

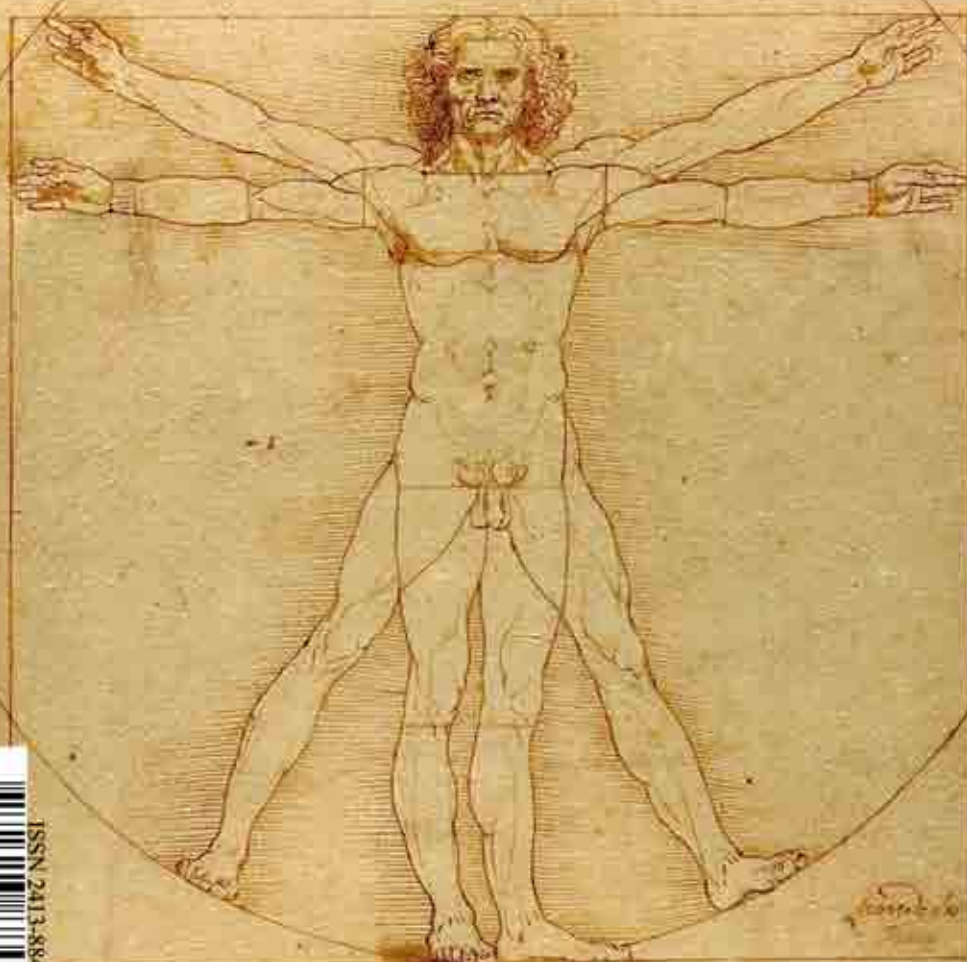
УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

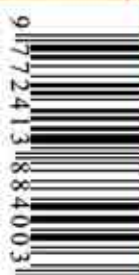
ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»
MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

N 1-2 (02) 2015



«Вітрувіанська людина (Homo Vitruviano)», Леонардо да Вінчі, 1490



ISSN 2413-8843

WWW.UJMH.ORG



Від природи...
... з любов'ю

vit E

олія
паростків
пшениці

500 мг

бджолине
маточне
молочко

1000
мг

порошок
часнику

100 мг

β -каротин
2500
МО

+ vit A

Голд Рей рекомендовано*:

- під час клімактеричного періоду
- безпліддя
- шкірні захворювання
- як допоміжний засіб при лікуванні хронічних захворювань
- для підвищення фізичних можливостей



комплекс біологічно-активних речовин

Краса – це надовго...

* **ГОЛД РЕЙ. Рекомендації до застосування.** Може бути рекомендована лікарем для використання в раціоні дієтичного харчування як додаткове джерело бета-каротину при наступних показаннях: стан втоми, зниження розумової і фізичної працездатності; відновлювальний період після інфекційних захворювань, оперативних втручань, травм, променевої та хіміотерапії; для підвищення фізичних можливостей (наприклад, у спортсменів); клімактеричний період; безпліддя; зниження потенції; незбалансоване харчування; дегенеративні захворювання суглобів; шкірні захворювання; порушення зору; як допоміжний засіб при лікуванні хронічних захворювань. Рекомендовано дотримуватись збалансованого раціону харчування, обмежувати споживання жирів, цукру, солодощів, алкоголю. **Застереження при споживанні.** Індивідуальна чутливість до компонентів, що входять до складу. Вагітним та жінкам, які годують груддю, необхідно обов'язково проконсультуватись у лікаря. Не рекомендується прийом препарату дітям віком до 12 років. Не слід перевищувати рекомендовані дози. Препарат не рекомендується приймати в другій половині дня. **Спосіб споживання.** Дорослим і дітям старше 12 років призначають по 1 капсулі один раз на добу під час або відразу після вживання їжі. Перед використанням рекомендована консультація лікаря. **Термін споживання.** 3 - 4 тижні. Подальший прийом та можливість повторних курсів узгоджувати з лікарем. Дієтична добавка. Не є лікарським засобом. Не містить ГМО. **Заявник.** «УОРЛД МЕДИЦИН», Великобританія. **Виробник.** «Седіко Фармасьютикал Ко», Єгипет. Висновок державної санітарно-епідеміологічної експертизи №05.03.02-03/37655 від 04.06.2010 р.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції щодо застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ “ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я, ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА”

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ

“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

N 1-2 (02) 2015

ISSN 2413-8843

Видання зареєстровано Державною

реєстраційною службою України 29.08.2014 р.

Св-во про реєстрацію: серія KB № 20924-10724ПР

Вид видання: журнал

Статус видання: вітчизняне

Мови видання: українська, російська, англійська
(змішаними мовами)

Вид видання за цільовим призначенням: медичне,
науково-практичне

Співзасновники та видавці:

Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО);

Всеукраїнська громадська організація «Українське
міждисциплінарне Товариство Чоловічого Здоров'я та Гендеру»;

Всеукраїнська громадська організація «Національна ліга
психотерапії, психосоматики та медичної психології України

Обсяг, періодичність: до 20 ум. друк. арк., 2 рази на рік

Тираж: 1000 прим.

Рекомендовано до друку вченою радою ХМАПО (протокол засідання № 6 від 22.06.2015 р.)

Підписано до друку 30.06.2015 р.

Передрукування дозволяється лише за згодою редакції.

Відповідальність за добір і викладення фактів несуть автори.

Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій.

За зміст та достовірність реклами несе відповідальність рекламодавець.

Адреса редакції: бул. Дружби народів, 3-А, Київ, 01033, Україна;

тел.: +380 (44) 254 49 86; сайт: www.ujmh.org; e-mail: zasseda@gmail.com

Віддруковано ТОВ «ДКС-центр»: м. Київ, пров. Куренівський 17, тел.: +380 (44) 537 14 34.

Св-во ДК № 3457 від 08.04.2009 р. Папір крейдований, друк офсетний, формат 64x80 1/16 ум.друк.арк.

Главный редактор: **Михайлов Борис Владимирович** д.м.н., проф.,
заслуженный деятель науки и техники Украины (ХМАПО)
Зам. главного редактора: **Заседа Юрий Игоревич** к.м.н.
Ответственный секретарь: **Бессмертный Александр Владимирович** к.психол.н.

Редакционная коллегия:

Болотная Л.А. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Бондаренко В.А. д.м.н.
Воронков Л.Г. д.м.н.
Дарий В.И. д.м.н., проф.
Зозуля И.С. д.м.н., проф.
Котенко О.Г. д.м.н.
Коваленко В.Н. д.м.н., проф.
Кришталь Е.В. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Линский И.В. д.м.н., проф.
Лучицкий Е.В. д.м.н., проф.
Лесовой В.Н. д.м.н., проф.
Маркова М.В. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Марута Н.А. д.м.н., проф.

Мишиев В.Д. д.м.н., проф.
Мищенко Т.С. д.м.н., проф.
Напреенко А.К. д.м.н., проф.
Подкорытов В.С. д.м.н., проф.
Ревенок А.А. д.м.н., проф.
Стаховский Э.А. д.м.н., проф.
Сосин И.К. д.м.н., проф.
Табачников С.И. д.м.н., проф.
Федоренко А.Е. д.м.н.
Хвисюк А.Н. д.м.н., проф. (ХМАПО)
Чабан О.С. д.м.н., проф.
Шевченко Н.Ф. д.психол.н., проф.

Председатель редакционного совета: **Чугунов Вадим Витальевич** д.м.н., проф.

Редакционный совет:

Аймедов К.В. д.м.н., проф. (Украина)
Билобровко Р.И. д.м.н., проф. (Украина)
Бильченко А.В. д.м.н., проф. (Украина)
Битенский В.С. д.м.н., проф.,
чл.-корр. НАМН Украины (Украина)
Волошин П.В. д.м.н., проф. (Украина)
Кожина А.М. д.м.н., проф. (Украина)
Курило В.А. д.м.н., доц. (Украина)
Марченко В.Г. д.м.н., проф. (Украина)
Москаленко В.Ф. д.м.н.,
проф. акад. НАМН Украины, (Украина)
Полищук Н.Е. д.м.н.,
проф. чл.-корр. НАМН Украины (Украина)
Пшук Н.Г. д.м.н., проф. (Украина)
Самохвалов В.П. д.м.н., проф. (Чехия)

Скрипников А.Н. д.м.н., проф. (Украина)
Тронько Н.Д. д.м.н., проф., акад. НАМН Украины,
член-корреспондент НАН Украины (Украина)
Федак Б.С. к.м.н., доц. (Украина)
Федотов В.П. д.м.н., проф. (Украина)
Фещенко Ю.И. д.м.н., проф.,
акад. НАМН Украины (Украина)
Хвисюк Н.И. д.м.н., проф. (Украина)
Шестопалова Л.Ф. д.психол.н., проф. (Украина)
M. Bullinger PhD, Prof. (Germany)
M. Dabkowski MD, PhD (Poland)
G.J. Moller MD, Prof. (Germany)
N. Sartorius MD, Prof. (Switzerland)
A. Semihodskiy PhD (UK)
D. Wasserman MD, Prof. (Netherlands)

Рецензенты по специальностям:

Сексология: Кришталь Е.В., Маркова М.В., Чугунов В.В.
Психиатрия: Марута Н.А., Мишиев В.Д., Михайлов Б.В., Подкорытов В.С., Ревенок А.А., Чугунов В.В.
Психотерапия: Михайлов Б.В., Чабан О.С., Чугунов В.В.
Общая и медицинская психология: Кришталь Е.В., Маркова М.В., Михайлов Б.В., Шевченко Н.Ф.
Наркология: Линский И.В., Сосин И.К., Табачников С.И.
Эндокринология: Бондаренко В.А., Лучицкий Е.В.
Кардиология: Воронков Л.Г., Коваленко В.Н.
Урология и андрология: Лисовой В.Н., Лучицкий Е.В., Стаховский Э.А.
Дерматовенерология: Болотная Л.А., Федоренко А.Е., Федотов В.П.
Неврология: Дарий В.И., Зозуля И.С., Мищенко Т.С.

Техническое обеспечение: **Дидук Б.Б.** Компьютерная верстка и дизайн: **Кравец Ю.С.**

ОБЩИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ

Михайлов Б. В. ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ.....	5
---	---

УРОЛОГИЯ И АНДРОЛОГИЯ

Маркова М. В., Кожина Г. М., Кришталь Є. В., Вербовий П. П. КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ПРИ БЕЗПЛІДДІ У ЧОЛОВІКА.....	11
---	----

СЕКСОЛОГИЯ

Самохвалов В. П. ПРОБЛЕМЫ МНОЖЕСТВЕННОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ: ГЕРМЕНЕВТИКА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Л.	19
--	----

ПСИХИАТРИЯ

Бежук Ю. М. ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНИЙ РОЗЛАД.....	26
Кожина Г. М., Маркова М. В., Полякова О. В. ПСИХООСВІТНЯ ПРОГРАМА В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ.....	30
Михайлов Б. В. КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНО-ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ.....	37
Кудинова Е. И. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ.....	45
Філатова О. А. ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК-БІЖЕНОК З ЗОНИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ.....	53
Чугунов В. В. ГЕНЕЗ, КОМОРБИДНОСТЬ, ПАТОПЛАСТИКА И ФОН ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.....	57

ПСИХОТЕРАПИЯ

Заседа Ю. И., Городокин А. Д. СЕЛЕКЦИЯ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ.....	66
Федак Б. С. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ.....	72

НАРКОЛОГИЯ

Аймедов К. В., Возний Д. В. ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІКІВ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ.....	76
Аймедов К. В., Рябухін К. В. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ.....	81
Гапонов К. Д. НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ З УРАХУВАННЯМ ЇЇ ПАТОМОРФОЗУ ЯК ВІДПОВІДЬ НА ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ.....	85
Харченко Є. М., Синіцька Т. В., Чернишов О. В. ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРУ ХІМІЧНОЇ ТА НЕХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ.....	92

МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Безсмертний О. В. ВИКОРИСТАННЯ АВТОБІОГРАФІЧНОЇ ПАМ'ЯТІ ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, В ЇХ КОМПЛЕКСНОМУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОМУ СУПРОВІДІ.....	97
Мерліч С. В., Лебіга Л. П. ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ.....	108
ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ, ЩО НАДАЮТЬСЯ АВТОРАМИ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ.....	113

SUMMARY

GENERAL ISSUES AND ARRANGEMENTS
B. V. Mykhaylov DEVELOPMENT PROSPECTS PSYCHOTHERAPY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY IN UKRAINE IN THE REFORM OF MEDICAL INDUSTRY 5

UROLOGY AND ANDROLOGY
Markova M. V., Krishtal E.V., Verbovoy P. P., Kozhina A. M.
CLINICAL MANIFESTATIONS, MECHANISM OF FORMATION
AND FAMILY LIFE PSYCHOCORRECTION VIOLATIONS INFERTILITY IN MEN..... 11

SEXOLOGY
Samohvalov V. P. PROBLEMS OF MULTIPLE SEXUAL ORIENTATION:
HERMENEUTICS CLINICAL CASE OF L. 19

PSYCHIATRY
Bezhuk Y. M. FEATURES AFFECTIVE SPHERE PATIENTS SOMATISING DISORDERS..... 26
Kozhyna A. M., Polyakova A. V., Markova M. V. PSYHO EDUCATION
OF REHABILITATION PROGRAM IN MEN WITH EPILEPSY..... 30
Mykhaylov B. V. CLINIC AND THERAPY OF MENTAL
AND BEHAVIOR DISTURBANCES OF EXTREME-PSYCHOGENIC ORIGIN..... 37
Kudinova O. I. SOMATOFORM DISORDERS: CLINIC, DIAGNOSTIC, PRINCIPLES OF THERAPY..... 45
Filatova O. A. PSYCHOGENIC DISORDERS IN WOMEN REFUGEE
FROM ZONE ANTITERRORIST OPERATION..... 53
Chugunov V. V. GENESIS, KOMORBIDITY, PATOPLASTIC AND BACKGROUND MENTAL DISEASES..... 57

PSYCHOTHERAPY
Zaseda Y. I., Gorodokin A. D. SELECTION OF METHODOICAL
MAINTENANCE OF PSYCHOSOMATIC ILLNESS PSYCHOTHERAPY
BASED ON CLINICALLY-PSYCHOPHENOMENOLOGICAL SEARCH..... 66
Fedak B. S. PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF MENTAL SPHERE
DISTURBANCES AMONG PATIENTS WITH ACUTE MEDICAL CONDITIONS..... 72

ADDICTION MEDICINE
Aymedov K. V., Vozniy D. V. PERSONAL ESPECIALLY MEN,ARE DEPENDENT ON ALCOHOL..... 76
Aymedov K. V., Riabukhin K. V. PSYCHOLOGICAL FEATURES OF WOMEN
SUFFERING ALCOHOL ADDICTION..... 81
Gaponov K. D. NEW APPROACHES TO TREATMENT OF ALCOHOL
DEPENDENCE IN VIEW OF ITS PATHOMORPHOSIS RESPONSE TO MODERN CHALLENGES..... 85
Kharchenko E. N., Sinitskaya T. V., Chernyshev A. V.
CHARACTER STUDY OF CHEMICAL AND NONCHEMICAL ADDICTIVE BEHAVIOR
IN ADOLESCENTS WITH THE NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS..... 92

MEDICAL PSYCHOLOGY
Bessmertniy A. V. USING AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY MEN, SUFFERIND
PARANOID SCHIZOPHRENIA, IN THEIR INTEGRATED PSYCHOSOCIAL SUPPORT..... 97
Merlych S. V., Lebyha L. P. INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS
HAVE TRANSFERRED PROMPTLY AND INTERVENTION ON THE FORMATION INTESTINAL STOM..... 108
REQUIREMENTS FOR DOCUMENTING RESEARCH ARTICLES
GIVEN BY AUTHORS FOR PUBLICATION..... 113

Б. В. Михайлов,

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра психотерапії, Харків, Україна.

B. V. Mykhaylov,

Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy, Kharkov, Ukraine.

ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНІ В УМОВАХ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В УКРАИНЕ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОТРАСЛИ

DEVELOPMENT PROSPECTS PSYCHOTHERAPY AND MEDICAL PSYCHOLOGY IN UKRAINE IN THE REFORM OF MEDICAL INDUSTRY

УДК 616.89

Статья поступила в редакцию 15.05.2015

Резюме

Представлено актуальний стан та перспективи розвитку психотерапії і медичної психології в Україні з урахуванням сучасних соціально-політичних обставин, умов реформування медичної галузі. Відображено головні законодавчі документи з реалізації психотерапевтичної й медико-психологічної допомоги з радянських часів по сьогодні. Підкреслено основні спрямування роботи фахівців, які мають право застосовувати методи психотерапевтичного й психокорекційного впливу. Окрему увагу приділено стратегіям допомоги учасникам анти-терористичної операції.

Ключові слова

психотерапія, медична психологія, Україна, медицина, діюче законодавство, перспективи розвитку.

Резюме

Представлено актуальное состояние и перспективы развития психотерапии и медицинской психологии в Украине с учётом современных социально-политических обстоятельств, условий реформирования медицинской отрасли. Отображены главные законодательные документы по реализации психотерапевтической и медико-психологической помощи с советских времен по сей день. Подчеркнуто основные направления работы специалистов, которые имеют право применять методы психотерапевтического и психокоррекционного воздействия. Особое внимание уделено стратегиям помощи участникам антитеррористической операции.

Ключевые слова

психотерапия, медицинская психология, Украина, медицина, действующее законодательство, перспективы развития.

Resume

Presented by the current state and prospects of development of psychotherapy and medical psychology in Ukraine, taking into account the current social and political circumstances, the conditions of reforming the healthcare industry. Showing the main legislative instruments for the

implementation of psychotherapeutic and medical and psychological assistance from the Soviet era to the present day. It highlights the main areas of work of professionals who have the right to apply the methods of psychotherapy and psychocorrection impact. Particular attention is paid to strategies for assistance to participants of the antiterrorist operation.

Keywords

psychotherapy, medical psychology, Ukraine, medicine, current legislation, the prospects for development.

На сьогодні в Україні склалася ситуація, що обумовлює суттєве підвищення значущості медико-психологічної і психотерапевтичної служби в системі охорони здоров'я України.

Основними системоутворюючими факторами цього є наступні:

1. Психогенії і фактори невротизації.
2. Зміни структури захворюваності.
3. Ригідність професійних доктрин і організаційних форм надання медичної допомоги населенню.
4. Розвиток уявлень про психосоматичні і соматопсихічні кореляти.
5. «Внутрішні» тенденції розвитку самої психотерапії.
6. Ресоціалізація хворих як кінцева мета лікувального процесу.

Психогенії і фактори невротизації населення України мають ряд специфічних особливостей:

- соціально-політична нестабільність суспільства;
- економічна й ідеологічна нестабільність суспільства;
- втрата населенням старих орієнтирів і відсутність нових;
- орієнтація на релігійно-містичні, окультні і паранаукові системи;
- зростання кількості техногенних і природних катастроф;
- розгортання на теренах України бойових дій.

Зміни структури захворюваності відбуваються за наступними напрямками:

- розвиток психогенно-невротичних захворювань;
- поширення психосоматичних захворювань;
- більш ранні і злоякісні дебюти ендегенних психозів;
- виникнення масових порушень психіки і поведінки релігійно-містичного й окультного змісту у вигляді пасивно-оборонних і агресивно-деструктивних форм.

У 2005 році на нараді ВООЗ в Гельсінкі Україна приєдналася до Європейської декларації охорони психічного здоров'я і Європейського плану дій [1]. Важливим є і необхідність приведення функціонування психотерапевтичної і медико-психологічної служби України до європейських і світових стандартів.

Європейським планом дій з охорони психічного здоров'я передбачено [2]:

«Забезпечити надання послуг у галузі охорони психічного здоров'я з урахуванням вікових та гендерних особливостей службами первинної медико-санітарної допомоги та спеціалізованими установами, що функціонують у рамках єдиної мережі .

Забезпечити доступ до психотропних препаратів і простим психотерапевтичним процедурам на рівні первинної медико-санітарної допомоги при найбільш поширених, а також важких психічних розладах, особливо щодо осіб з тривалими і стабільними психічними розладами, які проживають в даній громаді.

Надавати за місцем проживання комплексну та ефективну лікувальну допомогу (включаючи психотерапію та медикаментозне лікування) з найменшими побічними ефектами, особливо коли мова йде про молодих людей, у яких вперше розвилася проблема психічного здоров'я».

В цьому сенсі істотно зростає роль психотерапії і медичної психології, як в загальній системі надання медичної допомоги населенню, так і у її спеціалізованій ланці – соціально-орієнтованій психіатричній допомозі. В структурі загальносоматичної мережі психокорекція та психотерапія повинні застосовуватися як основний метод у лікуванні таких розповсюджених патологічних станів як психосоматичні захворювання, невротичні і депресивні розлади, які перебігають під «маскою» соматичних захворювань.

