человеком. При бредовом настроении физиогномическое сходство между существами, а не их “объективные” структурные или существенные гештальт-свойства определяют идентификацию этих существ в процессе бредового восприятия.

К. Конрад признавал сходство между бредовым настроением и тем, что обычно во время сна испытывает сновидящий. Объективный материальный гештальт приостановлен, и как здоровые, так и психотические индивидуумы полагаются на физиогномически-выразительные качества ограниченно воспринимаемого объекта. Этот процесс обеднения поля восприятия, который может возникать естественным образом, вызывается экспериментальной методикой, названной микрогенезом (microgenesis) [6, 7, 8, 14]. Когда здоровым индивидуумам демонстрируют объекты в условиях обедненного или ограниченного восприятия, они сообщают о подобных переживаниях. Микрогенез [6, 7, 8, 14] экспериментально разрывает или уменьшает объект восприятия посредством татископического (taticopic) предъявления (часто слишком кратковременного, чтобы быть сознательно пережи-

ваемым), слабого освещения поля восприятия, уменьшенного размера стимула либо предъявления объектов периферическому полю зрения, в процессе чего больные шизофренией (во времена К. Конрада) демонстрировали несостоятельность при решении поставленных задач [14]. Согласно К. Конраду, ограниченные условия предъявления стимула приводят у здоровых субъектов к ослаблению перцептивного объединения объекта и к ослабленному восприятию, которое похоже на бредовое, напоминающее сновидение, состояние пациента.

Ограничивание стимула либо прерывание восприятия уменьшают перцептивную сложность, которая обычно свойственна нашему повседневному опыту, относящемуся к целостным объектам. Это даёт возможность произойти “последовательности событий, ... предположительно возникающих во временной промежуток между предъявлением стимула и формированием единственного относительно устойчивого познавательного ответа (объекта перцепции или мысли) на этот стимул” [14].

На первой фазе микрогенетического эксперимента стимул предъявляется в наиболее ослабленном виде, то есть, как диффузный, недифференцированный либо неясный фон. “Что-то неопределённое” ощущается, но непосредственно не замечается. В следующей микрогенетической фазе стимул предъявляется при большем освещении и несколько большей татископической длительности и т.д. Изображения могут выделяться на определённом фоне, однако степень их нестабильности непрерывно колеблется. Физиогномически-выразительные качества продолжают преобладать над структурной артикуляцией фигур. Их примитивное дифференцирование то появляется, то исчезает снова. У субъекта присутствует тревожное чувство незавершённости, он уже ощущает себя застывшим на месте, неспособным отвести взгляд. Субъект не может волевым путём дистанцироваться, критически, с помощью разума исследовать данный опыт, и всё переносит, находясь в восприимчивой некритичной позиции. По мнению Конрада, эта фаза наиболее точно воспроизводит у здоровых бодрствующих субъектов переживания бредового больного либо сновидящего индивидуума.

В заключительной фазе микрогенетического эксперимента здоровый субъект внезапно узнаёт, с чувством облегчения и удивления, правильный гештальт. Бредовый же пациент остаётся приверженным значению предыдущей фазы

прикованного внимания. Этим отмечается стабильность, а иногда и относительное постоянство, потери способности изменить систему взглядов (то есть, состоятельности при проверке действительности), как если бы “субъект оказался неспособным, отказавшись от предшествующей пассивно-восприимчивой позиции, занять критическую позицию” [27]. В продвижении к насколько возможно более отчётливо сформированному (артикулированному), или завершённому, гештальту здоровый субъект, в конечном счёте, оказывается в состоянии “эмоционально отделяться” и испытывает чувство завершенности или закрытия. Однако, подобно сновидящему индивидууму, бредовой больной неспособен отделиться от неполного перцептивного значения или пре-гештальта (Vorgestalt) [6, 7, 8]. Интересно, и находится в соответствии с наблюдениями К. Конрада, то, что больные с бредом преследования набирают больше баллов, чем здоровые лица контрольной группы, по шкале потребности в закрытии [19]. Конрад характеризует параноидного бредового больного как пребывающего в “мире между пробуждением и сном”, “мире колеблющихся гештальтов, относительно которых, находясь в их пределах, поэт может сказать больше, чем психолог” [9].