В спеціалізованій психіатричній мережі психокорекція і психотерапія є єдиними засобами психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади для відновлення рівня їх соціального функціонування і підвищення якості життя.

Становлення психотерапевтичної служби в Україні, як і у колишньому СРСР в цілому, розпочалося з відкриття у 1962 року першої в світі кафедри психотерапії в Українському інституті удосконалення лікарів (зараз ХМАПО). Згідно Наказу МОЗ СРСР №750 від 31.05.1985 року [3] психотерапія була включена як самостійна галузь медицини до номенклатури лікарських спеціальностей.

В теперішній час в Україні психотерапія і медична психологія відносяться до медичних спеціальностей. Як відповідні медичні спеціальності «Психотерапія» і «Медична психологія» містяться у «Номенклатурі лікарських спеціальностей», затвердженій Наказом МОЗ України від 19.12.1997 року №359, а посада «лікар-психолог» введена Наказом МОЗ України від 19.12.1997 року №360. Підготовка кадрів психотерапевтів проводиться шляхом спеціалізації за фахом «Психотерапія» осіб, які у порядку передбаченому Наказом МОЗ від 25.12.1992 року №195 [4] допущені до лікарської діяльності за програмою, розробленою авторським колективом під керівництвом кафедри психотерапії ХМАПО, затвердженою МОЗ України. Після закінчення курсів спеціалізації проводиться атестація з присвоєнням кваліфікації «лікар-спеціаліст» за означеною спеціальністю (Наказ МОЗ від 19.12.1997 року №359).

Спеціальність «Медична психологія» була введена до переліку напрямів і спеціальностей, за якими здійснюється підготовка фахівців у вищих навчальних закладах за відповідними освітньо-кваліфікаційними рівнями, постановою КМ України від 24.06.1997 року. Наказами МОЗ України від 19.12.1997 року №359 «Про подальше вдосконалення атестації лікарів» [5] та №360 «Про внесення доповнень до Переліку лікарських посад у закладах охорони здоров'я» були введені спеціальність «Медична психологія» та лікарська посада «лікар-психолог».

Спеціалізація з медичної психології осіб з базовою психологічною освітою у медичних закладах та факультетах післядипломної освіти в Україні скасована, натомість введена підготовка лікарів-психологів, яку здійснюють три вищих медичних навчальних заклади: Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця, Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, Буковинський державний медичний університет.

Спеціальність «Медична психологія» внесена до переліку первинних спеціалізацій в інтернатурі згідно з Наказом МОЗ України від 23.02.2005 року №81 (термін навчання становить 1 рік) [6]. Відповідно до наказу МОЗ України від 24.04.2008 року №230 «Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 07.12.1998 року №346» можливість проходження спеціалізації з «медичної психології» передбачена для лікарів, які закінчили інтернатуру за однією зі спеціальностей «лікувальна справа» або «педіатрія» [9].

Наказом МОЗ України від 12.03.2008 року №122 «Про внесення змін до Наказу МОЗ України від 23.02.2000 року №33» передбачено у всіх додатках Наказу назву посади «психолог» замінити на назву «лікар-психолог» або «практичний психолог» в залежності від профілю закладу та його функцій [7].

Діяльність психотерапевтів, лікарів-психологів, практичних психологів регламентується Наказом МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. №199 зареєстрований Міністерством юстиції за №577/15268 від 03.07.2008 р., який визначає сферу їх компетенції, а саме [8]:

«6.1. Обсяг застосування методів психологічного впливу як професійної діяльності психолога в лікувально-профілактичних закладах: визначення, корекція, реабілітація, профілактика порушень взаємин з оточуючим соціальним середовищем людини (соціально-психологічна корекція, профілактика, реабілітація); психологічне забезпечення навчально-виховного процесу (визначення психофізичного розвитку дітей, психолого-педагогічна корекція, профілактика, реабілітація).

6.2. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психолога: діагностика, корекція психічного стану людини, її особистості, реабілітація, профілактика психічних розладів (медико-психологічна діагностика, корекція, профілактика, реабілітація).

6.3. Обсяг застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу як професійної діяльності лікаря-психотерапевта: діагностика, лікування, профілактика, реабілітація розладів психіки і

поведінки, кризових станів, соматичних розладів, в походженні яких провідним чинником є психологічний».

«5. Особи, які можуть застосовувати методи психологічного і психотерапевтичного впливу як професійну діяльність:

5.1. Психолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Психологія» (магістр, спеціаліст).

5.2. Лікар-психолог – фахівець, який має повну вищу освіту (магістр, спеціаліст,) за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «медична психологія».

5.3. Лікар-психотерапевт – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психотерапія».

5.4. Лікар-психіатр – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «психіатрія».

5.5. Лікар-нарколог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «наркологія».

5.6. Лікар-сексолог – фахівець, який має повну вищу освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціалізацію за фахом «сексологія».

В умовах реформування галузі охорони здоров'я має бути передбачений рівневий принцип організації допомоги.

В загальносоматичній мережі.

На первинному рівні – має бути проведена підготовка лікарів загальної практики – сімейної медицини навичкам скринінгового виявлення хворих на невротичні і соматоформні розлади, психосоматичні розлади з психоемоційними порушеннями для направлення в лікувально-профілактичні заклади вторинного рівня.

На вторинному рівні:

- лікарня інтенсивного лікування - має бути створений кабінет лікаря-психолога / практичного психолога; контингент – хворі на гострі соматичні стани, у яких сформувалися вторинні психічні розлади – гострі реакції на стрес, депресивні, невротичні стани тощо.
- лікарня планового лікування – має бути створено психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога/практичного-психолога; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання тощо.
- лікарня відновного лікування – мають бути створені психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного-психолога; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання тощо;
- багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування – має бути створений кабінет лікаря-психолога/практичного-психолога; контингент – невротичні розлади дитячого віку.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на вторинному рівні:

1. раціональної психотерапії;
2. сімейної психотерапії;
3. сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
4. тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);
5. арт-терапії.

Лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5 можуть залучатися практичні психологи.

На третинному рівні:

- обласна лікарня (обласна дитяча лікарня) – мають бути створені психосоматичне відділення, психотерапевтичне відділення; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися комор-

бідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання;

– медико-психологічний центр – мають бути створені психотерапевтичні відділення, кабінети лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного-психолога. Контингент – хворі на розлади психіки і поведінки за виключенням гострих психотичних станів, хворі на вегето-судинну дистонію, психосоматичні захворювання.

– клініки науково-дослідних інститутів – мають бути створені психотерапевтичне відділення, кабінет лікаря-психотерапевта, лікаря-психолога / практичного-психолога; контингент – хворі на соматичні захворювання, у яких сформувалися коморбідні стани у вигляді невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів, вегето-судинної дистонії, психосоматичні захворювання.

Мають бути створені кабінети лікаря-психолога, практичного психолога, кабінет лікаря-психотерапевта.

Методи, які вживають лікарі-психотерапевти і лікарі-психологи на третинному рівні:

1. раціональної психотерапії;
2. сімейної психотерапії;
3. сугестивної (ауто- та гетеро-) психотерапії;
4. тренінги психосоціальної реабілітації (тренінг позитивного самосприйняття та впевненої поведінки, комунікативний тренінг, рішення проблем міжособистісної взаємодії, когнітивних функцій та інші);
5. арт-терапії;
6. когнітивно-біхевіоральної психотерапії;
7. психотерапії психодинамічного напрямку;
8. групової психотерапії як засобу комплексного особистісно-орієнтованого впливу.

До реалізації методів, перелічених в п.п. 1, 2, 4, 5, 6, 8 можуть залучатися практичні психологи. Лікарі також використовують сполучену фармакотерапію – атипові нейролептики, антидепресанти, транквілізатори.

Спеціалізована психіатрична допомога.

Обласна психіатрична (психоневрологічна) лікарня. Контингент – хворі на гострі розлади психіки і поведінки.

Така організація допоможе суттєво підвищити рівень і якість надання медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги населенню України.

В сучасних умовах в Україні є значний контингент учасників бойових дій в зоні АТО, який потребує надання системної комплексної психіатричної, психотерапевтичної медико-психологічної допомоги.

Президент і Уряд України прийняли низку законодавчих актів для оптимізації медико-психологічної реабілітації учасників АТО [10, 11].

Психогенні розлади психіки та поведінки у них займають особливе місце у зв'язку з тим, що одночасно виникають у більшій кількості людей в умовах надзвичайної ситуації (НС).

Психогенні розлади, які спостерігаються під час і безпосередньо після НС, об'єднують в 4 групи – патологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психози. У віддаленому періоді у постраждалих внаслідок НС розвиваються розлади психіки у вигляді посттравматичних стресових розладів (ПТСР) – F43.1 або хронічних змін особистості внаслідок перенесеної катастрофи (F62.0).

Екстрена медико-психологічна допомога при ЧС. Головними принципами є: невідкладність, наближеність до місця подій, очікування, що нормальний стан відновиться, єдність і простота психологічного впливу.

Екстрена медико-психологічна допомога при надзвичайних ситуаціях проводиться на засадах кризового втручання.

Техніка кризового втручання. Кризове втручання визначається як екстрена та невідкладна медико-психологічна швидка допомога, спрямована на повернення постраждалого до адаптивного рівня функціонування, запобігання психопатології, зниження негативного впливу травматичної події.

Медико-психологічний супровід.

Метою медико-психологічних втручань є профілактика (вторинна і третинна) психічної дезадаптації,

психічних і психосоматичних захворювань. У цих випадках поряд з усуненням додаткових травмуючих впливів мають використовуватися психокорекція, когнітивно-поведінкова та інші види психотерапії. Для того, щоб людина вийшла з пасивної ролі жертви, необхідно відновити у неї почуття власної активності, контролю над ситуацією. Завданням психотерапевтичної допомоги є підтримка, опрацювання травмуючого матеріалу, переоцінка кризової ситуації, зміна світосприйняття, підвищення самооцінки, вироблення реалістичної перспективи та активної життєвої позиції. Важливо повернути постраждалому почуття компетентності за рахунок спогадів про подолання важких ситуацій і проектування майбутнього, в якому можна використовувати вдалий минулий досвід. При цьому фахівцю потрібно відстежувати можливі суїцидальні тенденції і афективні реакції.

При невротичних станах основною метою лікування є купірування тривожної напруги й страху, пристосування людини до життя і діяльності в умовах психогенії, що продовжується. Для цього використовують транквілізатори, антидепресанти з універсальною заспокійливою дією і психотерапію. Найбільш ефективним психотерапевтичним методом в цих випадках є когнітивна психотерапія.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Європейська декларація «Про підтримку дітей і молодих людей із психічними проблемами та їх родин» (Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я «Проблеми і шляхи їх вирішення». Гельсінкі, Фінляндія, 12 – 15 січня 2005 р.)
2. Європейський план дій по охороні психічного здоров'я (Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я «Проблеми і шляхи їх вирішення». Гельсінкі, Фінляндія, 12 – 15 січня 2005р.)
3. Наказ МОЗ СРСР від 31.05.1985 року №750 «Про подальше удосконалення психотерапевтичної допомоги населенню».
4. Наказ МОЗ від 25.12.1992 року №195 «Про затвердження Переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю».
5. Наказ МОЗ України від 19.12.1997 року №359 «Про подальше удосконалення атестації лікарів».
6. Наказ МОЗ України від 23.02.2005 року №81 «Про затвердження Переліку спеціальностей та строки навчання в інтернаті випускників медичних і фармацевтичних вищих навчальних закладів, медичних факультетів університетів».
7. Наказ МОЗ України від 12.03.2008 року №122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 року №33».
8. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» від 15.04.2008 р. №199 зареєстрований Міністерством юстиції за № 577/15268 від 03.07.2008 р.
9. Наказ МОЗ України від 24.04.2008 року №230 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 07.12.1998 року №346».
10. Наказ Президента України №150/2015 від 18.03.2015 «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників антитерористичної операції».
11. Розпорядження Кабінету Міністрів №359-р від 31 березня 2015 р. «Про затвердження плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції».

М. В. Маркова, Є. В. Кришталь, П. П. Вербовий,
Харківська медична академія післядипломної освіти,
кафедра сексології та медичної психології, Харків, Україна.

Г. М. Кожина,
Харківський національний медичний університет,
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харків, Україна.

M. V. Markova, E. V. Krishtal, P. P. Verbovoy,
Kharkov Medical academy of postgraduate education,
department of medical sexology is the psychology, Kharkov, Ukraine.

A. M. Kozhina,
Kharkov national medical university,
department of psychiatry, narcology and medical psychology, Kharkov, Ukraine.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ СІМ'Ї ПРИ БЕЗПЛІДІ У ЧОЛОВІКА

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ И ПСИХОКОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕМЬИ ПРИ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИНЫ

CLINICAL MANIFESTATIONS, MECHANISM OF FORMATION AND FAMILY LIFE PSYCHOCORRECTION VIOLATIONS INFERTILITY IN MEN

УДК 616.89:159.923:173.7:616.697

Статья поступила в редакцию 15.05.2015

Резюме

Основу роботи склали дані комплексного дослідження 180 подружніх пар, в яких у чоловіків встановлено діагноз екскреторно-токсичного безпліддя, серед яких у 90 подружжів мали місце ознаки ПЖС (основна група), у інших 90 пар – ні (група порівняння).

В результаті роботи проаналізовано феномен ПЖС при безплідді у чоловіків, виділено його психоемоційну, сексуальну, психологічну і подружню закономірності формування, охарактеризовано фази розвитку і прогресування: від фази заперечення і роздратування – дезінтеграції сімейної системи, через фазу відсторонення і розчарування – деформації сімейної системи, до фази байдужості і ігнорування – деструкції сімейної системи.

Запропоновано принципи психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, сформульовано загальні правила й умови її реалізації; визначені базові засоби (когнітивно-поведінкова, групова, сімейна, персоналістична терапія, психоосвіта), основні завдання (формування усвідомленої мотивації на включення у психокорекційний процес і наступну участь у ньому; дезактуалізація та нівеляція порушень психоемоційної сфери; корекція дезадаптивних особистісних конструктів; відновлення нормальних сексуальних стосунків, реорганізація середовища родинного проживання, корекція подружніх взаємин; створення в родині «психотерапевтичного середовища»; усвідомлення й прийняття реальної життєвої перспективи), а також шляхи їх досягнення.

Ключові слова

порушення життєдіяльності сім'ї; безпліддя у чоловіків, психокорекція.

Резюме

Основу работы составили данные комплексного исследования 180 супружеских пар, в которых у мужчин был установлен диагноз экскреторно-токсического бесплодия, среди которых у 90 супругов имели место признаки ПЖС (основная группа), в остальных 90 пар – нет (группа сравнения).

В результате работы проанализирован феномен ПЖС при бесплодии у мужчин, выделены его психоэмоциональная, сексуальная, психологическая и супружеская закономерности формирования, охарактеризованы фазы развития и прогрессирования: от фазы отрицания и раздражения – дезинтеграции семейной системы, через фазу отстранения и разочарования – деформации семейной системы, к фазе равнодушия и игнорирования – деструкции семейной системы.

Предложены принципы психокоррекции ПЖС при бесплодии мужчин, сформулированы общие правила и условия её реализации; определены базовые средства (когнитивно-поведенческая, групповая, семейная, персоналистическая терапия, психообразование), основные задачи (формирование осознанной мотивации на включение в психокоррекционный процесс и последующее участие в нем; дезактуализация и нивелирование нарушений психоэмоциональной сферы; коррекция дезадаптивных личностных конструктов, восстановление нормальных сексуальных отношений, реорганизация среды семейного проживания, коррекция супружеских взаимоотношений, создание в семье «психотерапевтической среды»; осознание и принятие реальной жизненной перспективы), а также пути их достижения.

Ключевые слова

нарушение жизнедеятельности семьи, бесплодие у мужчин, психокоррекция.

Resume

The basis of data made a comprehensive study of 180 couples in which men diagnosed excretory-toxic infertility, among which 90 couples took place signs violations (study group), the other 90 pairs – not (comparison group).

As a result of analysis of the phenomenon violations with infertility in men, highlighted his psycho-emotional, sexual, psychological and marital laws of formation, described the development and progression phases: the phase of denial and anger - the disintegration of the family system (76,7% SG 1, 50% SG2 and 13 3% SG 3) through a phase of removal and frustration – strain the family system (16,7% SG 1, 33,3% SG 2 and 23,3% SG 3), the phase of indifference and neglect – the destruction of the family system (6,7% SG 1, 16,7% SG 2 and 63,3% SG 3).

Principles correction VFL with infertility in men formulated the general terms and conditions of sale; by basic tools (cognitive-behavioral, group, family, personality therapy psychoeducation), based tasks (conscious motivation for inclusion in psychological correction process and subsequent participation in it; dis-leveling and psycho-emotional disorders scope, correction of maladaptive personality constructs, restoration of normal sexual relationships, family environment reorganization of residence, marital

relationships correction, creating a family «psychotherapeutic environment», awareness and acceptance of real life perspective) and ways to achieve them.

Keywords

of family life, men infertility, psychological correction.

Демографічна ситуація в Україні в останні роки є надзвичайно складною: смертність переважає над народжуваністю, населення України скорочується (за даними офіційної статистики на 25 000 чоловік на місяць), а в даний час кількість зареєстрованих українців становить менше 46 мільйонів. У цих умовах профілактика і лікування порушень репродуктивного здоров'я набуває особливої соціальної цінності [1, 2].

На сьогодні в світі все більше уваги привертається до різноманітності проблем, пов'язаних з безпліддям: частота безплідних шлюбів у світі становить близько 15%, причому в країнах Європейського Союзу – 10,9%, в США – 14,2%; в Україні на безпліддя страждають до 20% подружніх пар (ПП), з загальної кількості яких приблизно половина приходить на випадки чоловічого безпліддя [3 – 7]. В багатьох випадках причиною безпліддя стають запальні захворювання чоловічої статеві сфери [8 – 13].

Наявність репродуктивних розладів у чоловіка почасти супроводжується порушеннями взаємодії в родині, що може зачіпати декілька рівнів її функціонування, насамперед, сексуальний, міжособистісний, подружній та ін. [14 – 20]. Між тим, цей факт практично не враховується вузькими спеціалістами, які надають спеціалізовану допомогу цьому контингенту пацієнтів, ігноруючи обов'язковість парного підходу та облігатне врахування стану родинних процесів при роботі з такими хворими, що значно знижує ефективність надання спеціалізованої медичної допомоги даній категорії пацієнтів та членам їх родин. Саме тому задача обґрунтування психокорекційних стратегій, спрямованих на застосування при роботі з контингентом ПП, в яких спостерігається порушення родинної життєдіяльності через безпліддя у чоловіка, є актуальною.

Метою даної роботи було – на основі системного підходу до вивчення психоемоційних, сексуальних, психологічних і подружніх закономірностей формування порушення життєдіяльності родини при безплідді у чоловіків, розробити комплекс заходів його психокорекції.

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010 – 2014 рр. на базі Донецького регіонального центру материнства та дитинства МОЗ України було проведено комплексне обстеження 180 подружніх пар (ПП), в яких чоловік мав діагноз екскреторно-токсичного безпліддя. Серед загальної кількості обстежених у 90 ПП були виявлені ознаки порушення життєдіяльності сім'ї (ПЖС) внаслідок наявності безпліддя у чоловіка (вони склали основну групу дослідження, ОГ). Інші 90 ПП, у яких, не дивлячись на наявність безпліддя у чоловіка, ПЖС виявлено не було, склали групу порівняння (ГП). Критерієм стратифікації ПП був стан подружньої задоволеності, який визначався за допомогою однойменного опитувальника А. Лазаруса (1997), згідно з яким ОГ склали ПП з показником менше ніж 80 балів.

Обидві групи дослідження були розподілені на три підгрупи залежно від тривалості безпліддя у чоловіка: перша – зі стажем безпліддя 1 – 5 років (ОГ1 n = 30, ГП1 n = 30; середній вік чоловіків становив $29 \pm 1,2$ роки); друга – зі стажем безпліддя 6 – 10 років (ОГ2 n = 30, ГП2 n = 30; середній вік чоловіків становив $36,4 \pm 1,3$ років); третя – зі стажем безпліддя 11 – 15 і більше років (ОГ3 n = 30, ГП3 n = 30; середній вік чоловіків становив $42,5 \pm 2,1$ років). Різниця у віці між подружжям була 3 – 6 років.

Оцінку ефективності розроблених психокорекційних заходів здійснювали шляхом порівняльного аналізу показників, отриманих при дослідженні ПП трьох підгруп ОГ (групи оцінки ефективності – ГОЕ1, ГОЕ2, ГОЕ3) та 50 ПП з порушенням життєдіяльності родини через безпліддя у чоловіка, які отримували стандартні регламентовані заходи, спостерігаючись у лікаря-андролога (контрольна група, КГ). Періодами оцінювання було обрано 6 місяців від початку психокорекційної роботи.

Статистичне зіставлення груп обстежених за базовими соціально-демографічними характеристиками показало, що вони не мали істотних розбіжностей.

Комплексне обстеження включало в себе структуроване клініко-анамнестичне інтерв'ю з аналізом соціально-демографічних характеристик, клініко-психологічне та психодіагностичне дослідження.

Особливості психоемоційного стану визначали за допомогою клініко-психологічного й психодіаг-

ностичного методів, з застосуванням шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HARS і HDRS (за В. С. Підкоритовим, 2003), а також клінічного опитувальника виявлення й оцінки невротичних станів К. К. Яхіна, В. Д. Менделевича (за Д. Я. Райгородським, 2002). Вивчення *стану сексуальної комунікації* проводилося за допомогою методики Eysenk Inventory of Attitude to Sex (Г. Айзенк, 1989). Особливості *психологічного реагування* чоловіків встановлювали з використанням методики визначення наявності та вираженості комплексу меншовартості (Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов, 2012), та методики діагностики типу ставлення до хвороби ТОБОЛ (Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс, 2002). *Стан подружньої взаємодії* оцінювали за трьома параметрами: емоційна близькість (за опитувальником тріади кохання Р. Стернберга, 1986), міжособистісна комунікація (за методикою «Спілкування в сім'ї» Ю. Е. Альошиної, Л. Я. Гозмана, Є. М. Дубовської, 1987) та вміння виходити з конфліктних ситуацій (за методикою визначення типу поведінки у конфліктних ситуаціях К. Томаса в модифікації Н. В. Гришиної (за Д. Я. Райгородським, 2002)). *Ефективність* розроблених та впроваджених психокорекційних заходів оцінено за допомогою методики оцінки якості життя Н. Mezzich зі співавт. (1999) і опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса (1997).

Дані, які було отримано у дослідженні, були оброблені методами математичної статистики за допомогою програми MS Excel v.8.0.3. та програми SPSS 10.0.5 for Windows. Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної статистики (Е. В. Гублер, 1973, С. Н. Лапач, 2000).

В результаті дослідження:

1. Вивчено стан психоемоційної сфери подружжів при безплідді у чоловіків.

Виявлено тенденцію викривлення психоемоційного стану у подружжів з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіків, порівняно з гармонійними безплідними родинами: в подружніх парах з ПЖС у 42,2% чоловіків і 35,6% жінок спостерігаються розлади психоемоційної сфери депресивно-тривожного наповнення; в гармонійних парах у 10% чоловіків і 13,3% жінок зустрічаються окремі прояви патологічної тривоги, що не доходять до рівня тривожного розладу.

Розповсюдженість і вираженість психопатологічних (депресивних, тривожних і астенічних) проявів серед подружжів з ПЖС є максимально значною у чоловіків зі стажем безпліддя до 5 років (80%), та значно зменшуються по мірі збільшення тривалості безпліддя (36,7% – 13,3%, відповідно); в перші 5 років шлюбу психопатологічні прояви спостерігаються в 43,34% жінок, в період від 5 до 10 років зростають до 56,7%, суттєво зменшуючись до 6,7% до 15 років безплідного шлюбу.

2. Встановлено, що специфіка сексуальної комунікації подружжів з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка полягає в значній розповсюдженості психосексуального незадоволення (61,1% чоловіків і 66,7% жінок) й зниження статевого потягу до партнера (53,3% чоловіків і 63,3% жінок), причому погіршення прогресує із збільшенням стажу безпліддя: кількість осіб, що страждають від психосексуальної незадоволеності серед чоловіків складає – 26,7% – 63,3% – 93,3%, відповідно, серед жінок – 33,3% – 73,3% – 93,3%, відповідно; зниження статевого потягу реєструється у 16,7% – 56,7% – 86,7% чоловіків, відповідно, і 33,3% – 66,7% – 90% жінок, відповідно.

3. Визначено, що особливості психологічного реагування чоловіків на власне безпліддя можуть ставати чинником ризику розвитку, або, навпаки, превенції формування ПЖС.

У 87,7% з ПЖС виявлено викривлення самооцінки, яке за змістом змінюється з терміном тривалості безпліддя: виражений комплекс меншовартості відчувають 46,7% чоловіків з тривалістю безпліддя до 5 років, 33,3% чоловіків зі стажем безпліддя до 10 років і 13,3% чоловіків з 15-річним безпліддям; від помірно вираженої меншовартості потерпають 30% чоловіків з тривалістю безпліддя до 5 і до 10 років, відповідно, і 26,7% зі стажем 15 років; неадекватна гіпероцінка має місце у 23,3% чоловіків зі стажем хвороби до 5 і до 10 років, відповідно, і 36,7% чоловіків зі стажем безпліддя 15 років.

У більшості безплідних чоловіків з гармонійних сімей (67,8%) спостерігається адекватне нормальне самоставлення, та практично у всіх – адаптивне ставлення до власної хвороби.

Чоловіки з ПЖС відрізняються дезадаптивним ставленням до захворювання, яке потерпає трансформації зі збільшенням його тривалості: якщо термін хвороби до 5 років, у чоловіків превалюють інтрапсихічні дезадаптивні патерні, які з прогресуванням тривалості безпліддя перетворюються на інтерпсихічні, притаманні чоловікам зі стажем хвороби 10 – 15 років.

4. В родинях з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка спостерігається викривлення подружньої взаємодії за усіма її аспектами: емоційної близькості (любові), міжособистісної комунікації та конфліктної поведінки. Такі подружжя відрізняються дисконгруентністю і порушенням інтенсивності та рівноваги любовних взаємовідносин, відсутністю гармонійності у міжособистісному спілкуванні за усіма його структурними компонентами, а також небажанням і невмінням конструктивного вирішення конфліктів, з наявним негативним трендом в бік погіршення цих параметрів зі збільшенням тривалості безпліддя.

5. Прослідковано етапність розвитку й прогресування ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка, з ідентифікацією рівнів ураження сімейної взаємодії та потенціалу адаптивності родини, що лягло в основу при визначенні форм, методів, об'єму і змісту психокорекційної роботи (рис. 1).

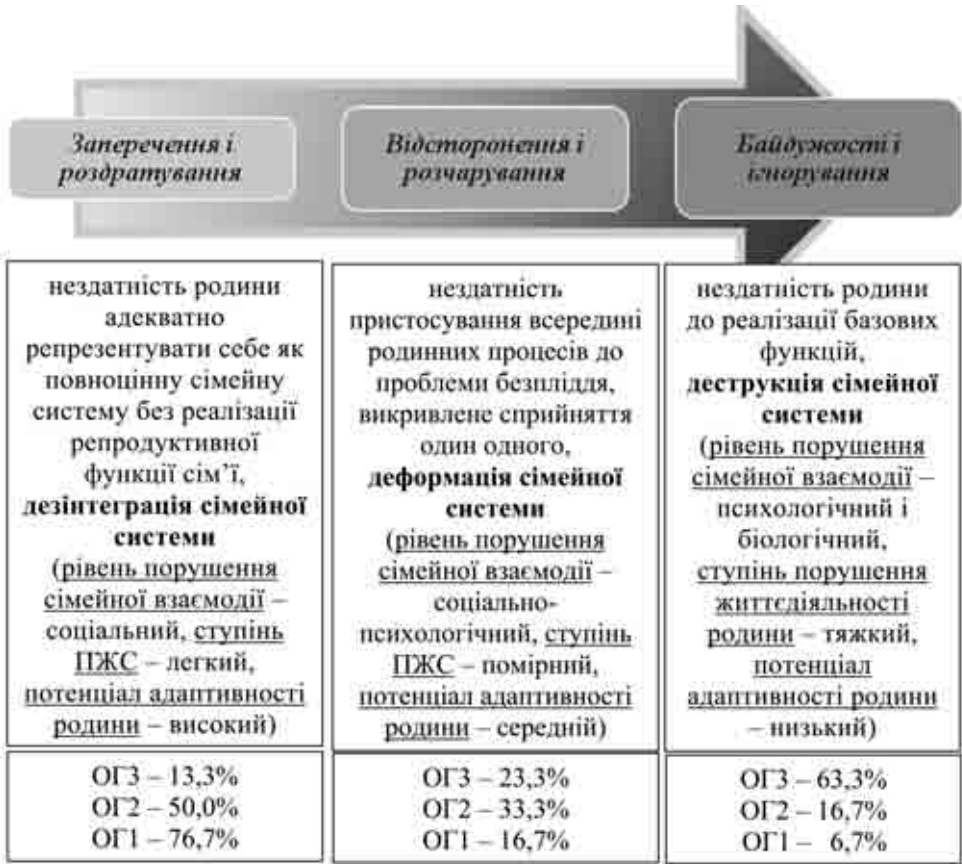


Рис. 1. Фази розвитку й прогресування ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка

Перша фаза – *заперечення і роздратування*, спостерігається у більшості ПП ОГ1 (76,7%), половини ОГ2 (50%) і незначної кількості ОГЗ (13,3%), характеризується дезінтеграцією сімейної системи з максимальним ураженням психоемоційної і психологічної складових життєдіяльності родини, і мінімальним – подружньої і сексуальної. На цій фазі ПЖС характеризується легким ступенем, з високим потенціалом адаптивності родини.

Наступна фаза – *відсторонення і розчарування*, притаманна третині ПП ОГ2 (33,3%) і незначної кількості ПП ОГ1 (16,7%) і ОГЗ (23,3%), характеризується деформацією сімейної системи з помірним ураженням психологічної, психоемоційної та подружньої, і меншим – сексуальної складових життєдіяльності сім'ї, що в результаті формує помірний рівень ПЖС та середній потенціал адаптивності родини.

З прогресуванням ПЖС спостерігається інверсія встановленої тенденції: при третій фазі – *байдужості і ігнорування*, яка діагностована у 63,3% ПП ОГЗ, 16,7% ОГ2 і 6,7% ОГ1, має місце деструкція сімейної системи з максимальним ураженням подружньої і сексуальної складових, та мінімальним – психоемоційної і психологічної. В даній фазі ПЖС має тяжкий ступінь з низьким адаптивним родинним потенціалом.

Визначення етапності розвитку й прогресування ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка, з ідентифікацією рівнів ураження сімейної взаємодії та потенціалу адаптивності родини, є основою обґрунтування форм, методів, об'єму і змісту психокорекційної роботи.

6. Спираючись на вищевикладене, запропоновано принципи проведення психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка:

- а) партнерство лікаря-психолога, пацієнта та його дружини, тобто заходи спрямовуються до особистості (родини), опосередковуються нею й будуються на відносинах довіри між усіма членами альянсу;
- б) етапність впливів та заходів, що передбачає поступовий перехід від однієї форми психокорекційного впливу, як правило, більш простої, до іншої, більш складної;
- в) апеляція до гармонійних сторін особистості;
- г) базування психокорекційного впливу на ідеології когнітивно-поведінкової терапії, як такої, що має доказову базу власної ефективності;
- г) навчання навичкам «оволодіння» проявів тривоги, депресії, стресу;
- е) корекція соціальних позицій, перекручених внаслідок сполучного впливу безпліддя та порушення життєдіяльності родини;
- є) навчання навичкам адаптації й рішення проблем;
- ж) заповнення наявного інформаційного, медичного та психосоціального дефіциту знань, зниження рівня самостигматизації.

До загальних правил проведення психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, віднесено:

- усвідомлення, що родина повинна пройти період пристосування до факту неможливості реалізації репродуктивної функції у безпосередньому вигляді;
- уникнення емоційних сцен і стресових ситуацій;
- уникнення критики чоловіка, сприятливий стиль розмови у родині та спокійна переконлива форма бесіди;
- вселення чоловіку поваги до себе, усвідомлення власної цінності й унікальності;
- акцент на успіху й досягненнях обох з подружжя у різних сферах соціального життя.

Умовами реалізації психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, визначені: 1) добровільна згода на участь у психокорекційних заходах; 2) системність участі у заходах; 3) етапність у вирішенні проблем; 4) позитивна спрямованість заходів; 5) включення до психокорекції інших значимих осіб родини; 6) психологічна реорганізація середовища існування й формування психотерапевтичного середовища; 7) диференційований підхід до існуючих проблем; 8) безперервність участі пацієнта та родини.

При проведенні психокорекції протягом всього періоду роботи, обов'язковою є «фонова» увага лікаря-психолога на наступних позиціях: спрямованість на продуктивність щоденної діяльності; спрямованість на відповідність індивідуальним потребам родини; спрямованість на формування відчуття задоволеності від родини; спрямованість на конкретні обставини, в яких існує родина; спрямованість на цілі, обрані родинною; спрямованість на допомогу так довго, як це потрібно родині; спрямованість на підвищення рівня функціонування й статусу родини.

Основними завданнями психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, визначені:

- 1) формування усвідомленої мотивації на включення у психокорекційний процес і наступну участь у ньому;
- 2) дезактуалізація та нівеляція непсихотичних порушень психічної сфери як неадекватної відповіді на психотравмуючу ситуацію безпліддя та порушення життєдіяльності родини;
- 3) корекція дезадаптивних особистісних конструктів, забезпечення позитивного особистісного розвитку й соціальної компетентності;
- 4) відновлення нормальних сексуальних стосунків, реорганізація середовища родинного проживання, корекція подружніх взаємин;



Рис. 2. Основні завдання психокорекції ПЖС при безплідді у чоловіка, та шляхи їх вирішення

- 5) створення в родині «психотерапевтичного середовища», яке впливає на відновлення й формування соціально-прийнятних особистісних і поведінкових якостей;
- 6) усвідомлення й прийняття реальної життєвої перспективи.

Базовими засобами психокорекції відібрано когнітивно-поведінкову (КПТ), групову, сімейну, особистісно орієнтовану (персоналістичну) психотерапію, а також психоосвіту.

Спираючись на вищенаведене, нами запропоновані шість психокорекційних модулів, зміст яких є загальним для усіх ПП з ПЖС внаслідок безпліддя у чоловіка, а об'єм – варіативним залежно від ступеня його порушення та, відповідно, адаптаційного сімейного потенціалу (рис. 2). При цьому загальною ідеологією психокорекційної роботи є формування підходу «пошуку рішення разом» – у такому разі подружжя перебувають на одній «горизонтальній площині» у відносинах партнерства, коли обидві сторони відповідають за результат психокорекційного процесу.

Оцінка ефективності запропонованого комплексу психокорекційних заходів через 6 місяців від початку роботи довела його дієвість щодо підвищення рівня задоволеності подружжів і якості життя чоловіків, порівняно з регламентованими заходами, які застосовуються в андрологічній клініці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Кришталь Е. В. Бесплодие супружеской пары в аспекте медицинской психологии / Е. В. Кришталь, М. В. Маркова // Медицинская психология. – 2008. – Т.3. – №3. – С. 17 – 22.
2. Гойда Н. Г. Нормативно-правовое регулирование деятельности службы планирования семьи и сохранения репродуктивного здоровья / Н. Г. Гойда, О. Ю. Бисярин // Український медичний часопис. – 2012. – №4 (90). – С. 20 – 25.
3. Мужской фактор в патогенезе женского бесплодия / А. М. Гаврилюк, В. В. Чопяк, А. И. Наконечный [и др.] // Медицинские аспекты здоровья мужчины. – 2012. – №1 (3). – С. 42 – 48.
4. Exploring the relationship between the severity of oligozoospermia and the frequencies of spermchromosomeaneuploidies / A. B. Durak, I. Aras, C. Can [et al.] // Andrologia. – 2012. – Vol. 44. – P. 416 – 422.
5. Gary L. H. Chromosomal disorders and male infertility / L. H. Gary, H. G. Tempest // Asian Journal of Andrology. – 2012. – Vol. 14. – P. 32 – 39.
6. Haidl G. New WHO-referencelimits – revolutionorstormin a teapot? / G. Haidl // Asian Journal of Andrology. – 2011. – Vol. 13. – P. 208 – 211.
7. Практический опыт комплексного лечения больных экскреторно-токсическим бесплодием / И. И. Горпинченко, Ю. Н. Гурженко, П. М. Клименко [и др.] // Новости медицины и фармации. – 2010. – №18 (341). – С. 12 – 14.
8. Ліщинський В. О. Сексуальна дезадаптація при екскреторно-токсичній безплідності та її психотерапія: Автореф. к. мед. н.: 19.00.04 / Валерій Олеянович Ліщинський; Харківська медична академія післядипломної освіти. – Х., 2007. – 19 с.
9. Экскреторно-токсическое бесплодие и его комплексное лечение с использованием препарата Зиман (рекомендации для практических врачей) / И. И. Горпинченко [и др.]. – К., 2009. – 18 с.
10. Тиктинский О. Л. Андрология / О. Л. Тиктинский, С. Н. Калинина, В. В. Михайличенко. – М.: ООО «Мед. информ. агентство», 2010. – 576 с.
11. Jequier A. M. Semen analysis: a new manual and its application to the understanding of semen and its pathology / A. M. Jequier // Asian Journal of Andrology. – 2010. – Vol. 12. – P. 11 – 13.
12. Рутинский А. А. Особенности диагностики идиопатического мужского бесплодия (обзор литературы) / А. А. Рутинский // Медико-психологические проблемы семьи. – 2013. – Т. 18, №1. – С. 12 – 17.
13. Білобровка Р. І. Рецидивні форми баланопоститів: сучасні аспекти проблеми / Р. І. Білобровка, І. В. Попов, О. П. Калітчук // Acta medica Leopoliensia. – 2014. – Т. 20, № 2. – С. 51 – 56.
14. Бесплодие в супружестве / И. Ф. Юнда, Л. И. Иванюта, Л. П. Имшинецкая [и др.] – К.: Здоров'я, 1991. – 463 с.
15. Cohen J. Infertile couples, assisted reproduction and increased risks to the children / J. Cohen // ReproductiveBioMedicineOnline. – 2007. – Vol. 15, №2. – P. 245 – 246.
16. Акоюн А. С. Биосоциальные аспекты репродукции человека и приоритеты демографической политики / А. С. Акоюн // Проблемы репродукции. – 2008. – №3. – С. 18 – 23.
17. Маркова М. В. Феномен бесплодия супружеской пары с позиции медицинской психологии / М. В. Маркова // Всесвіт соціальної психіатрії, медичної психології та психосоматичної медицини. – 2009. – Т. 1, №1 (1). – С. 57 – 62.
18. Turek P. Бесплодие психологически уничтожает мужчин [Електроний ресурс] / P. Turek // Journal of Sexual Medicine. – 2009. – режим доступу: <http://medinform.net/news/news14252.htm>
19. Медична психологія: [Навчальний посібник] / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк [і співавт.]. – Вінниця: вид-во ФОП Горбачук, 2010. – 135 с.
20. Хоржевський В. В. Визначення механізмів розвитку порушень функціональності сім'ї за безпліддя в чоловіків / В. В. Хоржевський // Медична психологія. – 2014. – Т. 9, №1 (33). – С. 93 – 98.

В. П. Самохвалов,

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожье, Украина;
Ричмондское психосоциальное товарищество Чешской республики.

V. P. Samohvalov,

Zaporozhe state medical university, department of psychiatry, psychotherapy,
general and medical psychology, narcology and sexology, Zaporozhe, Ukraine;
Richmond psychosocial Association of the Czech Republic.

ПРОБЛЕМЫ МНОЖЕСТВЕННОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ: ГЕРМЕНЕВТИКА КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ Л.

**ПРОБЛЕМИ МНОЖИННОЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ОРІЄНТАЦІЇ: ГЕРМЕНЕВТИКА КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ Л.
PROBLEMS OF MULTIPLE SEXUAL ORIENTATION: HERMENEUTICS CLINICAL CASE of L.**

УДК 616.89

Статья поступила в редакцию 14.05.2015

Резюме

На примере клинического случая множественной сексуальной ориентации показаны главные составляющие гендерного самосознания, которые проявляются во всех сферах инстинктивной деятельности.

Ключевые слова

сексуальная ориентация, гендерное самосознание, личность, феноменология, герменевтика, клинический случай.

Резюме

На прикладі клінічного випадку множинної сексуальної орієнтації показані головні складові гендерного самосвідомості, що проявляються в усіх сферах інстинктивної діяльності.

Ключові слова

сексуальна орієнтація, гендерна самосвідомість, особистість, феноменологія, герменевтика, клінічний випадок.

Resume

On an example of a clinical case of multiple sexual orientations shows the main components of gender identity that occur in all areas of the instinctive activity.

Keywords

sexual orientation, gender identity, personality, phenomenology, hermeneutics, clinical case.

Вопрос о разделении пола, который ассоциируется с объективными определениями, в частности, генетикой и биохимией, и гендера, под которым чаще понимают социальный конструкт, самосознание и самоопределение, косвенно связан с бесконечными спорами о связи эндогенного и экзогенного, генетики и среды. Такое разделение подразумевает, что гендерной медицины быть не может, но существует гендерная психология, социальная психология, политика. В других случаях понятие гендерности полностью поглощает проблему пола и предполагается, что пол является биологической составляющей гендера. В значительной мере это противоречие обусловлено политическим заказом феминизма и ЛБГТ-сообщества, а также тем, что пол изначально, в формальном переводе, подразумевал сексуальность.

Но при таком подходе существует и имеет значение гендерная медицина как отрасль изучающая патологию в зависимости от антропологического гендерного разнообразия. В этом разнообразии неразделимы самосознание и биология, также как генетика и среда. Оно является суммой трех составляющих (варианс): 1) разнообразия обусловленного генетическими причинами; 2) разнообразия связанного с воздействиями среды; 3) разнообразия обусловленного модифицирующим влиянием среды на генетический материал, в частности мутагенным и стрессорным влиянием.

Эволюционная роль пола основана на: а) дарвиновской теории полового отбора; б) так называемой эволюционной концепции пола; в) теориях социобиологии. Согласно теории полового отбора в результате конкуренции самцов, те из них, которые обладают разного рода преимуществами, в том числе силой, значимыми маркерами, интеллектом, побеждая, способствуют большему генетическому вкладу в потомство. Сторонники эволюционной концепции пола убеждены в том, что в эволюции мужские и женские части популяции имеют разное и сопряженное значение. Мужская часть популяции обладает большей изменчивости, более подвержена мутациям, более интенсивно связана со средой и ее признаки указывают на будущие свойства популяции. Женская часть консервативна, относительно стабильна и аккумулирует закрепленные в эволюции адаптивные свойства. Теории социобиологии объясняют стабильность существования трансгендерности, гомосексуальности и парафилий на основе эволюционно-стабильных стратегий и соотношений полов, благодаря которым осуществляется баланс агрессии, эгоизма, альтруизма и кооперативности, агрессии и систем ее умиротворения (1). Эти теории основаны на популяционных и групповых исследованиях, однако они с большими оговорками могут быть применены к индивидуальным случаям трансформаций гендерного самосознания.

Клиника подобных случаев может быть понята с помощью суммы интерпретаций культурологии, клиники, этологии, психоанализа, то есть с помощью герменевтического метода.