Как указывает К. Конрад, феноменологические детали бредового настроения являются основой выявления его нейробиологических подкреплений [21]. S. Кариг [18] выдвинул идею о том, что допамин способствует “отчетливости” окружающих событий и образующихся в психике представлений о них. Можно определённо утверждать, что на невральном уровне плохо регулируемое, гипердопаминергическое состояние на познавательном-психическом уровне приводит к аномальному предоставлению отчетливости (или важности) аспектам чьих-либо переживаний. Согласно одной из точек зрения, бред является следствием познавательных усилий, прилагаемых больным для того, чтобы придать смысл этим неправильно выделенным восприятиям. Экспериментальные фармакологически вызванные психозы (с использованием препарата кетамин) моделируют связь между неадекватно усиленным восприятием, аномальным каузальным выводом и бредовой идеацией [11], причём похожая ассоциация отмечена у больных шизофренией с наличием активной психотической симптоматики [13, 26]. Антипсихотические средства угащают гипердопаминергическое подкрепление аномальной отчетливости и “обеспечивают платформу для разрешения психотичес-

ких симптомов” [18]. Однако, если лечение прерывается в течение достаточно длительного времени, аномальная нейробиохимия вновь разжигает и бредовое настроение, и познавательные проявления в форме психотического “рецидива” [12, 18].

В целом, можно сделать вывод о том, что работа К. Конрада из-за своей сложности и оригинальности создаёт ряд концептуальных и лингвистических проблем. К. Конрад чувствовал, что классическая психология и психопатология не обладают “словарём”, необходимым для описания феноменологии переживаний больного начинающейся шизофренией [8, 10]. Хотя его понятия и сложны, он пытался не скрываться во мраке тайного языка. К. Конрад, хотя и с извинениями, вводил новые термины потому, что чувствовал, что более ранняя работа не являлась адекватной с точки зрения передачи опыта пациента. Большое (n=267) ретроспективное исследование [15] модели стадий К. Конрада, включавшее как мужчин, так и женщин с большей возрастной разницей, чем достаточно однородная, состоявшая из мужчин-военнослужащих, выборка Конрада, обнаружило доказательства существования, главным образом, его первой стадии, бредового настроения (тремы), и, в некоторой степени, следующей стадии, апофенического психоза. Работа К. Конрада остается актуальной для нынешних исследователей и клиницистов в связи с его принципиальной приверженностью уважительному отношению к пациентам совместному исследованию вместе с ними их субъективных переживаний при продромальной и начинающейся шизофрении, а также – в связи с соблюдением правила насколько возможно близко находиться к тому, что пациенты пытались сообщить о своих переживаниях.

Таким образом, при формировании первичного бреда «озарение», знаменующее собой, после периода инкубации, этап его манифестации, кристаллизация бреда по И.М. Балинскому при его возникновении из бредового настроения могут быть сопоставлены с «ага-симптомами» К. Конрада, т.е. с тем убеждением, которое вначале возникает, а затем является ключевым фактором формирования бредовой системы, как при первичном бреде (за счёт экзогенных (основанных на фактах внешнего мира) и эндогенных (основанных на внутренних ощущениях) интерпретаций), так и, в ряде случаев, при вторичном бреде [1, 3]. Это подтверждает актуальность связанных с теорией восприятия гештальт-взглядов Конрада, несмотря на современное представле-

ние о том, что описанная им последовательность стадий бредовых переживаний не является неизменной [1]. В то же время, несмотря на различие механизмов нарушения мышления при бре-

де, непосредственной их причиной в случае истинного (первичного) бреда является эндогенно сформировавшаяся вера, которая стремится к интерпретативному «самоутверждению».

С.В.Тітєвський

АНАЛІЗ МЕХАНІЗМІВ УТВОРЕННЯ МАЯЧЕННЯ НА ОСНОВІ ПОГЛЯДІВ КЛАУСА КОНРАДА

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Основний внесок Клауса Конрада у феноменологію психозу пов'язаний з переживаннями хворого у продромальній і ранній психотичній фазах шизофренії. У даній статті аналізуються ідеї К. Конрада, особливо ті, що відносяться до ролі настрою та маячення на початку психозу, того, що лежить в основі його нейробіології, та робиться спроба дати оцінку механізмам утворення маячення. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 99-105).