Пациент Л., 26 лет, житель приморского курортного города. Мать воспитывала его одна, сообщила, что рассталась с отцом пациента вскоре после его рождения. Конфликт возник в связи с несогласием дать сыну его фамилию, поскольку «она была кавказской», по этим же причинам сама мать не приняла фамилию супруга. В дальнейшем отказалась от личной жизни и «посвятила себя только сыну». В раннем детстве играл в машинки, любил оружие, но общаться предпочитал с девочками, чтобы доказать свой приоритет. В подростковом возрасте отличался от сверстников «особыми» интересами, которые выражались в стремлении к лидерству, демонстрации только модной одежды, стремлением придать себе женский облик и одеваться «в шутку» в женское платье, тщательно брил волосы на всем теле, фиксировал свое внимание на том, какое впечатление он вызывает у посторонних. Все лето проводил на пляжах. Однажды понял, что ему больше нравятся мальчики, чем девочки, в том числе и потому, что ему снились эротические сны, в которых он исполнял женскую роль. Первый гомосексуальный контакт в форме фелляции со сверстником в возрасте 14 лет, анальный, в котором играл пассивную, а затем активную роль в 15 лет. Познакомившись с литературой и Интернетом в возрасте 16 лет осознал, что является транссексуалом и должен изменить свой пол на женский. Это стремление поддержала мать и без согласования трансформации пола с психиатрами, заплатила деньги за осклопление и пластику влагалища, а также гормональную терапию. Далее последовала пластика груди и гормонотерапия, которая продолжается до настоящего времени. К моменту получения паспорта брюнет юноша К. превратился в высокую эффектную блондинку по имени Л. Вела свободный образ жизни, вступала в случайные связи, обычно с обеспеченными мужчинами старше себя. Но делала это «для удовольствия», а также, чтобы убедиться, что превратилась в женщину. Полюбила мужчину, который часто приезжал по делам в ее город, но у которого была своя семья. Чтобы он не догадался о ее прошлом, перед эротическим контактом напивала возлюбленного алкоголем. Роман продолжался почти 5 лет. Работала дома, поскольку единственным заработком ее и матери был курортный бизнес. Почти все заработанные деньги уходили на повторные операции, гормоны и косметику. Внезапно заметила, что ей нравится соседка, женщина старше её и кажется ничем не приметная. Возникли эротические фантазии о контакте с ней, навязчивые мысли, о том, что превратилась в лесбиянку. Эти мысли конкурировали с продолжающимся влечением к своему возлюбленному. Тем не менее, задумалась о том, является ли это влечение гетеросексуальным, поскольку ей доставлял

удовольствие анальный контакт, а вагинальный контакт был затруднен в связи с тем, что после пластики влагалища часто возникал слипчивый воспалительный процесс. Она заметила, что восприятие всего мира и себя зависело от того, кем она себя ощущает.

Таких ипостасей было несколько: а) я женщина предназначенная для мужчины; б) я женщина предназначенная для женщин; в) я мужчина предназначенный для женщин; г) я мужчина, предназначенный для мужчин.

Восприятие себя в разных образах предполагало для этих образов: а) женскую одежду, подчинение мужчине, любовь к голубому цвету, распущенные длинные волосы соломенного цвета, голубые глаза, отказ от курения и алкоголя, повышенное внимание к чистоте и парфюмерии, влечение к сладкому, желание быть домоседкой, чтение любовных романов, молчаливость, кокетливость, сентиментальность, подчинение силе, коллекционирование маленьких объектов (вазочек, миниатюр и так далее); б) означало «сильную женщину» брюнетку с короткими волосами, зелеными глазами, которая покоряет себе других «женственных» женщин, заставляя их себе служить, грубость и жесткость, уверенность в себе, способность содержать другую женщину, демонстративное курение и совместное употребление алкоголя, показную небрежность в одежде, предпочтение мясной пищи, желание менять места жительства и посещать дискотеки, разговоры о службе и политике; в) состояние означавшее, что операция по смене пола сделана ошибочно, выраженное чувство вины и попытка искупления «своего греха», подчинение женщине при мужской стилистике поведения, короткая стрижка седых волос, черные глаза, грубый голос, агрессивность, направленной на объект любви, требование орального секса, употребление крепких спиртных напитков, стремление к одиночеству. Одеваться в этом образе следует однотонно в «готическом стиле», предпочитать сырое мясо, рыбу, искать случайные и неожиданные встречи с мужчинами, занимаясь с ними фелляцией; г) гомосексуальные переживания влечения с пассивной ориентацией, стремление к соплазнию грубых и порочных мужчин с переживанием собственной утонченности и «интеллигентности». Стиль прически и одежды отражающий «интерсексуальный дэндизм». Разговоры о философии, смысле жизни, новинках культуры. Предпочтение анального секса и легких наркотиков. В еде стремление к вегетарианству и восточной кухне. Волосы могут быть любого цвета, но тщательно уложены и зафиксированы гелем или лаком, глаза карие.

Каждые из данных ипостасей у Л. стали существовать, одновременно входя в непрерывный конфликт, поскольку степень вовлечения в них обыденной жизни все возрастала. Возникали мучительные ситуации выбора «как кто я говорю, сплю, выгляжу, думаю, улыбаюсь, смотрю, ем, как мужчина для мужчин, женщина для женщин и так далее».

«Вот вижу ребёнка или собаку и автоматически улыбаюсь. Но как Кто? Ведь мужчины не должны улыбаться собакам, значит я женщина, но какая? Женщина для мужчины, так как женщина для женщины не может родить ребенка, а улыбка означает принятие ребенка. Собака это тот же ребёнок». Подобная «умственная жвачка», бесплодное мудрствование приобретает obsessивный характер, но в отличие от простой obsессии, оно реализуется в действии. Она фактически имеет четыре гардероба, несколько парфюмерных наборов, парики, накладные ногти, контактные линзы, меняя стиль несколько раз даже в течение дня. Её а), б), в), г) личности по разному ходят, говорят, думают, имеют разные взгляды и планы, и мешают друг другу, находясь в конкуренции. Возникли трудности уже при первом контакте с пациенткой (пациентом), поскольку неясно было как его (её) называть. Стилистика поведения мужчины и женщины сплетались и окрашивались obsessивно-фобической симптоматикой и проявлениями как дереализации, так и деперсонализации. Фенотип высокой блондинки астенического телосложения с женскими чертами лица, с низким голосом и внезапными пароксизмами плача, резкие жесты, потребность в постоянном курении, но при этом жеманная и флиртовая мимика при общении с мужчинами, косметика, наложенная с умеренным вкусом, но не избыточно. При беседе темп мышления меняется от шперрунга до мантизма и скачки идей. Так же часто меняется эмоциональный фон, плачет, улыбается, демонстрирует удивление и растерянность. Большие сложности возникают с определением сознания, поскольку не знает кто он или она на самом деле. Это касается и телесных ощущений, внезапно обнаруживает сожаление по поводу изменений пола, но через мгновение говорит, что «скорее всего дело в мыслях о теле, но не в самом теле». С критикой относится к своему состоянию и просит сделать ее той, какой она была

«женщиной для мужчин». Отмечает «проблемы с памятью», хочу забыть все и понять кто я, но, в то же время, вспомнить кто я. На остроте переживаний возникают суицидальные мысли, но их контролирует. Во время последующих встреч полиморфизм поведения меняется и этологически в стилистике каналов коммуникации мимики, позы, жеста, перед нами чаще женщина. Заметна отчетливое противоречие сути ее высказываний и поведения. Но уже через неделю вновь заметна выраженная диссоциация: грубый голос с покашливанием сопровождается флиртом и жеманством, резкие жесты – типичным женским движением кисти с отставленным мизинцем.

Психотропные средства принимать отказывается, ссылаясь на аллергию. В результате поведенческой психотерапии личность удалось интегрировать на основе пожеланий самой Л., которая пришла к выводу, что все же хочет быть «женщиной для мужчин», однако через год наступил повторный эпизод дезинтеграции.

Насколько подобная ориентация соответствует психической норме? Такие понятия как мужская дружба, нормальная гомосексуальная ориентация, нормальная гетеросексуальная ориентация, феминистическая ориентация и антифеминизм, мужской и женский патернализм, безусловно, имеют эротическую окраску, предполагающую и специфические измерения личности. Данные измерения возникают последовательно и у Л. Они существуют одновременно и вступают в конкурентные отношения. При обычном транссексуализме особенности поведения, относящиеся к противоположному полу заметны уже в раннем детстве. У Л. в раннем детстве возникает неопределенность половой идентификации с фиксацией на лидерстве. Обычно дифференциальный диагноз транссексуальных переживаний связывают с параноидной шизофренией в структуре бреда одержимости, но в этом случае должны также присутствовать и другие симптомы, характерные для шизофрении, они пока у Л. отсутствуют. Вероятно, также существуют системы множественной одержимости, хотя все описанные варианты одержимости связаны с одной сущностью. Данный случай можно отнести к многоличностному расстройству, но его интерес связан с тем, что сущности прямо ассоциированы с разнонаправленной сексуальностью, в которой доминирование одного направления не вытесняет остальные, но конкурирует с ними. В короткий период пубертата можно наблюдать одновременное существование, как гомосексуальности, так и гетеросексуальности, но также и трансвестивности. Но почему в большинстве случаев иные направленности влечения оставляют лишь следы, а остается устойчивым и доминантным лишь одно из них? Причины могут быть гормональными, церебральными, психодинамическими. Их трудно разделить. Изменение соотношения половых гормонов, например при тестикулярной феминизации приводит к организации «женского типа мозга», это в свою очередь влияет на психодинамические процессы, поведение и когнитивную составляющие. При генетическом исследовании выяснилось, что генотип нашей пациентки XY, а уровень общего тестостерона 3,05 нмоль/л, то есть на границе нормы характерной для женщин. К тому же, она постоянно принимает женские половые гормоны, уровень эстрадиола 60 пг./мл. Следовательно, гормонально Л. – женщина, но генетически – мужчина.

Актуализация разнонаправленного влечения возможна при гашишизме и приёме психостимуляторов и считается нормативной для божественных групп. Одновременное существование гетеро-гомосексуальности, педофилии, инцеста и даже зоофилии считались нормой в ряде архаических культур, в Древней Греции и Риме. В новеллах Д. Боккаччо герои переодеваются в женское платье, чтобы проникнуть в женский коллектив, героини В. Шекспира моделируют мужское поведение, чтобы завоевать конкретного мужчину. Ж. Санд, переодевая в мужское платье и курящая табак завоевывает женственного и тонкого Ф. Шопена, но она же является кумиром женщин, героиня С. Гинзбур «Я тебя люблю, я тоже нет» путаются в своих половых ролях и предпочтениях, К. Вурст, одетая в женское платье с бородой и бритыми ногами, завоевывает первый приз на Евровидении в 2014 году. Она сохраняет оба пола, которые между собой у неё не конкурируют, но создают расщепленное сознание у зрителя. Разнонаправленное и полиморфное влечение считается пороком, но продолжает существовать. Однако речь идет даже не только о сексуальности. Разнонаправленности можно обнаружить в системе любого инстинкта, пищевого, родительского, территориального, агонального, миграционного или инстинкта обладания. Инстинкт может быть усилен или ослаблен, полиморфен или монотонален.

Родительская гиперопека, может скрывать агрессивность по отношению к ребёнку, что в частности понятно из описания делегированных расстройств, когда мать, ухаживая за ребенком, пытается ему повредить, усилить его соматическое страдание (2). Л., возможно также является объектом делегирования. Мать сначала не препятствует, но даже стимулирует его менять пол, в дальнейшем она полностью отказывается от своей личной жизни и способствует своим поведением и расспросами: «Кто ты на самом деле?» диссоциированию личности сына, ставшего дочерью. При детальном расспросе она сообщила, что мечтала в период беременности о рождении дочери, а не сына, потом в сыне «видела скорее дочь» и даже придумала ей женское имя. Она сама в детстве мечтала быть мальчиком, а первый половой акт, в результате которого и родился сын воспринимала как неприятный. У неё рано появился гирсутизм и пренебрежение к своей внешности, но она делала все, чтобы её, теперь уже дочь, выглядела эффектно. Она считает, что живет только ради неё. Эта система очень напоминает гомосексуальное влечение матери к своей дочери, но это также может быть и делегирование собственной гомосексуальности своей дочери. Отсутствие у Л. образа отца также сыграло свою роль. Мать никогда о нем не рассказывала, лишь сообщила, что это был человек «кавказской национальности», с которым она познакомилась на пляже. Пляж вообще в судьбе этой родительской диады играет большую роль, но в приморских городах это происходит повсеместно. Пляжные мальчики и девочки, системы развлечений, нудизм, знакомства на пляже предполагают особую временную и зыбкую стилистику отношений и особый тип соблазнения. Большинство кафе и объектов развлечения находятся в приморских городах на пляжах и открыты до утра. Пляжная молодёжь делит свое время на две части: утро и ночь. Утренние часы считаются работой, так как посвящены загару и знакомствам, вечерние – развлечениям. Л. также познакомилась со своим возлюбленным на пляже, но обнаружила свое первое гомосексуальное влечение на ночном пляже. Пляж – не только торжество обнаженного тела, но и праздник отдохновения и праздного время препровождения. Это сблизает его с римской термой, в которой чаще всего культивировались и ценились разнонаправленные эротические отношения. Теперь эта эротика сместилась в сауны, бани, аквапарки и спа. Территория пляжа и окружения отчетливо кватерна. Место под навесом, на солнце, в воде и при отдаленном заплыве содержат разного рода экологию и опасности. Неприятности и смерть на пляжах характерны при длительном нахождении на солнце или длительном заплыве, территорией соблазнения является тень и ближайший заплыв, позволяющий осуществлять игру в воде. Л. особое внимание уделяет своему телу, размерам пластовиковой груди, загару, цвету глаз, который меняет с карего на голубой, причёске, форме ногтей. Она с нетерпением ожидала пляжного сезона, и наибольшие страдания в период болезни касались именно раздевания на пляже, «как и как кто я выгляжу». Страх перед раздеванием при телесном осмотре, на пляже, в бане типичен при скрытой гомосексуальности и дисморфопсиях, которые сами по себе также могут быть признаком скрытой гомосексуальности.

Разнонаправленными являются также инстинкты еды и питья. Так булимия часто сочетается с анорексией, избирательностью и неразборчивостью в рационе. У Л. это касается ее четырех «измерений». Как именно и сколько я должна есть если я женщина для мужчин – мало и нужно соблюдать диету, если женщина для женщин – есть сладкое, если мужчина для женщин – есть много и в основном мясо, если мужчина для мужчин – больше есть овощей и фруктов, много пить. Можно ли считать подобные объяснения паралогическими? На самом деле, системы еды и питья семантически и возможно физиологически тесно связаны с гендерными ролями. Озабоченность своим весом более характерна для женщин (диета), высокая агрессивность связывается с мужской половой ролью (мясо), женская гомосексуальность предполагает утонченное удовольствие (сладкое), мужская пассивная гомосексуальность с вегетарианством (овощи и фрукты). Семантические переносы «сексуальность – еда» присутствуют в обыденной речи, утончённая сексуальность именуется «клубничкой», возлюбленная считается «сладенькой». Продуктам приписывается влияние на генеративные свойства, так поедание острой и мясной пищи беременной может привести к рождению мальчика, а молочной и овощной к рождению девочки.

В структуре лидерства, относящейся к системе доминирования и иерархии определяются также главных 4 ранга (альфа, бета, гамма, дельта), которые хотя и по-разному направлены, но все же ассоциированы как между собой, так и с половыми ролями. Ассоциация рангов выражается в их балансе в по-

пуляции, например соотношения доминантов (альфа и иногда бета) и субмиссивов (гамма и дельта) не может быть 1: 1, поскольку в этом случае неизбежны конфликты между доминантами. Несмотря на то, что среди женщин также встречаются доминанты, истинной женственностью считается субмиссивность, а истинной маскулинностью – доминантность и агрессивность. Неверное восприятие собственного ранга характерно для аномалий личности. У Л. представление о собственном ранге прямо связано с 4 половыми ролями, двум доминантным ролям противопоставлены две субмиссивные роли. Комфортные системы инстинктов, к которым мы относим отношение к своему внешнему облику также сильно различаются, женственным она полагает облик блондинки, гомосексуальным – брюнетки, или укладки коротких волос, мужественность ассоциирует с сединой. Действительно, стандартом европейского восприятия нежной женственности является именно блондинка, а женщины вамп чаще изображаются брюнетками. Седина уже не просто признак мужественности, но умудренной мужественности. Разделение системы парфюмерии на жесткую и холодную – мужскую и теплую, нежную – женскую, общепринято. Простые наблюдения показывают, что действительно, улыбка при наблюдении детей и домашних животных более характерна для женщин, чем для мужчин, они же чаще называют своих любимцев детскими именами.

Территориальные системы у Л. также различаются при различных половых ролях, домоседство ассоциировано с женской ролью, тяга к перемене мест и приключениям с гомосексуальностью и мужской ролью. Даже стремление к психоактивной трансформации сознания имеет половое предпочтение: абстинентность при женской роли, крепкие спиртные напитки при мужской, наркотики при гомосексуальной.

В онтогенезе путаница половых ролей возможна в игровом контексте до пубертата. Это отражается в частоте подростковых гомосексуальных эпизодов и трансвестизма в подростковых ритуалах. В этом случае можно полагать кратковременный период множественной сексуальной ориентации до пубертата нормативным, но в ряде случаев происходит по разным причинам задержка фиксации конкретного пола. Задержка в онтогенезе фиксации инстинкта возможна не только для сексуальности. Например, ощущение собственной территории до 2 – 4 лет и стремление быть на границе своей и внешней территории в последующем онтогенезе не у всех фиксируется как четкое разделение «своего и чужого». Оно не характерно для кочевых народов, ромов, но также при вагобандже и дромомании.

Символическая организация всей системы инстинктов у Л. кватерна и представлена отношениями: «Ж – М», «Ж – Ж», «М – М», «М – Ж». С учётом бинарной оппозиции половых ролей, иных отношений просто не может быть. Если каждую инстинктивную форму деятельности рассматривать с позиций амбивалентных отношений, то логика кватерности может быть распространена на все бессознательные психические процессы. О.А. Гильбурд [3] считает, что она также должна быть распространена на 4 формы шизофрении. Инстинкт может быть усилен или ослаблен, а также искажен, но искаженный инстинкт, в частности парafilия также может быть усилен или ослаблен. Бинарные, троичные, квартильные и более сложно организованные системы являются, вероятно следствием прегнантности нашего мышления, то есть, его стремления к упорядоченности, но возможно эта прегнантность есть лишь отражение физической организации Мира. Позитивное – Божественное противопоставлено негативному – дьявольскому, но не может быть от него оторвано, между двумя числами существует мир иррациональных чисел, но он не существует без рациональных чисел. У Л. также невозможно изъятие одной из ипостасей.

Аллегорией множественности в культуре является образ трикстера (пересмешника), который может демонстрировать как мужские, так и женские черты, противоположные варианты одежды и стиля поведения. Он символизирует юношескую неустойчивость выбора и суждения, легковесность и эфемерность. Другой аллегорией двуликости является Янус, старческое лицо которого обращено в прошлое, а юное в будущее. Сочетание сентиментальности и холодной жестокости, одновременно внешнего холода и внутренней сензитивности являются устойчивыми чертами амбивалентности. Однако наилучшей аналогией личностной кватерности является архетип кватерности, в частности, воплощенный в стороны света: суровость и мужественность севера, мягкая расслабленность юга, мудрость и древность востока, и рационализм, прагматизм запада. Стилистика трикстера также может рассматриваться в конструкциях четверичности известных в культуре. Грустный, веселый, злой, безразличный шуты являются

устойчивыми ролями со времен Средневековья. Все элементы интерпретации клинического случая представлены в табл. 1.

Таб. 1. Элементы интерпретации случая Л.

Этапы интерпретации	Интерпретации
Клинический феномен	Диссоциация, навязчивое мышление, расстройство половой идентификации
Аналогии	Множественные вариации реализации всех форм инстинктивной деятельности
Историогенез	Символика трикстера и шута
Филогенез	Сексуальность у приматов как средство коммуникации
Онтогенез	Множественность половой ориентации до пубертата
Средовой контекст	Символика пляжа и «пляжной культуры»
Аллегория и архетип	Кватерность (4 варианта выбора цели)
Сумма интерпретаций	Задержка на стадии подростковой психосексуальности. Диссоциативное психическое расстройство, множественная половая идентификация

Итак, предполагается, что случай Л. является иллюстрацией кватерной организации влечений, вторичной от аналогичной организации отношений половых ролей, диссоциации половых ролей при задержке развития консолидированной половой роли. Нозологически, данный случай может свидетельствовать о множественности сексуальной ориентации личности, как варианта многоличностного заболевания (F44.81, DSM-III-R 300.14), которое начинается с расстройства половой идентификации (F64.2) в детском и подростковом возрасте. Уникальность клиники Л. заключается в том, что субличности не сменяют и не вытесняют последовательно друг друга, но существуют одновременно. Следует дифференцировать данную клинику с эгодистонической сексуальной ориентацией (F66.1) когда несформированная система Я, сказывается на всех параметрах Эго: телесном, инстинктивном, социальном и духовном.

Наша гипотеза заключается в том, что гендерное самосознание не одномерно, но кватерно или множественно, его канализация и выстраивание в онтогенезе может предполагать инверсию сходную с множественными расстройствами личности. Если при многоличностном заболевании определяются разные системы Я, то возможны случаи, когда лишь отдельные составляющие Я-инстинкты расщеплены и не консолидированы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Самохвалов В. П. Социобиология в психиатрии / В. П. Самохвалов, О. А. Гильбурд, В. И. Егоров. – М.: «Видар», 2011. – 336 с.
2. Feldman M. D. Playing Sick? Untangling the Web of Munchausen Syndrome, Munchausen by Proxy, Malingering, and Factitious Disorder / M. D. Feldman. – New York: Brunner-Routledge, 2004. – 416 p.
3. Гильбурд О. А. Шизофрения. Семиотика, герменевтика, социобиология, антропология / О. А. Гильбурд. – М.: «Видар», 2007. – 360 с.

Ю. М. Бежук,

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Івано-Франківськ, Україна.

Y. M. Bezhuik,

Ivano-Frankovsk national medical university, Department of psychiatry, narcology and medical psychology, Ivano-Frankovsk, Ukraine.