S.V.Titievsky

THE ANALYSIS OF MECHANISM OF DELUSIONS' FORMATION ACCORDING TO KLAUS CONRAD'S APPROACH

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

Klaus Conrad's major contribution to the phenomenology of psychosis focused on the patient's experiences during the prodromal and early psychotic phases of schizophrenia. In this article Conrad's thoughts, especially as it pertains to the role of mood and delusions in beginning psychosis and its underlying neurobiology are analysed, and attempt to estimate the mechanisms of delusions' formation is undertaken. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 99-105).

Литература

1. Гельдер М., Гет Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии: Пер. с англ.: В 2 т. — К.: Сфера, 1999. — Т.1. — 300 с.
2. Ожегов С.И. Словарь русского языка / Под ред. Н.Ю. Шведовой. — 23 изд. — М.: «Русский язык», 1990. — 917 с.
3. Смулевич А.Б. Бред // Большая медицинская энциклопедия. — 3-е изд. — М.: «Сов. Энциклопедия», 1976. — Т. 3. — С. 373-377.
4. Тиганов А.С. Клиническая психопатология // Руководство по психиатрии: В 2 т. / Под ред. А.С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — Т. 1. — С. 27-78.
5. Berrios G.E. The History of Mental Symptoms. — Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1996.
6. Conrad K. Das Problem der Vorgestaltung // Das Unvollendete als Kuenstlerische Form. — Bern: Eisenwerth, 1959. — S. 35-45.
7. Conrad K. Das Unbewusste als phänomenologisches Problem // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1957. — Bd. 25. — S. 56-73.
8. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. — Stuttgart: Thieme Verlag, 1958.
9. Conrad K. Die symptomatischen Psychosen // Psychiatrie der Gegenwart / H.W. Gruhle, R. Jung, W. Mayer-Gross, W. Mueller (Hrsg.). — Berlin: Springer, 1960. — Bd. 2. — S. 369-436.
10. Conrad K. Gestaltanalyse und Daseinsanalytik // Nervenarzt. — 1959. — Bd. 30. — S. 405-410.
11. Corlett P.R., Honey G.D., Aitken M.R.F. et al. Frontal responses during learning predict vulnerability to the psychotogenic effects of ketamine: linking cognition, brain activity and psychosis // Arch. Gen. Psychiatry. — 2006. — Vol. 63. — P. 611-621.
12. Corlett P.R., Krystal J.K., Taylor J.R., Fletcher P.C. Why do delusions persist? // Front. Hum. Neurosci. 2009. — <http://www.frontiersin.org/humanneuroscience/paper/10.3389/neuro.09/012.2009/html>. Accessed November 11, 2009.
13. Corlett P.R., Murray G.K., Honey G.D. et al. Disrupted prediction-error signal in psychosis: evidence for an associative account of delusions // Brain. — 2007. — Vol. 130. — P. 2387-2400.
14. Flavell J.H., Draguns J.A. A microgenetic approach to perception and thought // Psychol. Bull. — 1957. — Vol. 54. — P. 197-217.
15. Hambrecht M., Hufner H. "Trema, Apophanie, Apokalypse" — Ist Conrads Phasenmodell empirisch begründbar? // Fortschr. Neurol. Psychiatr. — 1993. — Bd. 61. — S. 418-423.
16. Huber G. Psychiatrie. — 6 Aufl. — Stuttgart: Schattauer, 1999.
17. Jaspers K. General psychopathology. — 7th ed. — Manchester, UK: Manchester University Press, 1963.
18. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. — 2003. — Vol. 160. — P.13-23.
19. McKay R., Langdon R., Coltheart M. Jumping to delusions? Paranoia, probabilistic reasoning, and need for closure // Cognit. Neuropsychiatry. — 2007. — Vol. 12. — P. 362-376.
20. Metzger W. Psychologie. — Dresden: Steinkopff, 1975.
21. Mishara A. L. Klaus Conrad (1905–1961): Delusional Mood, Psychosis, and Beginning Schizophrenia // Schizophr. Bull. — 2010. — Vol. 36. — P. 9-13.
22. Mishara A.L. Is minimal self preserved in schizophrenia? A subcomponents view // Conscious Cogn. — 2007. — Vol. 16. — P. 715-721.
23. Mishara A.L. Kafka, paranoid doubles and the brain: hypnagogic vs. hyperreflexive models of disruption of self in neuropsychiatric disorders and anomalous conscious states // Philos. Ethics Humanit. Med. 2009. — <http://www.peh-med.com/>.
24. Mishara A.L. Missing links in phenomenological clinical neuroscience? Why we are still not there yet // Curr. Opin. Psychiatry. — 2007. — Vol. 60. — P. 559-569.
25. Motjabai R. Misidentification phenomena in German psychiatry: A historical review and comparison with the French/English approach // Hist. Psychiatry. — 1997. — Vol. 7. — P. 137-158.
26. Murray G.K., Corlett P.R., Clark L. et al. Substantia nigra/ventral tegmental reward prediction error disruption in psychosis // Mol. Psychiatry. — 2008. — Vol. 13. — P. 267-276.
27. Ploog D.W. Autobiographical sketch // Hist. Psychiatry. — 2002. — Vol. 13. — P. 358-360.
28. Ploog D.W. Klaus Conrad, 1905–1961 // Themes and Variations in European Psychiatry / S.R. Hirsch, M. Shepherd, editors. — Charlottesville, VA: University of Virginia Press. — 1974. — P. 239-240.
29. Schultze-Lutter F. Subjective symptoms of schizophrenia in research and the clinic: the basic symptom concept // Schizophr. Bull. — 2009. — Vol. 35. — P. 5-8.
30. Uhlhaas P.J., Mishara A.L. Perceptual anomalies in schizophrenia: integrating phenomenology and cognitive neuroscience // Schizophr. Bull. — 2007. — Vol. 33. — P. 142-156.
31. Weizsäcker V. von. Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen. — 4 Aufl. — Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1950.

Поступила в редакцию 29.09.2012

ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ

УДК: 616.89:001.4(09)

*А.В. Абрамов***ИСТОРИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В СЕРЕДИНЕ XIX ВЕКА**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: история медицины, клиническая терминология, психиатрия

Историю возникновения медицинских терминов в античный период можно проследить лишь по тем древним источникам, которые дошли до нашего времени. Первым из них считается «Гиппократов сборник», куда вошло более 100 сочинений на медицинские темы. Эти сочинения приписываются величайшему врачу Древней Греции Гиппократу (ок. 460 - ок. 377 гг. до н.э.), его ученикам и другим врачам-современникам. Некоторые медицинские термины той поры принадлежат философу Аристотелю (384 - 322 гг. до н.э.) [1].

Терминология современной медицины представляет собой одну из самых сложных терминологических систем. Общее количество медицинских терминов неизвестно – по оценкам специалистов, терминологический фонд современной медицины превышает 500 тысяч медицинских терминов. Если еще сто лет назад образованный врач хорошо ориентировался в современной ему терминологии, то в настоящее время овладеть несколькими сотнями тысяч медицинских терминов практически невозможно (историческая справка: в X веке существовала 1 тысяча медицинских терминов, в 1850 году – около 6 тысяч, в 1950 году – около 45 тысяч) [2].

Мы решили дать историческую справку о состоянии клинической терминологии в психиатрии, применявшейся в середине XIX века. За основу была взята книга Отто Рота Клиническая терминология. Технические названия и выражения, применяемые ныне в клинической медицине с объяснениями их значения и происхождения. – С.-Петербург 1898. – 648с. [3].

Всего в этой книге описано около 9 тысяч медицинских терминов. Из них к психиатрии можно отнести только 200-250, что составляет

чуть больше 2,5 процента. Это соотношение, по всей видимости, и определяет место науки о душевных болезнях среди других медицинских дисциплин в этот период. Для сравнения, толковый словарь психиатрических терминов (В.М. Блейхер, И.В. Крук, 1995) содержит около 3000 терминов [4].