ОСОБЛИВОСТІ АФЕКТИВНОЇ СФЕРИ ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНИЙ РОЗЛАД

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ БОЛЬНЫХ СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ

FEATURES AFFECTIVE SPHERE PATIENTS SOMATISING DISORDERS

УДК 616-071+ 616.89-008 + 616.89-008.485 + 615.851

Статья поступила в редакцию 17.03.2015

Резюме

В статті розкрито основні аспекти вивчення психоемоційної складової у пацієнтів, які страждають на соматизований розлад. Проведено співставлення даних щодо виявлених типів патоперсонології та тривожності як базових клінічних характеристик даної вибірки хворих. Виявлено клініко-психологічну закономірність, що особистісна тривожність переважає при істеричному і іпохондричному типах особистості, а реактивна – при шизоїдному і імпульсивному.

Ключові слова

соматизований розлад, особистість, особистісна тривожність, реактивна тривожність.

Резюме

В статье раскрыты основные аспекты изучения психоэмоциональной составляющей пациентов, страдающих соматизированным расстройством. Проведено сопоставление данных о выявленных типах патоперсонологии и тревожности как базовых клинических характеристик данной выборки больных. Выявлено клинко-психологическую закономерность, в которой личностная тревожность преобладает при истерическом и ипохондрическом типах личности, а реактивная – при шизоидном и импульсивном.

Ключевые слова

соматизированное расстройство, личность, личностная тревожность, реактивная тревожность.

Resume

The article covers the main aspects of the study of psycho-emotional component of patients with somatising disorders. A comparison of data within the identified types patopersonology and anxiety as a basic clinical characteristics of the sample of patients. Revealed clinical and psychological patterns in which personal anxiety prevails in hysterical and hypochondriacal personality types and reactive – with schizoid and impulsive.

Keywords

somatization disorder, personality, personal anxiety, reactive anxiety.

Соматизація визнана проблемою, яка найбільш часто зустрічається в первинній ланці охорони здоров'я, що сприяє частим зверненням за медичними послугами і призводить до розчарування пацієнта і лікаря. Зазвичай, соматизація визначається як схильність переживати психологічний стрес у вигляді соматичних симптомів [1, 2].

В основі соматизованого розладу лежать порушення регуляції вираження і диференціювання власних емоцій такими, як тривога і депресія [2 – 5]. Виникнення даного захворювання пов'язано також із розладами особистості [6 – 8]. Тому метою дослідження було порівняти рівень тривоги хворих на соматизований розлад залежно від типу особистості.

Матеріал і методи дослідження.

В основу роботи покладений та психодіагностичний аналіз 69 хворих на соматизований розлад різної тривалості. Формування вибірки проводилось в медичних закладах Івано-Франківська.

Дослідження рівня особистісної тривожності і реактивної (ситуаційної) тривожності у пацієнтів здійснювалось з допомогою методики самооцінки Ч. Спілбергера і Ю. Ханіна [9].

Для порівняльної характеристики тривожності хворих на соматизований розлад було сформовано чотири дослідницькі підгрупи тих типів особистості, які зустрічались найчастіше: шизоїдний, істеричний, іпохондричний і імпульсивний (дисоціальний).

Результати та їх обговорення.

Якщо розглянути показники реактивної тривожності серед різних типів особистості, які найчастіше зустрічались при соматизованому розладі, то ми отримаємо наступну картину: як видно з табл. 1, реактивна тривога при істеричному і іпохондричному типах особистості складає відповідно $52,2 \pm 1,16$ і $46,26 \pm 0,53$, що вказує на високий рівень тривоги (46 і вище); пацієнтів із шизоїдним і імпульсивним типом особистості ці показники відповідно складають $44,15 \pm 0,79$ і $39,21 \pm 0,69$, що характеризує помірний рівень реактивної (ситуаційної) тривожності.

Таб. 1. Показники реактивної тривоги залежно від типу особистості

	Хворі, n = 69			
	Шизоїдний n = 17	Істеричний n = 18	Іпохондричний n = 22	Імпульсивний n = 12
Середні показники реактивної тривожності M ± m	44,15 ± 0,79*	52,2 ± 1,16 #	46,26 ± 0,53 \$	39,21 ± 0,69&

Примітка:

* Статистична значущість відмінностей показників істеричної, іпохондричної та імпульсивної груп з показниками шизоїдної групи $p < 0,05$.

Статистична значущість відмінностей показників шизоїдної, іпохондричної та імпульсивної груп з показниками з показниками істеричної групи $p < 0,05$.

\$ Статистична значущість відмінностей з показників шизоїдної, істеричної та імпульсивної груп з показниками іпохондричної групи $p < 0,05$.

& Статистична значущість відмінностей показників шизоїдної, істеричної та іпохондричної груп з показниками з показниками імпульсивної групи $p < 0,05$.

Стосовно ж показників особистісної тривожності в чотирьох підгрупах досліджуваних хворих, то вони показали обернену закономірність із відповідними показниками реактивної тривоги: вони були більше представлені у пацієнтів із шизоїдним і імпульсивним типом особистості, та менше при істеричному і іпохондричному типах особистості. Отримані рівні особистісної тривожності в кожній з досліджуваних клінічних підгруп можна спостерігати на табл. 2.

Таб. 2. Показники особистісної тривожності залежно від типу особистості

	Хворі, n = 69			
	Шизоїдний n = 17	Імпульсивний n = 12	Істеричний n = 18	Іпохондричний n = 22
Середні показники особистісної тривожності M ± m	54,72 ± 0,76*	49,26 ± 0,79&	43,15 ± 0,69\$	38,29 ± 0,63#

Примітка:

* Статистична значущість відмінностей показників істеричної, іпохондричної та імпульсивної груп з показниками шизоїдної групи $p < 0,05$.

Статистична значущість відмінностей показників шизоїдної, іпохондричної та імпульсивної груп з показниками з показниками істеричної групи $p < 0,05$.

\$ Статистична значущість відмінностей з показників шизоїдної, істеричної та імпульсивної груп з показниками показниками іпохондричної групи $p < 0,05$.

& Статистична значущість відмінностей показників шизоїдної, істеричної та іпохондричної груп з показниками з показниками імпульсивної групи $p < 0,05$.

ВИСНОВКИ.

Розподіл показників реактивної та особистісної тривожності серед представників чотирьох різних типів особистості демонструє обернену закономірність: особистісна тривожність переважає при істеричному і іпохондричному типах особистості, а реактивна – із шизоїдним і імпульсивним типом особистості соматизованого розладу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування): Посібник / О. С Чабан., О. О Хаустова. – К.: ДСГ Лтд., 2004. – 96 с.
2. Al Busaidi Z. Q. The Concept of Somatisation: A Cross-cultural perspective Sultan Qaboos / Z. Q. Al Busaidi // Univ. Med. J. – 2010. – Vol. 10 (2). – P. 180 – 186.
3. Сукиасян С. Г. О некоторых взаимоотношениях между различными радикалами в рамках аффективной патологии: уровни депрессии, соматизации и тревожности / С. Г. Сукиасян, С. П. Маргарян, Н. Г. Манасян // Рос. псих. журн. – 2009. – №1. – С. 49 – 56.
4. Association of somatoform disorders with anxiety and depression in women in low and middle income countries: a systematic review / R. Shidhaye, E. Mendenhall, K. Sumathipala [et al]. // Int. Rev. Psychiatry. – 2013. – Vol. 25 (1). – P. 65 – 76.
5. Особливості афективної сфери хворих на соматизований розлад / Ю. М. Бежук, М. І. Винник, І. В. Тодорів [і співавт.]. – Галицький лікарський вісник. – 2014. – Т. 21, №2. – С. 11 – 13.
6. Moran J. R. Staying against advice: refusal to leave the hospital. Prim Care Companion / J. R. Moran, A. F. Gross, T. A. Stern // J. Clin. Psychiatry. – 2010. – Vol. 12 (6). – P. 10 – 46.
7. Бежук Ю. М. Дослідження особистості та механізмів виникнення у хворих на соматизований розлад / Ю. М. Бежук., М. І. Винник. – Експериментальна і клінічна медицина. – 2010. – №4. – P. 122 – 125.
8. The relationship between borderline personality symptomatology and somatic preoccupation among internal medicine out-patients / R. A. Sansone, N. A. Tahir, V. R. Buckner [et al.] // Prim. Care Companion J. Clin. Psychiatry. – 2008. – Vol. 10 (4). – P. 286 – 290.
9. Миколайський М. В. Клінічна психодіагностика: практикум: навч. посібник / М. В. Миколайський, М. М. Марусинець. – Івано-Франківськ: Видавництво «Плай» ЦІТ Прикарпатського національного університету ім. Василя Стефаника, 2009. – 279 с.

Г. М. Кожина, О. В. Полякова,

Харківський національний медичний університет,
кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харків, Україна.

М. В. Маркова,

Харківська медична академія післядипломної освіти,
кафедра сексології та медичної психології, Харків, Україна.

A. M. Kozhyna, A. V. Polyakova,

Kharkov national medical university,
department of psychiatry, narcology and medical psychology, Kharkov, Ukraine.

M. V. Markova,

Kharkov Medical academy of postgraduate education,
department of medical sexology and psychology, Kharkov, Ukraine.

ПСИХООСВІТНЯ ПРОГРАМА В РЕАБІЛІТАЦІЇ ЧОЛОВІКІВ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

**ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА В РЕАБИЛИТАЦИИ
МУЖЧИН БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ**

PSYCHO EDUCATION OF REHABILITATION PROGRAM IN MEN WITH EPILEPSY

УДК 616.89.02 613.86.70

Статья поступила в редакцию 15.05.2015

Резюме

Базуючись на результатах комплексного обстеження 96 чоловіків хворих на епілепсію, здійснено оцінку ефективності психоосвітніх програм у комплексній реабілітації хворих на епілепсію і розробку оптимальних підходів до їх застосування.

Встановлена висока результативність психоосвіти порівняно з традиційним комплексним лікуванням щодо редукції афективної симптоматики, підвищення рівня соціального функціонування, якості життя у хворих на епілепсію. Доведено доцільність впровадження системи заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на епілепсію, що включає диференційовані психоосвітні програми. На первинному рівні надання медичної допомоги: редукція афективної симптоматики (82,7%), підвищення рівня соціального функціонування (66,2%) та якості життя у хворих на епілепсію (75,1%). На вторинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,6%), підвищення рівня соціального функціонування (68,9%) та якості життя у хворих на епілепсію (88,4%). На третинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,7%), підвищення рівня соціального функціонування (72,5%) та якості життя у хворих на епілепсію (92,7%).

Ключові слова

епілепсія, психосоціальна реабілітація, психоосвіта, афективні розлади, соціальне функціонування.

Резюме

Основываясь на результатах комплексного обследования 96 мужчин больных эпилепсией, осуществлена оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных эпилепсией и разработка оптимальных подходов к их применению.

Установлена высокая результативность психообразования по сравнению с традиционным комплексным лечением по редукции аффективной симптоматики, повышению уровня социального функционирования и качества жизни у больных эпилепсией. Доказана целесообразность внедрения системы мер психообразовательной работы в комплексном лечении и реабилитации больных эпилепсией, включающей дифференцированные психообразовательные программы.

Оказана целесообразность оптимизации программы психосоциальной реабилитации больных эпилепсией путем имплементации интегративной модели психообразовательной работы, которая включает в себя использование различных информационных модулей, преподавания (мини-лекции), консультирования, коммуникативных тренингов, проблемно-ориентированных дискуссий, тренингов улучшения семейных коммуникаций.

Ключевые слова

эпилепсия, психосоциальная реабилитация, психообразование, аффективные расстройства, социальное функционирование.

Resume

Basing upon results of the comprehensive survey of 96 patients suffering from epilepsy, the authors evaluated the psychoeducation programs' efficiency in the rehabilitation of patients suffering from epilepsy and development of the effective methods of their use. Here is also established a high effectiveness of the psychoeducation comparatively with the traditional complex treatment as for the reduction of affective symptoms, increase of social functioning level and life quality of the patients with epilepsy. The reasonability of the implementation of the psychoeducation deal in treatment and rehabilitation of patients with epilepsy is demonstrated. The measures include differentiated psychoeducation programs. While a primary medical care: the reduction of affective symptoms contained 82,7%, the increase of a social functioning - 66,2%, and quality of life of the patients's with epilepsy - 75,1%. While the secondary care the reduction of affective symptoms contained 85,6%, the increase of a social functioning - 68.9%, and quality of life of the patients with epilepsy - 88,4%. While the tertiary care, the reduction of affective symptoms contained 85,7%, the increase of a social functioning- 72,5%, and quality of life of the patients with epilepsy - 92,7%.

Keywords

epilepsy, psychosocial rehabilitation, psychoosvita, affective disorders, social functioning.

Епілепсія, як одне з найбільш розповсюджених неврологічних захворювань, є значною медичною і соціальною проблемою. Розповсюдженість епілепсії в розвинутих країнах складає 5 – 10 випадків на 1000 населення. Згідно з результатами популяційних досліджень, що були проведені в розвинутих країнах, частота розвитку епілепсії коливається у межах від 0,28 до 0,53 на 1000 населення [1 – 3].

Європейська комісія Міжнародної протиепілептичної ліги відмітила, що діапазон і характер проблем, пов'язаних з епілепсією, є подібним в усіх європейських країнах, незважаючи на їх економічні, соціальні та інші особливості. Це недостатній розвиток системи адекватної допомоги хворим, в тому числі реабілітаційних заходів, стигматизація і соціальні проблеми, недостатня кількість фахівців і спеціалізованої допомоги, дефіцит знань щодо епілепсії в суспільстві, недостатня інформація щодо поширеності захворювання [4 – 6].

Відповідно до статистичних досліджень, в останні роки відзначається зростання в структурі психічної захворюваності форм епілепсії з непсихотичними психічними розладами, що відбиває очевидний патоморфоз клінічних проявів хвороби, який обумовлений впливом ряду біологічних і соціальних факторів [2, 7].

На якість життя пацієнта з епілепсією впливають медикаментозна ремісія, його психосоціальна адаптація до свого захворювання і пов'язані з ним обмеження в повсякденному житті, а також наявність або відсутність у хворого афективних і когнітивних розладів [8 – 10].

Реабілітація хворих на епілепсію не обмежується усуненням пароксизмальних проявів та психопатологічної симптоматики, що виникає на тлі органічної патології та патологічно зміненої реактивності нервової системи, і повинна бути націлена на створення для цієї категорії хворих оптимальних умов соціального функціонування, підвищення якості життя, здатності до самостійної активної діяльності – в сучасних умовах реформування медичної допомоги ця проблема стає ще більш значущою [2, 10].

Актуальність використання психоосвітніх програм у структурі реабілітаційних заходів у хворих на епілепсію зумовлена необхідністю поліпшення комунікативних здібностей пацієнта, потенціювання активності у вирішенні власних проблем, більш успішного і ефективного пристосування до вимог реального оточення, що в свою чергу дозволить досягти скорочення термінів і частоти госпіталізацій, поліпшення сімейного мікроклімату, зменшення навантаження на членів родин хворих на епілепсію [5, 7, 11].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Мета дослідження: оцінка ефективності психоосвітніх програм в комплексній реабілітації чоловіків хворих на епілепсію і розробка оптимальних підходів до їх застосування.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології було проведено комплексне обстеження 96 чоловіків у віці 18 – 35 років з встановленим діагнозом епілепсія (відповідно до класифікації епілепсії й епілептичних синдромів, прийнятих комісією з класифікації і термінології епілепсії Міжнародної протиепілептичної Ліги, 1989) і уточненою локалізацією вогнища. Термін захворювання на епілепсію не перевищував 10 років. Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію згідно стандартів МОЗ України в межах забезпечення лікувального закладу.

Основну групу, пацієнти якої брали участь у психоосвітній програмі, розробленої за результатами власних досліджень, склали 64 особи, в контрольну групу увійшли 32 чоловіка, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-неврологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Результати дослідження.

У ході роботи було проведено вивчення потреби хворих на епілепсію та їх родичів в інформації про психічні захворювання, методи їх лікування, основні і побічні дії лікарських препаратів. Як показали результати дослідження, найбільш важливою для хворих на епілепсію та їх родичів є достовірна інформація про причини виникнення епілептичних нападів (86,7% обстежених хворих та 83,2% їх родичів); необхідну допомогу хворому з епілептичним нападом (76,9% та 83,2% відповідно); ліки, які використовуються для лікування епілепсії, механізми їх дії, можливі побічні ефекти (92,1% та 95,2% відповідно); обмеження, що накладаються захворюванням на епілепсію (89,9% та 91,4%), юридичні аспекти, що пов'язані з захворюванням на епілепсію (45,6% та 36,2% відповідно), сексуальна дисфункція як наслідок побічної дії антиконвульсантів епілепсію (45,3% та 29,2% відповідно).

Базуючись на отриманих даних, розроблена програма психоосвітньої роботи, яка являє собою комплексну біфокальну (орієнтовану як на пацієнта, так і на членів його сім'ї) поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, що займають особливе місце в структурі лікувально-відновлювальних заходів. Основною метою психоосвіти є надання знань хворим на епілепсію і членам їх сімей про епілепсію та залучення до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах.

В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їх родин адекватного уявлення про захворювання; зниження у пацієнтів і членів їх родин рівня стигмати-

зованості та самостигматизованості; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Психоосвітні заняття для хворих на епілепсію проводилися в закритих групах (після початку циклу нові учасники не приймалися), з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Кожен цикл психоосвіти складався з 10 – 12 занять, тривалістю 45 хвилин з частотою 1 – 2 рази на тиждень.

Психоосвітні заняття з родичами пацієнтів проводилися з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Кожен цикл складався з 6 занять, тривалістю 45 хвилин з частотою 1 раз на тиждень.

Заняття проводив лікар-психіатр, також можливою була наявність двох ведучих – лікаря-психіатра та медичного психолога або соціального працівника.

Як показали результати дослідження, групова робота дає пацієнту можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, співвіднести її з власним досвідом. Важливе значення має те, що учасники можуть отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, але й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом знайти вирішення проблем. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, допомагають пацієнту та його родичам краще розуміти характер і особливості захворювання та те, як воно впливає на хворого і членів його сім'ї. Не менш значущим результатом групової програми є і те, що вона сприяє створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

При проведенні психоосвітньої роботи ми використовували наступні методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Система заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на епілепсію включає диференційовані психоосвітні програми для закладів, що надають первинну, вторинну та третинну медичну допомогу.

Таб. 1. Програми психоосвітніх заходів щодо хворих на епілепсію та їх сімей

Завдання етапу медичної допомоги	Виконавці	Необхідні психоосвітні дії
ПЕРВИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА (лікар загальної практики – сімейної медицини)		
Проведення необхідних діагностичних заходів при першому зверненні пацієнта з судомним нападом	Сімейний лікар	Надання інформації щодо можливих причин судомного нападу та алгоритму діагностичних заходів. Встановлення комплаєнсу.
За умови виключення соматичних причин епілептичного нападу направлення хворого до лікаря невролога		Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо можливого діагнозу епілепсії. Зниження у пацієнтів і членів їх родин рівня стигматизованості.
Моніторинг стану пацієнта з встановленим діагнозом епілепсія та виконання комплексу лікувальних та реабілітаційних заходів		Пояснення хворим необхідності дотримання здорового способу життя і роз'яснення особливостей лікування. Проведення роз'яснювальної роботи з пацієнтом щодо суті його захворювання з акцентуванням уваги на значній ефективності лікування епілепсії (до 50-75%). Формування прихильності до лікування.

(продовження таб.1)

Завдання етапу медичної допомоги	Виконавці	Необхідні психоосвітні дії
ВТОРИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА (спеціалізована неврологічна та психіатрична допомога)		
Проведення необхідних діагностичних заходів для встановлення діагнозу епілепсія	Невролог Психіатр	Зниження емоційного напруження при діагностичних заходах для встановлення діагнозу епілепсія та роз'яснення необхідності їх проведення. Вироблення у хворих та їх родичів компетентності.
Постановка діагнозу та призначення лікування	Невролог Психіатр Медичний психолог	Надання інформації про етіопатогенез та особливості клінічної картини епілепсії. Зниження емоційного напруження, що спровоковано фактом і проявами безпосередньо епілепсії. Надання інформації про медикаментозне лікування (механізми дії та особливості прийому антиконвульсантів, побічні ефекти).
Проведення підтримуючої терапії	Невролог Психіатр Психотерапевт Медичний психолог	Формування у хворих та членів їх родини адекватного уявлення про захворювання та його ускладнення. Навчання пацієнта та його родичів: спостереження за регулярністю прийому протиепілептичних препаратів, моніторингу їх побічної дії, контролю за частотою нападів у випадках неможливості повної ремісії.
ТРЕТИННА МЕДИЧНА ДОПОМОГА (високоспеціалізована неврологічна, психіатрична та нейрохірургічна допомога)		
Уточнення діагнозу та корекція схеми лікування	Невролог Психіатр Психотерапевт Медичний психолог	Корекція завдань психоосвітньої роботи закладами, які надають первинну та вторинну медичну допомогу, відповідно до результатів консультації або обстеження та рекомендованої терапевтичної тактики. Покращення якості життя та соціального функціонування хворого.
Подолання фармакорезистентності. Нейрохірургічне лікування	Невролог Нейрохірург Медичний психолог	Формування у хворих та членів їх родини адекватного уявлення про необхідність застосування полі терапії. Медико-психологічний супровід хворого при проведенні нейрохірургічного лікування.

При наданні первинної медичної допомоги основну роль в проведенні психоосвіти відіграє лікар загальної практики – сімейної медицини. При наданні вторинної та третинної медичної допомоги основну роль в проведенні психоосвіти відіграє мультидисциплінарна бригада, склад якої визначається станом хворого (наявність психічних розладів, показання до хірургічного лікування тощо) (табл. 1).

Ефективність психосвітної роботи була доведена достовірною позитивною динамікою результатів психодіагностичного дослідження до та після проведення комплексу психоосвітніх заходів.

До проведення психоосвітніх заходів у $75,8 \pm 1,9\%$ обстежених хворих виявлено легкий ($16,4 \pm 1,3$ бали), у $11,5 \pm 1,1\%$ – помірний ($24,6 \pm 1,7$ бали) депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У $55,4 \pm 2,1\%$ обстежених хворих виявлено легкий ($16,6 \pm 1,3$ бали), у $40,2 \pm 2,6\%$ – помірний ($24,9 \pm 1,8$ бали) тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. За шкалою астеничного стану виявлена перевага слабкої і помірної астенії у всіх хворих. За шкалою нервово-психічної напруги – переважала помірна і надмірна напруга ($p < 0,05$). У всіх обстежених хворих у загальній структурі якості життя найбільш проблемними визначені наступні сфери: соціо-емоційна підтримка – $15,1\%$; фізичне благополуччя та працездатність – $11,3\%$; суспільна і службова підтримка – $14,4\%$; самообслуговування та незалежність у діях – $10,1\%$; само-реалізація – $7,9\%$; міжособистісна взаємодія – $8,3\%$; психологічне, емоційне благополуччя – $7,2\%$; загальне сприйняття якості життя – $11,6\%$.

Після проведення психоосвітніх заходів у $34,5\%$ обстежених хворих основної групи та у $56,8\%$ контрольної виявлено легкий депресивний епізод, у $3,7\%$ обстежених основної і $10,5\%$ контрольної груп – помірний депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У $25,7\%$ обстежених основної і $45,4\%$ обстежених контрольної групи виявлено легкий, а $11,3\%$ та $35,3\%$ відповідно – помірний тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. За шкалою астеничного стану у $13,5\%$ обстежених основної групи виявлені ознаки слабкої астенії, у обстежених контрольної групи у $35,6\%$ відмічалися ознаки слабкої, у $29,2\%$ – помірної астенії. За шкалою нервово-психічної напруги – у $22,5\%$ обстежених основної групи відмічалася лише слабка напруга, у обстежених контрольної групи помірна і надмірна напруга – $34,6\%$ та $29,2\%$ відповідно. Після проведення психоосвітніх заходів показник якості життя в основній групі за усіма шкалами підвищився на $40,2\%$; у контрольній – на $27,7\%$ (рис. 1).



Умовні позначення шкал:

- | | |
|--|--|
| 1 – фізичне благополуччя; | 6 – соціо-емоційна підтримка; |
| 2 – психологічне благополуччя; | 7 – суспільна і службова підтримка; |
| 3 – самообслуговування і незалежність дій; | 8 – самореалізація; |
| 4 – працездатність; | 9 – духовна реалізація; |
| 5 – міжособистісна взаємодія; | 10 – загальне сприйняття якості життя. |

Рис. 1. Динаміка рівня якості життя у хворих на епілепсію під впливом психоосвіти

За результатами катamnестичного спостереження доведена доцільність впровадження системи заходів психоосвітньої роботи в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на епілепсію, що включає диференційовані психоосвітні програми для первинного, вторинного та третинного рівнів медичної допомоги. На первинному рівні: редукція афективної симптоматики (82,7%), підвищення рівня соціального функціонування (66,2%) та якості життя у хворих на епілепсію (75,1%). На вторинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,6%), підвищення рівня соціального функціонування (68,9%) та якості життя у хворих на епілепсію (88,4%). На третинному рівні: редукція афективної симптоматики (85,7%), підвищення рівня соціального функціонування (72,5%) та якості життя у хворих на епілепсію (92,7%).

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії епілепсії, який включав в себе психофармакотерапію з використанням антиконвульсантів у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Дзяк Л. А. Эпилепсия / Л. А. Дзяк, Л. Р. Зенков, А. Г. Кириченко // К.: «Книга плюс», 2001. – 168 с.
2. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги при епілепсії: діагностика та лікування епілепсії дорослих. – К., 2013. – 234 с.
3. Fenton G. W. Psychiatric disorders and epilepsy: classification and phenomenology / G. W. Fenton, E. H. Reynolds, M. R. Trimble [et al.] // *Epilepsy and psychiatry*. – New York, 2011. – P. 12 – 26.
4. Дубенко А. Е. Неэпилептические пароксизмальные состояния у больных с верифицированной эпилепсией / А. Е. Дубенко, Т. А. Литовченко // *Эпилепсия и пароксизмальные состояния*. – 2013. – Т. 5, №1. – С. 11 – 14/
5. Полякова А. В. Психотерапевтическая коррекция и реабилитация больных эпилепсией: современные подходы / А. В. Полякова // *Медична психологія*. – 2013. – Т. 8, №1 (29). – С. 107 – 110.
6. Carbamazepine as a single drug in the treatment of epilepsy / N. Callaghan, M. Callaghan, B. Duggan [et al.] // *J. Neurol., neurosurg., psychiat.* – 2013. – Vol. 41. – P. 907 – 910.
7. Кожина А. М. Психообразование в системе современной психиатрической помощи / А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук // *Таврический журнал психиатрии*. – 2013 – Т. 17, №2 (63). – С. 38 – 39.
8. Кожина Г. М. Система психотерапевтичної корекції емоційних розладів і медико-психологічної реабілітації осіб молодого віку з емоційними розладами при психосоматичних захворюваннях / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, М. В. Маркова // *Наукові записки міжнародного гуманітарного університету*. – 2014. – Одеса, Вип. 21. – С. 187 – 189.
9. Пріб Г. А. Принципи, структура та технологія медико-соціальної реабілітації психічно хворих / Г. А. Пріб // *Архів психіатрії*. – 2014. – Т. 20. – №3 (78). – С. 8 – 13.
10. Юрьева Л. Н. Эффективность психосоциальной реабилитации больных эпилепсией / Л. Н. Юрьева, В. Л. Подлубный // *Український вісник психоневрології*. – 2006. – Т. 14, Вип. 1 (46). – С. 104 – 107.
11. Пшук Н. Г. Предикторы формирования процесса психосоциальной реабилитации психічнохворих / Н. Г. Пшук // *Український вісник психоневрології*. – 2010. – Т. 18, Вип. 3. – С. 145.

Б. В. Михайлов,

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина.

B. V. Mykhaylov,

Kharkov Medical academy of postgraduate education, Kharkov, Ukraine.

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНО- ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

**КЛІНІКА І ТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ
ЕКСТРЕМАЛЬНО-ПСИХОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ**

**CLINIC AND THERAPY OF MENTAL AND BEHAVIOR DISTURBANCES
OF EXTREME-PSYCHOGENIC ORIGIN**

УДК 612.821+616.89

Статья поступила в редакцию 25.03.2015

Резюме

В работе представлены современные данные относительно психогенных расстройств, которые наблюдаются во время и непосредственно после чрезвычайных ситуаций. Данные расстройства можно объединить в 4 группы: непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психотические состояния. В отдаленном периоде у потерпевших развиваются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) или хронические изменения личности вследствие перенесенной катастрофы. Приведены современные данные относительно психотерапии и фармакотерапии данных расстройств.

Ключевые слова

реакция на стресс, невротические состояния, психотические состояния, психотерапия, фармакотерапия, экстренная медико-психологическая помощь.

Резюме

В роботі представлені сучасні дані відносно психогенних розладів, які спостерігаються під час і безпосередньо після надзвичайних ситуацій. Вони об'єднуються в 4 групи – непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психотичні стани. У віддаленому періоді у постраждалих розвиваються посттравматичні стресові розлади (ПТСР) або хронічні зміни особистості внаслідок перенесеної катастрофи. Приведені сучасні дані щодо психотерапії і фармакотерапії цих розладів.

Ключові слова

реакція на стрес, невротичні стани, психотичні стани, психотерапія, фармакотерапія, екстрена медико-психологічна допомога.

Resume

The contemporary data about psychogenic mental disorders that performed in process and after outstanding situations was observed. There consist 4 groups - non-pathological (physiological) reactions, pathological reactions, neurotic disturbances, psychotic disturbances. On the latest period on the victims the posttraumatic stress disorders (PTSD) or chronic per-

sonality disorders after catastrophic events were performed. The contemporary data about psychotherapy and pharmacotherapy were observed.

Keywords

stress disorder, neurotic disturbances, psychotic disturbances, psychotherapy, pharmacotherapy, urgent medical-psychological care.

В последнее время в Украине возросло количество лиц, которые нуждаются в экстренной медико-психологической помощи. Это связано с наличием значительных контингентов непосредственных участников военных действий в зоне АТО, свидетелей этих событий и пострадавших среди мирного населения, временно перемещенных лиц.

Психогенные расстройства при социальных волнениях, стихийных бедствиях, массовых катастрофах занимают особое место в связи с тем, что могут одновременно возникать у большого количества людей. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза расстройств, которые выявляются, а также проведение всех возможных (в конкретных экстремальных условиях) коррекционно-лечебных мероприятий.

Характеристика чрезвычайных ситуаций

Чрезвычайная ситуация (ЧС) – обстановка на определенной территории (акватории, объекте), сложившаяся в результате определенных событий (социального волнения, в т.ч. военных действий, естественной или техногенной катастрофы, другого бедствия), которые могут вызвать или вызвали человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительный материальный ущерб и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Психопатологические расстройства в чрезвычайных ситуациях

Психопатологические расстройства в ЧС имеют много общего с клиническими нарушениями, которые развиваются в обычных условиях. Однако есть и существенные отличия. Вследствие многочисленности внезапно действующих психотравмирующих факторов в ЧС психические расстройства одновременно возникают у большого количества людей. Клиническая картина в этих случаях не носит индивидуального характера и сводится к достаточно типичным проявлениям: от состояния дезадаптации и невротических реакций до реактивных психозов.

Определяющее значение для возникновения расстройств психики и поведения имеют характер и сила психической травмы, с одной стороны, и конституциональные особенности и преморбидное состояние – с другой.

Психогенные расстройства, которые наблюдаются во время и непосредственно после ЧС, объединяют в 4 группы – патологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы. В отдаленном периоде у пострадавших вследствие ЧС развиваются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) или хронические изменения личности вследствие перенесенной катастрофы [1 – 3].

1. Непатологические (физиологические) реакции. Характеризуются преобладанием эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений. Типичными являются чувство тревоги, страха, подавленности, беспокойство за судьбу родных и близких, стремление выяснить настоящие размеры катастрофы. Обычно сохраняются трудоспособность, возможность общения с окружающими и критическое отношение к своему поведению, способность к целенаправленной деятельности. Такие реакции также определяются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т. д.

В МКБ-10 такие реакции рубрифицируются в диагностическом кластере Z65.5 (переживание стихийного бедствия, боевых действий и других подобных обстоятельств).

2. Психогенные патологические реакции характеризуются невротическим уровнем расстройств. Общей характеристикой является острое возникновение, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.

Непосредственно после острого стрессового воздействия возникают растерянность, непонимание того, что происходит, наблюдается умеренное повышение активности. Нарушение речи ограничивается ускорением ее темпа, запинками, голос становится неадекватно громким. Мнестические нарушения обусловлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями в дальнейшем, тем не менее, собственные действия и переживания запоминаются. Характерным является субъективное изменение течения времени. При попытке оказать помощь пострадавшие пассивно подчиняются или становятся негативистичными. Речевая продукция отрывистая, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония.

Наряду с собственно психопатологической симптоматикой нередко отмечается соматовегетативная симптоматика. Возможны нарушения восприятия пространства.

Наиболее характерны три феномена: субъективное чувство сужения времени, когда все воспринимается как «здесь и сейчас», а прошлого и будущего нет; представление об отсутствии ресурсов для выхода из ситуации; переживание угрозы на уровне содержаний ценностей.

При смягчении или исчезновении стрессовой ситуации симптомы ослабевают в течении 8 часов, а при сохранении стресса – в течении 48 – 72 часов.

В МКБ-10 психогенные патологические реакции диагностируются в пределах рубрики F43.0 (острая реакция на стресс).

3. Психогенные невротические состояния. Важной особенностью невротических расстройств являются сохранения интеллекта и критического отношения к заболеванию, важнейших психологических характеристик личности, а также обратимость патологической симптоматики. В МКБ-10 эти состояния идентифицируются в пределах диагностического кластера F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Диссоциативное (конверсионное) расстройство (F 44) наиболее частое расстройство вследствие острой психогении. В клинической картине выделяют три главных симптомокомплекса: двигательные, сенсорные и вегетативные нарушения. Гиперкинезы довольно разнообразны: грубый ритмический тремор головы и конечностей, тики, хореоформные подергивания, блефароспазм, глоссолабильный спазм и др. Гиперкинезы коррелируются с эмоциональным состоянием больных, сочетаются с другими истероидными симптомами. Акинезии наблюдаются в виде истерического пареза и паралича, их течение происходит по типу моно-, пара-, редко – гемипареза и плегии. Классическими являются астазия – абазия. При этом тонус мышц, сила и объем движений в конечностях сохраняются в положении лежа. Относительно редко наблюдаются потеря голоса – афония, паралич языка, мышц шеи, конечностей, истерические контрактуры. Одним из характерных истерических проявлений являются припадки.

Сенсорные нарушения чаще всего наблюдаются в виде расстройств чувствительности и болевого синдрома: гипер-, гипоанестезии, алгии. Как и при двигательных нарушениях, не бывает анатомо-топографического соответствия.

Фобическое расстройство (F40.1 – 40.2) формируется реже и несколько позднее. Характеризуется развитием ощущения страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. На фоне острых приступов страха критическое начало может теряться, и больные считают опасность реальной.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42) формируется менее часто и несколько позже по времени. Характеризуется явлениями навязчивости, навязчивыми идеями, страхами (фобиями), навязчивым счётом, навязчивым мудрствованием («умственной жвачкой»), навязчивым воспоминанием забытых имен, терминов, дат, формулировок и т. д. Навязчивые мысли, сомнения, воспоминания, страхи и представления иногда переходят в навязчивые действия, т.е. такие, которые осуществляются против желания или при полном осознании их бессмысленности, несмотря на все приложенные усилия, чтобы удержаться от них.

Расстройство адаптации (F43.2) формируется, когда психогенный фактор носит подострый, но

продолжительный характер. В клинической структуре преобладает депрессивный синдром на астеническом фоне. Депрессия не имеет витального характера. Тоска неглубокая, слабо выражены сомато-вегетативные проявления. Суточная динамика обратная по сравнению с эндогенной депрессией (состояние ухудшается в вечерние часы).

4. Реактивные психозы.

Среди реактивных психозов в ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно-шоковые реакции, депрессивные реакции и диссоциативно-конверсионные расстройства психотического уровня.

Аффективно-шоковые реакции возникают при внезапном потрясении с угрозой для жизни, они всегда непродолжительные – от 15 – 20 минут до нескольких часов или суток. Клинически эти реакции проявляются в двух формах: гиперкинетической и гипокинетической.

Гиперкинетическая форма (реактивное, психогенное возбуждение): диссоциативная fuga (F44.1) – внезапное хаотическое, бессмысленное двигательное беспокойство. Это поведение возникает на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания с нарушением ориентировки в окружающем и последующей амнезией.

Гипокинетическая форма (реактивный, психогенный ступор): диссоциативный ступор (F44.2) – внезапная обездвиженность. Несмотря на смертельную опасность, человек застывает, речь нарушена (мутизм). Реактивный ступор обычно длится от нескольких минут до нескольких часов. В тяжелых случаях это состояние затягивается. Наступает выраженная атония или напряженность мышц. Больные лежат в эмбриональной позе или вытянувшись на спине, не принимают пищу. Глаза широко раскрыты, мимика отражает или испуг, или безвыходное отчаяние. При упоминании о психотравмирующей ситуации наблюдается вегетативная реакция. В дальнейшем наблюдается частичная психомоторная заторможенность.

Депрессивные психогенные реакции (реактивная депрессия). В этом состоянии больные подавлены, печальные, слезливые, ходят сгорбившись, сидят в сгорбленной позе с опущенной на грудь головой или лежат, поджав ноги. Идеи самообвинения бывают не всегда, но обычно переживания концентрируются вокруг обстоятельств, связанных с психической травмой. Реактивная депрессия иногда сочетается с отдельными истерическими расстройствами, а также явлениями дереализации, деперсонализации, сенестопатически-ипохондрическими расстройствами, бредом. Иногда состояние принимает вид депрессивного раптуса.

От эндогенных реактивные депрессии отличаются тем, что их возникновение совпадает с психической травмой; психотравмирующие переживания отражаются в клинической картине депрессии, после разрешения психотравмирующей ситуации или по истечении некоторого времени реактивная депрессия исчезает.

В случае, когда депрессия имеет осязаемую положительную динамику, эти состояния нужно определять по МКБ-10 как F43.2 (расстройства адаптации), если же динамика имеет прогрессирующий характер, она приобретает признаки т.н. эндогенной депрессии по А.Б. Смулевичу и должна рубрицироваться как F33 (рекуррентное депрессивное расстройство).

Диссоциативно-конверсионные реакции психотического уровня. Ганзеровский синдром (F44.90) характеризуется истерическим сумеречным расстройством сознания, во время которого больные дают нелепые ответы на простейшие вопросы, обнаруживают неспособность выполнять простейшие действия, не понимают назначения обычных предметов. Состояние протекает остро и заканчивается на протяжении нескольких дней.

Псевдодеменция (F44.9) отличается от Ганзеровского синдрома меньшей степенью нарушений сознания. Больные также дают неправильные ответы на простые вопросы. Делая ошибки при простых действиях, больные неожиданно могут справиться со сложной задачей. Выражение лица глуповато, больные таращат глаза, иногда смеются, однако аффект чаще депрессивный. Иногда бывают состояния тревоги. Псевдодеменция может протекать остро и заканчиваться в несколько дней, но иногда длится месяцами.

Пуэрилизм (F44.9). Характеризуется выраженными чертами детскости в поведении, мимике и речи, характере суждений и эмоциональных реакций. Больные начинают играть в игрушки, делают кораблики, капризничают, плачут, называют себя детскими именами. При выполнении элементарных задач делают такие же ошибки, как и больные с псевдодеменцией. По сравнению с псевдодеменцией пуэрилизм имеет тенденцию к более продолжительному течению.

Психогенный ступор – диссоциативный ступор (F44.2), которому может предшествовать одно из описанных выше реактивных состояний, выражается в полной обездвиженности больных и мутизме. На лице больных обычно выражение страха, они отказываются от пищи, бывают неопрятными. Наблюдаются тахикардия, повышенная потливость. Эта форма реактивного состояния может иметь тенденцию к затяжному течению.

Особенностью всех диссоциативно-конверсионных реакций является их способность переходить из одной формы в другую [4].

Отсроченные во времени расстройства психики и поведения невротически-личностного регистра

Посттравматические стрессовые расстройства (F43.1) – отсроченные и затяжные реакции на стрессовое событие исключительно угрожающего или катастрофического характера, после латентного периода от нескольких недель до нескольких месяцев. Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде флешбеков, снов или кошмаров, которые возникают на фоне хронического чувства «оцепенения» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии, избегания ситуаций, которые напоминают о травме [5].

Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0). Стойкие изменения психики и поведения, которые возникают вследствие стресса, катастрофы, и наблюдаются на протяжении более 2 лет с момента события. Характеризуются наличием ригидных и дезадаптирующих признаков, которые приводят к нарушениям в межличностном, социальном и профессиональном функционировании: враждебное или недоверчивое отношение к миру; социальная отчужденность; ощущение опустошенности и безнадежности; хроническое чувство постоянной угрозы, существование «на грани».

Экстренная медико-психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях

Прежде всего, необходимо устранить пребывание пациента в психотравмирующей ситуации.

Главными принципами предоставления помощи пострадавшим, которые перенесли психологическую травму в результате воздействия ЧС, являются: неотложность, близость к месту событий, ожидание, что нормальное состояние восстановится, единство и простота психологического воздействия.

В целом служба экстренной медико-психологической помощи выполняет следующие базовые функции: практическую: предоставление быстрой медико-психологической и (по необходимости) первой медицинской помощи населению; координационную: обеспечение связей и взаимодействия со специализированными медико-психологическими и психиатрическими службами.

Экстренная медико-психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях проводится на основах кризисного вмешательства.

Техника кризисного вмешательства

Кризисное вмешательство определяется как экстренная и неотложная медико-психологическая скорая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, предотвращение прогрессивного развития нарушений психики, снижение отрицательного влияния травматического события. Основными принципами кризисного вмешательства являются неотложность, близость к месту события, установка на восстановление, фокус на решении проблем, кратковременность и простота. Основными целями являются стабилизация состояния, снятие или уменьшение острых симптомов дистресса и восстановление адаптивного независимого функционирования.

Технические приемы:

- 1) помощь пациенту в изложении своих переживаний;

- 2) помочь пациенту дистанцироваться от события, чтобы понять, что произошло;
- 3) преодолеть текущую алексетирию, 4) вернуть пациента к его прежнему уровню функционирования.

В процессе высказывания травмирующих переживаний встречаются несколько феноменологических разновидностей:

- 1) Люди, которые захвачены эмоциями и с трудом говорят.
 - 2) Люди, которые, рассказывая об ужасающих событиях, не выражают никаких эмоций вообще.
 - 3) Люди, которые испытывают чувство вины за то, что они пережили это бедствие, тогда как другие погибли или пострадали.
 - 4) Люди, которые чувствуют, что они каким-то образом стали причиной катастрофы, или, что им следовало сделать что-то иначе, чтобы кого-либо спасти.
1. В первом случае специалист должен помочь пациенту успокоиться и направить процесс вербализации переживаний.
 2. Во втором случае специалист может направить процесс формирования обычных чувств, которые большинство людей могли бы чувствовать в подобных обстоятельствах.
 3. Для пациентов, которые переживают чувство вины за то, что они выжили в трагедии, необходимо смещение фокуса вины на конструктивные действия пациентов в дальнейшем.
 4. Для пациентов, которые чувствуют, что они могли каким-то образом стать причиной катастрофы, важно помочь осознать, насколько непреодолимым было происшествие, с которым им пришлось столкнуться. Путем изложения своих переживаний следует добиваться высвобождения и деактуализации аффекта.

Варианты проведения кризисного вмешательства

В экстремальных ситуациях, связанных с угрозой для жизни

Ситуационные реакции невротического уровня.

1. Помогите пострадавшему высказать чувства, связанные с пережитым событием.
2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам подумает над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).
3. Дайте пострадавшему возможность общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события и т.п.).
4. Не разрешайте пострадавшему играть роль «жертвы», т.е. использовать трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

Ситуационные реакции психотического уровня.

1. Вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.
2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Заберите от него предметы, которые представляют потенциальную опасность.
3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.
4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не старайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации убедить потерпевшего невозможно.