Большая часть клинических терминов, относящихся к психиатрии, в середине XIX века относилась к категории описательного названия фобий: канцерофобия, зоофобия, агорафобия и т.п. Все эти термины в большей или меньшей степени применяются и в современной психиатрии и имеют такое же понятийное значение.

Значительно меньше в этом словаре терминов описывающих нозологические единицы. Однако, их описание дает почти полное представление о различных диагностических подходах к трактовке клинических проявлений психических расстройств того времени. Так, при толковании термина «психоз» автор приводит практически всю классификацию душевных заболеваний, кроме того, сравнивает два разных направления в мировой психиатрии того времени – немецкую и английскую школы:*

«Psychosis, Psychopathia, Phrenopathia, Alienatio mentis - душевная болезнь, умопомешательство.

У немецких авторов употребительна следующая классификация душевных болезней.

I. Угнетение (Status depressionis), Melancholia в широком смысле.

1. Hypochondria.

2. Melancholia в тесном смысле.

II. Возбуждение (Status exaltationis) мания в широком смысле.

1. Бешенство Delirium furibundum.

*Все цитаты здесь и дальше по тексту приведены со стилистикой и орфографией первоисточника. Для лучшего восприятия текста, буква «ять» опущена

2. Умопомешательство, Mania в тесном смысле.

III. Душевная слабость:

1. Сумасшествие:

а) Частное сумасшествие, Monomania или Paranoia,

б) Общее сумасшествие, безумие (Dementia) и глупость (Morla);

2. Последовательное слабоумие, окончательное слабоумие.

3. Врожденное слабоумие, Idiotismus и Kretinismus.

IV. Паралитическое слабоумие или общий паралич помешанных.

У англичан существует следующее деление.

I. Аффективное помешательство .

1. Маниакальное расстройство аффективной жизни.

2. Меланхолическое расположение духа без ложных мыслей, простая меланхолия.

3. Собственно нравственное помешательство.

С умопомешательством близко сродственны безумные темпераменты.

II. Ложные представления.

1. Общая ложная представления:

а) Mania

б) Melancholia

2. Частная ложная представления:

а) Monomania.

б) Melancholia.

3. Безумие первичное и последовательное.

4. Общий паралич помешанных.

5. Idiotismus.»

Другая категория терминов, на которую мы обратили внимание, - это термины которые существуют и применяются по настоящий момент, но в ходе научной эволюции приобрели более лаконичное смысловое значение которое отражает современные подходы в психиатрии:

«Dementia – слабоумие и безумие редко бывает первоначальным, напр., в виде ослабления ума при дряхлости (D. senilis вследствие обратного старческого развития мозга) и при болезнях мозга. Обыкновенно слабоумие является последовательно, как исход неизлечимой меланхолии или мании и называется общим помешательством; оно представляет общую психическую слабость, при которой более не преобладают поразительно известные ложные представления, а бывает только запутанная болтовня, постоянное повторение известных слов и т.п.

Hysteria – истерия встречается преимущественно, но не исключительно у женщин и пред-

ставляет общий невроз, который обнаруживается разными расстройствами чувствительности и движений, а также деятельности чувств и психики.»

Часть терминов носит устаревшее значение и в современной психиатрии не применяется:

«Animismus – учение, по которому душа единственная причина явлений в теле.

Apodemialgia – противоположность тоске по родине, желание покинуть родину и искать счастья на чужбине, усиливающееся от душевной болезни.

Manicome – больница для душевно-больных.

Vesanus – помешанный, сумасшедший.»

Некоторые психиатрические термины за 100-150 лет существования приобрели другое название при сохранении своего толкования. Так в «Pseudoamnesia – ложное воспоминание, при котором кажется, будто совершающееся когда то уже совершалось. У здоровых это бывает при утомлении, а у помешанных есть проявление психического расслабления» легко узнается феномен дежавю.

Из «Cirkularis или cyclicus (insania) - употребляется для обозначения умопомешательства, которое вызывается в течении всей жизни с постоянной и правильной сменой угнетения и возбуждения» скорее всего произошла циклотимия.