Целью медико-психологического сопровождения всех пострадавших является купирование нарушений психики и поведения, профилактика (вторичная и третичная) психической дезадаптации, прогрессивного течения психических нарушений. Для этого используют психокоррекцию, суггестивную, когнитивно-поведенческую и некоторые другие виды психотерапии. Для того чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, необходимо восстановить в нем чувство собственной активности, контроля над ситуацией. Задачей психотерапевтической помощи является поддержка пациента, переработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы и активной жизненной позиции. Важно вернуть пострадавшему чувство компетентности за счет воспоминаний о преодоленных трудных ситуациях и

проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт. При этом специалисту нужно отслеживать возможные суицидальные тенденции и аффективные реакции, разряжать агрессию, переводя ее на себя.

При невротических состояниях основной целью лечения является купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях продолжающейся психогении. Наиболее эффективным психотерапевтическим методом в этих случаях является когнитивная психотерапия [6 – 8].

Психофармакотерапия расстройств психики и поведения

Психофармакотерапия расстройств невротического уровня

Применяется широкий спектр психотропных средств – анксиолитиков, антидепрессантов, атипичных нейролептиков, антипароксизмальных и тимолептических препаратов. При их назначении целесообразно стремиться к монотерапии с применением комфортных при употреблении для больных лекарственных препаратов.

Учитывая возможность повышенной чувствительности, а также возможность побочных эффектов, психотропные средства обычно назначаются в малых и средних дозировках.

Фармакотерапия направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективных и соматовегетативных. Это обуславливает выбор соответствующих фармакологических групп.

Препаратами первого выбора для этой категории являются антидепрессанты.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА): амитриптилин – от 25 до 200 мг в сутки – (макс. доза – 400 мг). Может применяться как длинными, так и короткими курсами. Тианептин – от 12,5 до 37,5 мг в сутки (макс. доза – 50 мг).

Антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, S-циталопрам. Недостатком препаратов этой группы является относительно малый анксиолитический компонент действия и, в силу этого, недостаточная эффективность в отношении нарушений эмоциональной сферы с тревожным компонентом. Латентное окно терапевтического действия в течение 10 – 14 дней у всех препаратов этой группы вынуждает на протяжении этого времени применять анксиолитики-транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Препараты этой группы назначаются продолжительными курсами, до 4 месяцев: проксетин – 10 до 40 мг в сутки (макс. доза – 80 мг); сертралин – от 50 до 100 мг в сутки (макс. доза – 200 мг); флуоксетин – от 20 до 40 мг в сутки (макс. доза – 80 мг); циталопрам – от 20 до 40 мг в сутки (макс. доза – 60 мг); флувоксамин – от 50 мг до 100 мг в сутки (макс. доза – 300 мг).

Тетрациклические антидепрессанты: мirtазапин (пресинаптический α_2 -антагонист, улучшающий норадренергическую и серотонинергическую передачу) – доза от 15 до 30 мг в сутки (макс. доза до 45 мг/сут.).

При выраженных компонентах тревоги более эффективным может быть применение антидепрессантов двойного действия – ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН) (венлафаксин – 75 – 225 мг/сут., милнаципран (иксел) – 25 – 200 мг/сут., тразодон (тритико) – 50 – 600 мг/сут.). Значительный положительный эффект, особенно при наличии в клинической структуре инсомний, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда – мелитор – от 25 до 50 мг/сут. (макс. доза – 50 мг).

При затяжном течении возможно применение нормотимиков: карбамазепин – от 200 до 400 мг/сут. (макс. доза – 1000 мг); вальпроат натрия – от 300 до 600 мг/сут. (макс. доза – 1400 мг); прегабалин (лирика) – от 150 до 600 мг/сут. (макс. доза – 600 мг).

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда могут применяться однократно или короткими курсами 7 – 14 дней: диазепам – от 5 до 40 мг/сут. (макс. доза – 60 мг); клоназепин – от 2 до 8 мг/сут. (макс. доза – 16 мг); гидазепам – от 10 до 40 мг/сут. (макс. доза – 60 мг); оксазепам – от 10 до 60 мг/сут. (макс. доза – 90 мг); феназепам – от 0,5 до 3,0 мг/сут. (макс. доза – 6,0 мг).

Препаратом выбора при пароксизмах с алгическим и выраженным тревожным компонентом является прегабалин (лирика) – от 75 до 300 мг/сут.

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает небензодиазепиновый анксиолитик – афобазол от 10 до 30 мг/сут. и бензодиазепиновый – Гидазепам от 50 до 500 мг.

Если эффект лечения транквилизаторами оказывается недостаточным, возможно их совместное применение с корректорами поведения: тиоридазин – от 30 до 75 мг/сут. (max доза – 800 мг). При наиболее выраженных сомато-вегетативных и сомато-сенсорных компонентах как пароксизмального, так, особенно, перманентного характера показанное применение атипичных нейролептиков – сульпирид – от 100 до 300 мг/сут. (max доза – 800 мг).

При астеническом синдроме применяют седативные и психостимулирующие средства (сиднокарб, сиднофен – 10 – 20 мг/сут., кофеин, кордиамин – до 10 мг/сут.), растительные адаптогены – стимуляторы, витамины, ноотропные препараты. Эффективным является фенилпирацетам (энтроп) в дозе 100 мг дважды в сутки).

Для лечения соматовегетативных нарушений дополнительно назначают также альфа- и бета-блокаторы (пирроксан – до 100 мг/сут., анаприлин – до 40 мг/сут. и их аналоги), М-холинолитики (амизил – до 3 мг/сут.), препараты никотиновой кислоты, ганглиоблокаторы (ганглерон – до 100 мг/сут.).

Психофармакотерапия расстройств психотического уровня

Терапевтическая тактика определяется остротой и клинической формой реактивного психоза. Парентерально вводят нейролептические средства хлорпромазин (до 500 мг/сут.), галоперидол (до 40 мг/сут.), тизерцин (до 400 мг/сут.), клопиксол (до 400 мг/сут.) с коррекцией действия паркопаном, циклодолом и др. После купирования острейшего периода возможен переход к транквилизаторам бензодиазепинового ряда (диазепам, хлордиазепоксид, до 40 – 60 мг/сут., транксен, по 50 – 100 мг) с дальнейшим пероральным введением этих или других (медазепам, по 20 – 30 мг, нитразепам, по 5 – 10 мг) транквилизаторов.

В лечении реактивных депрессий главное место принадлежит тимолептикам, по необходимости – в сочетании с атипичными антипсихотическими средствами и транквилизаторами. При мономорфных депрессиях с преобладанием моторной и идеаторной заторможенности показаны СИОЗС и ТЦА. Полиморфные депрессии, в клинической картине которых есть психопатоподобные расстройства (чаще всего истероидного круга), лечат антидепрессантами широкого спектра действия с седативным компонентом ТЦА или ИОЗСиН.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Михайлов Б. В. Психодинамическая психотерапия: Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе / Под ред. проф. Б. В. Михайлова, проф. М. П. Боро. – Донецк: Каштан, 2009. – С. 395 – 422.
2. Психоневрологічні розлади у осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (Клінічний посібник) / Б. В. Михайлов, Т. С. Міщенко, Н. П. Волошина [та ін.] (російською мовою). – Х., 2006. – 40 с.
3. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Х.: ХМАПО, 2013. – 224 с.
4. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників) (Методичні рекомендації). – К.: МОЗ України, 2010. – 31 с.
5. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак [та ін.]. – Х., 2014. – 16 с.
6. Психотерапія: Уч. для лікарів-інтернів вищих медических навчальних закладів III – IV рівней акредитації / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко и др. – Х.: Око, 2002. — 768 с.
7. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак [та ін.]. – Х., 2014. – 28 с.
8. Behavioral therapy versus addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders / M. P. McGovern, C. Lambert-Harris, A. I. Alterman [et al.] // Journal of Dual Diagnosis. – 2011. – №7. – P. 207 – 227.

Е. И. Кудинова,

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра психотерапии, Харьков, Украина.

O. I. Kudinova,

Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy,
Kharkov, Ukraine.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ

SOMATOFORM DISORDERS: CLINIC, DIAGNOSTIC, PRINCIPLES OF THERAPY

УДК 612.821+616.89

Статья поступила в редакцию 25.03.2015

Резюме

Проведен анализ наиболее важных механизмов психосоматических взаимоотношений. Показана необходимость тщательной рубрификации соматоформных расстройств. Определены варианты их клинической манифестации, принципы диагностики и построение патогенетической терапии. Освещены во-просы этапной организации психотерапевтического процесса в современных условиях.

Ключевые слова

соматоформные расстройства, психотерапия.

Резюме

Проведений аналіз найбільш важливих механізмів психосоматичних взаємовідношень. Показана необхідність ретельної рубрифікації соматоформних розладів. Визначені варіанти їх клінічної маніфестації, принципи діагностики та побудови патогенетичної терапії. Висвітлені питання етапної організації психотерапевтичного процесу в сучасних умовах.

Ключові слова

соматоформні розлади, психотерапія.

Resume

In the article the main sights on mechanisms psychosomatic of mutual relations are analysed, the necessity rubrification of somatoform disorders is justified, their clinical manifestations, principles of diagnostics and pathogenetic therapy are considered. The paths of introduction of the adequate organizational forms of psychotherapy improvement at the present stage are offered.

Keywords

somatoform disorders, psychotherapy.

Со второй половины XX века в обществе наблюдается значительный рост психосоматических расстройств. При этом опережающими темпами возрастают показатели заболеваемости и распространенности соматических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы [1 – 6].

В то же время анализ изменений структуры заболеваемости расстройствами психики и поведения показывают, что практически 100% прироста обусловлены непсихотическими, так называемыми пограничными расстройствами [7, 8]. Наряду с этим наблюдается куда более значительный рост по всем основным классам соматических заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные заболевания, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки), в генезе которых значительную роль играют психосоматические механизмы. В свою очередь, «внутренний» анализ клинической структуры распространенных соматических заболеваний показывает, что такой значительный рост показателей в значительной мере обусловлен, с одной стороны, недиагностированными соматизированными депрессиями, а с другой – соматоформными расстройствами (СФР), состояниями, которые в отечественной медицинской практике традиционно диагностируются как вегетососудистая дистония или нейроциркуляторная дистония. Сложившаяся ситуация требует решения с позиций адекватной диагностики, соответствующих терапевтических подходов и организационных форм для их реализации [9, 10].

Несмотря на то, что существуют многочисленные теории, пытающиеся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза.

Происхождение СФР должно рассматриваться в русле общей психосоматической медицины. Основное этиологическое значение имеют 3 группы факторов.

1. Наследственно-конституциональные факторы, среди которых необходимо выделить конституционно-типологические особенности ЦНС и личностно-акцентуационные особенности.
2. Психоэмоциональные, или психогенные факторы – острые или хронические факторы внешнего воздействия, опосредованные через психическую сферу, имеющие как когнитивную, так и эмоциональную значимость, и в силу этого играющие роль психогении.
3. Органические факторы – различного рода преморбидная органическая (травматическая, инфекционная, токсическая, гипоксическая и др.) соматическая скомпрометированность интегративных церебральных систем надсегментарного уровня, прежде всего лимбико-ретикулярного комплекса.

Теоретические исследования механизмов формирования психогенных расстройств традиционно проводились в рамках двух принципиально различных парадигм, основные положения которых были сформулированы еще в период античной медицины. Согласно первой из них – «психоцентрической» – причинно-следственные соотношения направлены от «психической» составляющей заболевания к «соматической». Соответственно постулируется первичность психических процессов при формировании соматических расстройств. Противоположные соотношения – причинно-следственная направленность от «соматической» составляющей заболевания к «психической» – характерны для второй – «соматоцентрической» парадигмы, при этом приоритетная роль при формировании психосоматических расстройств отводится соматическим процессам.

Психоцентрические концепции разрабатывались как представителями психосоматического, так и кортико-висцерального направления.

Согласно концепции стресса Г. Селье, в условиях неразрешимости задачи, предъявляемой внешней средой, чрезмерно интенсивная и длительная стресс-реакция организма из звена адаптации превращается в звено повреждения. Воздействие стресса интерпретируется в качестве причины, как возникновения, так и прогрессирования соматического заболевания. В качестве основных психофизиологических механизмов рассматриваются эмоциональное возбуждение либо торможение, приводящие соответственно к активации ЦНС и симпатической нервной системы, либо к блокированию вазомоторных процессов [11].

Различные психодинамические теории постулируют возможность возникновения соматического заболевания в результате патологического смещения и последующей трансформации психической энергии в «энергию иннервации», приводящую к функциональным, а затем и к органическим нарушениям деятельности внутренних органов.

Теория S. Freud'a предусматривала возможность формирования «невроза органа» за счет смещения энергии вытесненных в бессознательное конфликтов в сферу функционально-анатомических образований («конверсия на орган») [12]. Достаточно близкой является концепция символического языка органов А. Адлера, базирующаяся на допущении, что соответствующие системы органов могут специфически отражать психические процессы [4]. F. Alexander в своей концепции специфичности отказывается от символической интерпретации органической висцеральной патологии. Развитие вегетативного невроза расценивается как следствие «бессознательных конфликтов», возникших из-за невротического развития ребенка; при этом эмоциональное напряжение, не получая разрядки вовне, приводит к персистирующим изменениям вегетативной нервной системы, формированию необратимых органических изменений органов [13].

Исследования, проведенные в русле противоположной – соматоцентрической парадигмы, направлены, в основном, на изучение довольно ограниченного круга психических расстройств (симптоматические психозы). Так, в рамках концепции «экзогенного типа психических реакций» в качестве психофизиологического механизма возникновения расстройств рассматривалось воздействие на мозг соматической вредности, ведущее к манифестации определенного строго ограниченного набора психопатологических синдромов [7, 14, 15, 19].

Однако, несмотря на многочисленность теорий, пытающихся объяснить этиологию и патогенез психосоматических заболеваний, ни одна из них не смогла дать исчерпывающего объяснения психосоматических расстройств. Поэтому в последнее время стали говорить об их мультифакторном генезе, где каждая из предложенных теорий объясняет одно из звеньев патогенеза [6, 10, 14, 16 – 18].

Тесное переплетение и взаимовлияние психических и соматических расстройств позволило нам выделить в пределах патологии этого круга пять типов состояний, отражающих различную структуру психосоматических соотношений:

1. Соматизированные психические реакции – СФР, формирующиеся вследствие эмоционально-психосоматической патологии в рамках образований невротического либо личностно-конституционального регистров (невротические расстройства, невропатии и личностные развития).
2. Психогенно-личностные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события, как фактор субъективно произвольный, независимый от воли, существенно влияющий на качество жизни больного) – вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.
3. Органные или системные соматические поражения психосоматического характера, возникающие в ответ на констелляцию социально-психогенных, личностно- и биоконституциональных факторов (в виде «ответа» органа или системы-мишени – *locus minoris resistentia*).
4. Реакции экзогенного типа (соматогении), развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания, в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики.
5. Соматопсихическая коморбидность – относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Данные о распространенности патологии психосоматического круга (с учётом представленной типологии) свидетельствуют о преобладании СФР (1-я группа). Частота описываемых состояний среди населения колеблется, по оценкам различных авторов, от 15% до 40% [1, 4, 14 – 16]. Вследствие этого назрела необходимость интегрированного рассмотрения расстройств данного типа.

Разного рода псевдосоматические расстройства, в которых выражаются те или иные психические расстройства, с давних пор описывались в рамках астенических, истерических, ипохондрических и некоторых других проявлений. В то же время, в последнее время в структуре невротических расстройств стремительно увеличивается удельный вес соматовегетативных и неврологических компонентов, соответственно уменьшается чисто психическая симптоматика.

В современных представлениях рубрика СФР включает в себя три базисных компонента: истерические расстройства, органические неврозы, вегетососудистую и нейроциркуляторную дистонию.

Несмотря на давно принятый в общемировой практике модус рассматривать эти состояния в русле психогенно-конституциональных расстройств, которые диагностируются и курируются психиатрами и психотерапевтами, в медицинской практике продолжается – и отстаивается – параллельное их курирование неврологами и кардиологами. Так, используются термины и классификации для НЦД, предложенные Г. Ф. Лангом, Н. Н. Савицким, В. И. Маколкиным [8, 19 – 20].

Для обозначения дизрегуляторных расстройств сердечно-сосудистой системы Г. Ф. Лангом был впервые предложен термин «нейроциркуляторная дистония», который представлял НЦД как синдром, создающий опасность для развития гипертонической болезни. В качестве самостоятельного заболевания НЦД впервые представил П. Н. Савицкий, который выделил три ее варианта: кардиальный, гипотонический и гипертонический. Наиболее детализированной является классификация, разработанная Г. М. Покалевым и В. Д. Трошиным, в которой не только обозначены различные типы НЦД с учётом её происхождения, но и выделены клинические варианты их течения, осложнения и фазы заболевания. Многие исследователи до настоящего времени считают наиболее приемлемым следующее определение НЦД: «Нейроциркуляторная дистония – самостоятельное, полиэтиологическое заболевание, являющееся частным проявлением вегетативной дистонии, при котором имеются дизрегуляторные изменения преимущественно в сердечно-сосудистой системе, возникающие вследствие первичных или вторичных отклонений в надсегментарных и сегментарных центрах вегетативной нервной системы».

Параллельно существуют воззрения А. М. Вейна и соавт., которые считают, что НЦД не может быть самостоятельным заболеванием, а является лишь «осколком» ВСД.

В последние годы А. М. Вейн признал правомерность и необходимость замены термина «вегетативные кризы» на «панические атаки» [12].

В настоящее время среди терапевтов и невропатологов продолжается тенденция к шифрованию вегетососудистой и нейроциркуляторной дистонии по МКБ-10 в классе VI – болезни нервной системы как G.90.8 и G.90.9 соответственно.

Согласно МКБ-10 к соматоформным расстройствам отнесены следующие диагностические рубрики [14].

F45.0 Соматизированное расстройство

Основным диагностическим признаком является наличие множественных, повторно возникающих и часто видоизменяющихся соматических симптомов, которые обычно имеют место на протяжении не менее 2-х лет. Симптомы могут относиться к любой системе или органу.

Клинически значимые признаки.

Течение расстройства хроническое, часто сопровождается нарушением социального, межличностного и семейного поведения.

Диагностические критерии:

- а) наличие в течение не менее 2 лет множественных и переменных соматических симптомов, которым не было найдено адекватного соматического объяснения;
- б) постоянное неверие различным врачам, которые пытались разубедить пациента в существовании органической причины их симптомов и отказ следовать их советам;
- в) нарушения социального и семейного функционирования могут быть отнесены за счет симптоматики и обусловленного ею поведения.

F45.1 Недифференцированное соматоформное расстройство

Эта категория должна использоваться в случаях, когда соматические жалобы множественны, переменны и длительны, но, в то же время, полная и типичная клиническая картина соматизированного расстройства не обнаруживается, а длительность заболевания менее 2-х лет.

Может отсутствовать напористый и драматический характер предъявления жалоб, последние могут быть сравнительно малочисленны или может полностью отсутствовать нарушение социального и семейного функционирования.

F45.2 Ипохондрическое расстройство

Основной признак заключается в постоянной озабоченности возможностью заболевания одним

или более тяжелым и прогрессирующим соматическим расстройством. Больные постоянно предъявляют соматические жалобы или проявляют озабоченность своим соматическим состоянием. Нормальные или обыкновенные ощущения и явления часто интерпретируются больным как аномальные и неприятные, причем внимание обычно фокусируется на одном или двух органах или системах организма. Больной может назвать предполагаемое соматическое заболевание или дефект тела, сам характер предполагаемого заболевания может меняться. Нередко больной предполагает, что помимо основного заболевания существует и дополнительное. Симптоматика и нарушение продуктивности обычно имеют хронический и волнообразный характер. Многие больные, особенно с легкими формами этого расстройства, продолжают наблюдаться в рамках первичной медицинской помощи или непсихиатрических медицинских служб.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза необходимо сочетание обоих критериев:

а) наличие постоянных идей о существовании одного или более тяжелых соматических заболеваний, обуславливающих имеющийся симптом или симптомы, или фиксация на предполагаемом уродстве, причем указанная идея сохраняется, несмотря на то, что не обнаружено адекватное соматическое объяснение соответствующим жалобам;

б) постоянное неверие различным докторам, пытающимся убедить пациента в отсутствии соматической болезни, обуславливающей их симптомы.

F45.3 Соматоформная вегетативная дисфункция

Жалобы предъявляются больным таким образом, будто они обусловлены соматической патологией различной системно-органной принадлежности: сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной, дыхательной и пр.

Первый тип симптомов, на котором во многом основывается диагностика, характеризуется жалобами, отражающими объективные признаки вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, покраснение и тремор. Второй тип характеризуется более идиосинкразическими, субъективными и неспецифическими симптомами, такими как ощущения мимолетных болей, жжения, тяжести, напряжения, ощущения раздувания или растяжения. Эти жалобы относятся больным к определенному органу или системе (к которым может относиться и вегетативная симптоматика). Характерная клиническая картина складывается из отчетливого вовлечения вегетативной нервной системы, дополнительных неспецифических субъективных жалоб и постоянных ссылок больного на определенный орган или систему в качестве причины своего расстройства.

У многих больных с этим расстройством имеются указания на наличие психологического стресса или затруднения и проблемы, которые представляются связанными с расстройством. Тем не менее, у значительной части больных, отвечающих критериям данного расстройства, отягощающие психологические факторы не выявляются.

В некоторых случаях могут также присутствовать незначительные нарушения физиологических функций, такие как икота, метеоризм и одышка, но сами по себе они не нарушают основного физиологического функционирования соответствующего органа или системы.

Диагностические указания:

Для достоверного диагноза требуются все следующие признаки:

а) симптомы вегетативного возбуждения, такие как сердцебиение, потение, тремор, покраснение, которые имеют хронический характер и причиняют беспокойство;

б) дополнительные субъективные симптомы, относящиеся к определенному органу или системе;

в) озабоченность и огорчения по поводу возможного серьезного (но часто неопределенного) заболевания этого органа или системы, причем повторные объяснения и заверения на этот счет врачей остаются бесплодными;

г) отсутствуют данные о существенном структурном или функциональном нарушении данного органа или системы.