«Railway-spine - сочетание симптомов, бывающих и при других тяжелых потрясениях, но особенно при железнодорожных катастрофах. Эти симптомы являются часто по истечении нескольких дней и состоят из неопределенных психических и невротических явлений, под влиянием неизвестных процессов в головном и спинном мозгу» очень похож на параноид внешней обстановки или железнодорожный параноид.

Труднопроизносимый на русском языке термин «Zwangsvorstellung – непреодолимое направление умственной деятельности у невротиков (напр. считать на улице окна, делить номер извозчика на 13, предполагать, что встречающиеся на мосту бросятся в воду и т.п.)» трансформировался в навязчивые состояния.

Оказывается, уже в то время существовал термин, который в XXI веке можно использовать как девиз к ценностно-гуманистической модели психиатрической помощи в Украине: «No-restraint – без принуждения или ограничения, свободное лечение душевнобольных».

Таким образом, мы на примере одной книги, а вернее нескольких сотен психиатрических терминов из этой книги показали маленький кусо-

чек истории развития науки о душевных заболеваниях. Всего за какие-то 100-150 лет этот раздел медицины достиг огромного прогресса как в клинической терминологии так и в классификации психических заболеваний.

Терминология языка медицины это сконцентрированный опыт многовековой истории человеческой мысли и, доступное тем, кто ищет его, прилагая для этого большие усилия. При этом термин становился, по выражению П. Флоренского [5], границей, межой мысли, которою ок-

ружающий человека мир мыслился и осознавался людьми, профессионально занимавшихся врачеванием. Вероятно, поэтому истинные врачи были одновременно и философами. Достаточно для примера назвать Пифагора, Гиппократ, Эмпедокла, Аристотеля, Асклепиада, Галена, уделявших внимание врачебной этике и образу жизни. Ведь не зря канадский патофизиолог и эндокринолог Ганс Селье сказал, что исследовать в медицине – это видеть то, что видят все, и думать так, как не думает никто.

О.В. Абрамов

ІСТОРІЯ КЛІНІЧНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ В СЕРЕДИНІ ХІХ СТОЛІТТЯ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті автор проводить аналіз стану клінічної термінології в психіатрії, що застосовувалася в середині ХІХ століття. За основу була взята книга Отто Рота. Клінічна термінологія. Технічні назви і вирази, вживані нині в клінічній медицині з поясненнями їх значення і походження. - С.-Петербург 1898 р. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 4 (31). — С. 106-108).

A. V. Abramov

HISTORY CLINICAL PSYCHIATRYCAL TERMINOLOGY IN THE MIDDLE OF THE XIX CENTURY

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

In the article the author holds analysis condition klynycheskoy terminology in psyhyatryy, prymenyavsheysya in mid XIX century. The basis has been taken book Otto Roth. Clinical terminology. Tehnycheskye Destinacija and expression, prymenyaemye Now, in klynycheskoy medicine with obyasnenuyamy's value, and origin. - St. Petersburg 1898. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 4 (31). — P. 106-108).

Литература

1. Медицинская терминология <https://sites.google.com/site/istoriamed/medicinskaa-terminologia>

2. Латинский язык. Анатомическая номенклатура, фармацевтическая терминология и рецептура, клиническая терминология : учебно-методическое пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического и медико-диагностического факультетов / Д.К. Кондратьев [и др.]; под общ. ред. Д.К. Кондратьева – 2-е изд. – Гродно : ГрГМУ, 2009. – 416 с.

3. Рот Отто. Клиническая терминология. Технические названия и выражения, применяемые ныне в клинической медицине с объяснениями их значения и происхождения. – С.-Петербург 1898. – 648с.

4. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж. - 1995. - 640с.

5. Пособие по латинскому языку для студентов стоматологического факультета <http://do.gendocs.ru/docs/index-36406.html>

Поступила в редакцию 16.09.2012

К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий, **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ**, электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторений, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинко-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. Библиографическое описание оформляется в соответствии с ДСТУ ГОСТ 71:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання».

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, ул. Одинцова, 19. Донецкая областная клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии ДонНМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

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

сайт журнала: psychiatry.dsmu.edu.ua

Редколлегия журнала