F45.30 Соматоформная вегетативная дисфункция сердца и сердечно-сосудистой системы

Включаются: – невроз сердца; – синдром Да Коста; – нейроциркуляторная астеня.

F45.31 Соматоформная вегетативная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта

Включаются: – невроз желудка; – психогенные аэрофагия; – икота; – диспепсия; – пилороспазм.

F45.32 Соматоформная вегетативная дисфункция нижнего отдела желудочно-кишечного тракта

Включаются: – психогенный метеоризм; – синдром раздраженного кишечника; – синдром газовой диареи.

F45.33 Соматоформная вегетативная дисфункция дыхательной системы

Включаются: – психогенные формы кашля и одышки.

F45.34 Соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой системы

Включаются: – психогенное повышение частоты мочеиспускания; – психогенная дизурия.

F45.38 Соматоформная вегетативная дисфункция других органов или систем

F45.4 Хроническое соматоформное болевое расстройство

Ведущей жалобой является постоянная, тяжелая и психически угнетающая боль, которая полностью не может быть объяснена физиологическим процессом или соматическим расстройством и которая появляется в сочетании с эмоциональным конфликтом или психосоциальными проблемами, которые могут быть расценены в качестве главной причины. Сюда не включается боль предположительно психогенного происхождения, которая возникает в течение депрессивного расстройства или шизофрении. Боли, возникающие по известным или подразумеваемым психофизиологическим механизмам, такие как боль мышечного напряжения или мигрень, но у которых предполагается психогенное происхождение, кодируются по шифру F54 (психологические или поведенческие факторы, связанные с расстройствами или заболеваниями, классифицируемыми в других разделах), плюс – дополнительным кодом из других рубрик МКБ-10 (например, мигрень F43).

F45.8 Другие соматоформные расстройства

При этих расстройствах жалобы больных не опосредуются вегетативной нервной системой и ограничиваются отдельными системами либо частями тела. Сюда следует относить любые другие расстройства ощущений, возникающие вне связи с органическими расстройствами, которые тесно связаны по времени со стрессорными событиями и проблемами.

Включаются следующие типы расстройств:

а) «истерический ком» (ощущение комка в горле, вызывающее дисфагию); а также другие формы дисфагии;

б) психогенная кривошея и другие расстройства, сопровождающиеся спазмоидными движениями (но исключая синдром Туретта);

в) психогенный зуд (но исключая специфические кожные расстройства, такие как алопецию, дерматиты, экзему или утрикарию психогенного генеза (F54));

г) психогенную дисменорею (но за исключением диспареунии (F52.6) и фригидности (F52.0);

д) скрежетание зубами.

F45.9 Соматоформное расстройство, неуточненное

Включается:

– неуточненное психофизиологическое;

– психосоматическое расстройство.

Выраженный клинический патоморфоз СФР, значительное расширение их классификационной рубрики и увеличение удельного веса соматической патологии, протекающей с пограничными психическими расстройствами, требует пересмотра и уточнения критериев дифференциальной диагностики и создает предпосылки для разработки новых диагностических и терапевтических подходов, опирающихся как на внедрение новых инструментальных исследований, так и на тщательное изучение психопатологической симптоматики.

Особого внимания требует проведение дифференциальной диагностики с соматическими заболеваниями, тревожно-депрессивными и ипохондрическими расстройствами.

Терапия СФР включает в себя широкий круг лечебных мероприятий, требующих участия специалистов по принципу междисциплинарной бригады – психиатров, психотерапевтов, психологов.

Необходимо учитывать негативно-оппозиционное отношение больных к попыткам обсуждения возможности психологической обусловленности симптомов, даже при наличии отчетливых депрессивных или тревожных проявлений. Вследствие этого базисным направлением в лечении больных СФР в настоящее время является психотерапия.

На начальном этапе применяется рациональная психотерапия, направленная на разъяснение механизмов развития аффективных, когнитивных и сомато-вегетативных механизмов клинической картины СФР и выработку развития совместно с больным тактики преодоления психотравмирующей ситуации.

При переходе к основному терапевтическому этапу с больными отрабатываются приемы, направленные на коррекцию патологических ощущений в психосенсорной сфере. Для этого проводится концентрация внимания на спокойных, желательных статичных, эмоционально позитивных представлениях (любимый пейзаж и т.д.). При недостаточной способности больного к образному мышлению следует предложить мысленно с закрытыми глазами выписывать белой краской на белом фоне какую-нибудь фигуру. Такого рода занятия, будучи эмоционально нейтральными, в то же время способствуют восстановлению нормального психосенсорного функционирования.

Наибольший эффект для собственно коррекции психосенсорных расстройств даёт гипносуггестивная терапия.

В дальнейшем, на супортивном этапе, проводится обучение пациентов навыков аутогенной тренировки (АТ). Наиболее эффективной мы считаем модификацию АТ в виде психорегулирующей тренировки (ПТ).

Фармакотерапия больных с СФР направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективные и сомато-вегетативные. Это обуславливает выбор препаратов соответствующих фармакологических групп.

Антидепрессанты. Препаратами первого выбора являются антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) – сертралин (золофт), пароксетин (паксил), флюоксетин (прозак), циталопрам (ципрамил), S-циталопрам (ципралекс). Недостатком препаратов этой группы является отсутствие анксиолитического компонента действия и, в силу этого, недостаточная эффективность в отношении большинства сочетанных тревожно-депрессивных расстройств.

Более обоснованным может быть применение антидепрессантов двойного действия – ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН) (венлафаксин, милнацеبران (иксел), тразодон (триттико).

Значительный положительный эффект, особенно при наличии инсомний в структуре СФР, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда – мелитор.

При тревожных компонентах рекомендуется применение бензодиазепиновых транквилизаторов: диазепам (седуксен, сибазон), феназепам, оксазепам (тазепам), мезепам (рудотель).

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает небензодиазепиновый анксиолитик – афобазол. Дозировка 5 – 10 мг. 3 раза в день на 20 дней.

При ипохондрическом синдроме эффект лечения транквилизаторами часто оказывается недостаточным. Необходимо их сочетанное применение с корректорами поведения (сонапакс или меллерил).

На основном терапевтическом этапе для коррекции эмоциональных нарушений тревожного, тревожно-депрессивного, тревожно-фобического спектра применяется когнитивно-бихевиоральная терапия (КБТ).

Своевременное выявление и адекватная диагностика СФР имеет решающее значение для успешной терапии благоприятного прогноза заболевания.

Системно организованная терапия, построенная по этапному принципу, включающая комплекс

психотерапевтических и психофармакологических воздействий, позволяет достичь максимальной редукции симптоматики, восстановления уровня социального функционирования и повысить качество жизни больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей / Ю. А. Александровский. — М.: Медицина, 1993. — С. 301.
2. Концепция соматизации. История и современное состояние / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян, Т. В. Довженко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, №4. — С. 81 — 97.
3. Савицкий Н. Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики / Н. Н. Савицкий. — Л.: «Медицина», 1963. — 311 с.
4. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. — К.: Сфера, 1997. — Т. 2. — 435 с.
5. Психічне здоров'я як складова подальшого розвитку нації (підсумки за 10 років незалежності України) / В. Ф. Москаленко, Є. М. Горбань, С. І. Табачников [та ін.] // Архів психіатрії. — 2001. — №4. — С. 5 — 10.
6. Пограничная психическая патология в общей медицинской практике / Под ред. А. Б. Смулевича. — М.: Русский врач, 2000. — С. 78 — 105.
7. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, В. В. Чугунов [и др.] // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36 — 68.
8. Марилов В. В. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки / В. В. Марилов, М. В. Коркина, В. И. Есаулов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, №4. — С. 21 — 27.
9. Табачников С. И. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром / С. И. Табачников, С. В. Титиевский // Doctor. — 2002. — №6. — С. 16.
10. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
11. Selye H. The stress of life / H. Selye. — New York: McGraw-Hill Book Co., 1984. — 515 p.
12. Вейн А. М. Панические атаки / А. М. Вейн // Международный медицинский журнал. — 1997. — №3. — С. 75 — 79.
13. Keller R. Somatization. Theories and Research / R. Keller // J. Nerv. Ment. Dis. — 1990. — Vol. 3. — P. 150 — 178.
14. Сарториус Н. Понимание МКБ-10. Классификация психических расстройств / Н. Сарториус. — К., 1997. — 104 с.
15. Rief W. Somatisierungstoerung und Hypochondrie / W. Rief, W. Hiller. — Goettingen — Bern — Toronto — Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie, 1990. — 120 p.
16. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) / А. Ю. Березанцев // Российский психиатрический журнал. — 2001. — №5. — С. 4 — 10.
17. Бройтигам В. Психосоматическая медицина / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад. — М.: Гэотар Медицина, 1999. — 376 с.
18. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник / В. Я. Гиндикин. — К, 1997. — 104 с.
19. Маколкин В. И. Нейроциркуляторная дистония (клиника, диагностика, лечение) / В. И. Маколкин, С. А. Аббакумов, А. А. Сапожникова. — Чебоксары, 1995. — 249 с.
20. Покалев Г. М. Нейроциркуляторная дистония / Г. М. Покалев. — Н. Новгород, 1994. — 300 с.

О. А. Філатова,

Харківська медична академія післядипломної освіти,
кафедра сексології та медичної психології, Харків, Україна.

O. A. Filatova,

Kharkov medical academy of postgraduate education,
department of sexology and medical psychology, Kharkov, Ukraine.

ПСИХОГЕННІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК-БІЖЕНОК З ЗОНИ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

**ПСИХОГЕННЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН-БЕЖЕНОК
ИЗ ЗОНЫ АНТИТЕРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ**

**PSYCHOGENIC DISORDERS IN WOMEN REFUGEE
FROM ZONE ANTITERRORIST OPERATION**

УДК 612.821+616.89

Статья поступила в редакцию 12.05.2015

Резюме

В статті розглянуто неспихотичні прояви порушень психіки у жінок, що стали переселенками з тимчасово окупованих територій України. Представлено їх динаміку та варіанти перебігу. Розкрито характеристику синдрому втрати, його ускладнених форм. Досліджено типові риси особистості, що стають патопластичним чинником для формування постратравматичного стресового розладу в майбутньому у цього контингенту постраждалих від локального військового конфлікту.

Ключові слова

антитерористична операція, патологічна констеляція, дезадаптація, уникаюча поведінка.

Резюме

В статье рассмотрены неспихотические проявления нарушений психики у женщин, ставших переселенками с временно оккупированных территорий Украины. Представлена их динамика и варианты течения. Дана характеристика синдрома утраты и его осложнённых форм. Исследованы типичные черты личности, которые становятся патопластическим фактором для формирования посттравматического стрессового расстройства в будущем у этого контингента пострадавших от локального военного конфликта.

Ключевые слова

антитерористическая операция, патологическая констелляция, дезадаптация, избегающее поведение.

Resume

The article describes the psychotic symptoms of mental disorders in women become migrant from the temporarily occupied territories Ukraine. Presented their dynamics and current options. The characteristic of the syndrome of loss, its complicated forms. We investigated the typical personality traits that become pathoplastic factor for the formation of posttraumatic stress disorders in the future of this population affected by the local military conflict.

Keywords

antiterrorist operation, pathological constellation, maladjustment, avoidant behaviour.

Локальний військовий конфлікт, який вже протягом року спостерігається на Сході України, призвів до формування нової верстви населення – так званих «біженців з зони антитерористичної операції (АТО)» [1].

Здебільшого це жінки, що разом з дітьми та особами похилого віку покинули місця постійного проживання та перемістилися в інші регіони України, не зачеплені військовим протистоянням.

Консультуючи представниць даного контингенту біженців, співробітники нашої кафедри стикнулись з двома їх різновидами: тими, що покинули домівки до початку бойових операцій, і тими, що впродовж деякого часу були їх свідками та відчували на собі комплексний вплив патогенних чинників бойової обстановки.

Саме цей критерій став визначним в процесі діагностики хворобливих станів у постраждалих та в призначенні їм тих чи інших методів психотерапевтичної корекції.

Біженки, що покинули територію військового конфлікту до початку АТО, мали наступні психотравмуючі чинники, що в своєму поєднанні створювали патологічну констеляцію і заважали швидкій адаптації на місцях переселення:

- необхідність залишити власне житло і речі;
- занепокоєння про майно, яке могло бути зруйноване під час артобстрілів або пограбоване мародерами;
- необхідність залишити в зоні конфлікту недієздатних родичів (інвалідів);
- обмежений час для зборів, коли жінка в стані розгубленості забувала скласти важливі документи, коштовності, пам'ятні речі;
- страх бути пограбованою або зґвалтованою під час евакуації;
- ризик отримати поранення або бути вбитою під час пересування по території з невизначеною приналежністю;
- необхідність деякий час жити окремо від чоловіка (в багатьох випадках чоловіки залишалися охороняти домівку та допомагати вижити неспроможним виїхати родичам);
- нез'ясованість багатьох питань в майбутньому (можливість повернення додому, працевлаштування на новому місці, гарантованість житла та соціальної допомоги, невизначеність терміну перебування в зоні евакуації, надання статусу біженки, можливість отримання достовірної інформації про залишених в зоні АТО родичів та близьких).

Більшість вимушених переселенок мала низку непатологічних проявів розладу адаптації. Домінуючими з них були: «плаваюча» тривога, пригніченість, утруднення засинання, поверхневий сон з неприємними сновидіннями, в яких часто повторювалися картини пережитої трагедії під час військового втручання, окремі вегетативні порушення.

В поведінковому аспекті звертали на себе увагу: метушливість, тривожна надцінна стурбованість всілякими (підчас – дрібними) побутовими питаннями, поспішність в прийнятті рішень, демонстративна конформність.

Біженки, що деякий час вимушені були перебувати в зоні військового конфлікту, мали перманентне психологічне навантаження в зв'язку з тим, що:

- бойовики використовували їх сім'ї в якості «живого прикриття», силоміць утримуючи в зоні перехресного вогню;
- у житлових приміщеннях цих людей розташовували вогневі точки;
- під час бомбардувань їх життя постійно піддавалось ризику;
- у багатьох з них мали місце контузії внаслідок вибухів, поранення, зневоднення, отруєння не якісними продуктами харчування; у вагітних жінок – передчасні пологи;

- у деяких з біженок було повністю зруйноване житло, знищені документи, гроші та цінності;
- в зв'язку з припиненням роботи установ та підприємств майже всі вони та їх чоловіки втрачали можливість заробітку та будь-якої можливості прогнати;
- внаслідок блокування грошових потоків з решти території країни, мешканки зони АТО та їх родичі лишалися без власних грошових заощаджень, не отримували пенсій та інших соціальних виплат;
- порушувалося або повністю припинялося постачання води, електроенергії, газу; не працювала каналізація та вивіз сміття;
- спостерігалось відключення засобів зв'язку (телефонних ліній та мобільних операторів, Інтернету), що створювало феномен тотальної ізоляції від решти території України;
- відсутня була можливість отримати достовірну інформацію про розвиток воєнної ситуації, про можливість безпечної евакуації з зони бойових дій;
- дехто з біженок деякий час перебував у заручниках, що ставало для них найважчим стрес-чинником серед вищевказаних.

Ця частина жінок мала гострі невротичні розлади в анамнезі – внаслідок потрясіння від критичної ситуації (перші вибухи, спостереження страждань та смерті інших людей, миттєве руйнування житла). Деякі з них згадують, що враження було настільки сильним, що вони просто переставали розуміти, що відбувається навколо. В перші хвилини вони були не в змозі визначити, де ворог, а де «свій», звідки йде небезпека, а де можна знайти спасіння. Всі жінки вказують на втрату здатності мислити логічно й приймати вірні рішення, внутрішнє збудження та, у деяких з них, немотивовану агресію.

Основними ознаками рухового збудження були: різкі рухи, часто безцільні і не спрямовані на будь-які корисні дії; біганина навколо постраждалих та померлих; ненормально голосна мова або підвищена вербальна активність (жінка могла говорити без зупинки впродовж 1 – 2 годин, іноді – несуттєві речі); відсутня була адекватна реакція на оточуючих (на їх запитання, вимоги, прохання).

Дехто з жінок вказував на немотивовану агресивність (яку ми розглядаємо як підсвідомий засіб по зняттю надлишкової внутрішньої напруги). Вона виявлялася в сильній роздратованості, гніву, експлозивних реакціях з будь-якого незначного приводу; нанесенню оточуючим ударів руками або будь-якими предметами, що супроводжувалося звинувачувальними вигуками; сильній м'язовій напрузі; підвищенні кров'яного тиску.

Відомо, що психопатологічні розлади в екстремальних ситуаціях мають багато спільного з клінікою порушень, які розвиваються в буденних умовах життя [2]. Однак, є й суттєві відмінності. По-перше, внаслідок множинності раптово діючих психотравмуючих факторів в екстремальній ситуації, відбувається одночасне виникнення психічних розладів у великої кількості людей. По-друге, клінічна картина в цих випадках не настільки індивідуальна, як при «звичайних» психотравмуючих обставинах, і зводиться вона до невеликої кількості достатньо типових проявів. Втретє, незважаючи на розвиток психогенних порушень (нерідко – вкупі з контузіями та невеличкими пораненнями) та ризик наступних атак або обстрілів, постраждалий вимушений продовжувати активну боротьбу з наслідками бойового зіткнення заради виживання й збереження життя близьких і всіх, хто поруч.

Яскравим прикладом вищевказаного стали багаточисленні ситуаційні фобії. В епіцентрі ситуації військового зіткнення багато жінок спостерігали в себе непритаманні їм раніше агорафобічні явища. Це був страх перетинаючи кімнату, підійти до вікна, намагання ходити пригнувшись, «короткими перебіжками», неможливість вийти на відкритий простір (площу, дитячий майданчик,

автомобільне шосе). Природно, все це жінка пояснювала собі намаганням вціліти в небезпечних для життя обставинах. Однак, вже в перші дні після евакуації в безпечні місця, коли загальне напруження минало, жінки з даним розладом продовжували боятися відкритого простору і схильні були до унікаючої поведінки. В місцях розселення вони не підходили до вікон, щільно замикали балконні двері, намагалися якомога рідше виходити з кімнати. Найбільш характерними такі прояви були для молодих жінок, вагітних або матерів з немовлятами.

Проблема жінок-біженок є неодмінною складовою будь-якого військового протистояння. Її вирішення залежить від налаштованості вищого апарату держави на визнання наявності таких людей, надання їм комплексної допомоги по евакуації з місць локального конфлікту, медико-психологічного супроводу, вирішення всіх питань їх подальшого існування. Під час надання первинної медичної допомоги, з метою запобігання розвитку посттравматичних розладів та інших дезадаптаційних станів, до військово-рятувальних бригад завжди повинна додаватися група спеціалістів з медичної психології, психотерапії, медицини кризових станів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. http://espreso.tv/news/2014/10/03/psykholohy_nazvaly_pyat_osnovnykh_problem_bizhenciv_ta_shlyakhy_yikh_vyrishennya
2. Военная психология: методология, теория, практика: учебно-метод. пособие / П. А. Корчемный [и др.]. – М.: Воениздат, 2010. – 340 с.

В. В. Чугунов,

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожье, Украина.

V. V. Chugunov,

Zaporozhe state medical university, department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology, narcology and sexology, Zaporozhe, Ukraine.

ГЕНЕЗ, КОМОРБИДНОСТЬ, ПАТОПЛАСТИКА И ФОН ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ГЕНЕЗ, КОМОРБІДНІСТЬ, ПАТОПЛАСТИКА І ТЛО ПСИХІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

GENESIS, KOMORBIDITY, PATOPLASTIC AND BACKGROUND MENTAL DISEASES

УДК 616.89

Статья поступила в редакцию 19.05.2015

Резюме

В статье рассмотрены основные модусы динамико-композиционных взаимоотношений между патонозо-синдромальными формами в сфере компетенции психиатрии: генез (генеалогия и каузальность), коморбидность (конэкзистенция и конъюгация), патопластическая модификация (инфлюэнция, аггравация и пермутация), детерминирующий фон (предиспозиция и аранжировка).

Под генезом понимаются области генеалогии-каузальности, связанные с представлениями о психопатологических регистрах – детерминирующих не только диагностику, но и прогностику и терапевтические стратегии патогенетически родственных кластерах психопатологии.

Под коморбидностью подразумевается симультанное сопряжение двух и более патологических форм, имеющих определённую патогенетическую взаимосвязь и, вероятно, некое этиологическое единство (с возможной этиогенностью по отношению друг к другу), каждая из которых отвечает критериям самостоятельного заболевания / синдрома / патологии.

Патопластическая модификация состоит в изменении семиотической (феноменной) плениitudы, синдромологической структуры и / или уровня экспрессии и характера течения заболевания под влиянием психопатологии иного регистра, не достигающей уровня самостоятельного заболевания.

Под фоном следует понимать патологическое состояние, не приносящее активной и выраженной патопластики, но облегчающее возникновение либо ускоряющее протекание основного заболевания и изменяющее глубину поражения психики, или же добавляющее в клиническую картину аранжировку либо статическую импрегнацию семиотикой иного регистра.

Ключевые слова

психиатрия, психопатология, генез, коморбидность, патопластическая модификация, фон, регистры.

Резюме

В статті розглянуто основні модуси динаміко-композиційних взаємин між патонозо-синдромальними формами у сфері компетенції психіатрії: генез (генеалогія і каузальність), коморбідність (конекзистенція і кон'югація), патопластична модифікація (інфлюенція, агравація і пермутації), що детермінують тло (предиспозицію і аранжування).

Під генезом розуміються галузі генеалогії, каузальності, пов'язані з уявленнями про психопатологічні реєстри – детермінують не тільки діагностику, а й прогностику і терапевтичні стратегії патогенетично родинних кластерів психопатології.

Під коморбідністю мається на увазі симультанне сполучення двох і більше патологічних форм, що мають певну патогенетичний взаємозв'язок і, ймовірно, якесь етіологічну єдність (з можливою етіогенністю по відношенню один до одного), кожна з яких відповідає критеріям самостійного захворювання / синдрому / патології.

Патопластична модифікація полягає у зміні семіотичної (феноменної) плентуди, синдромологічної структури та / або рівня експресії та характеру перебігу захворювання під впливом психопатології іншого реєстру, не досягає рівня самостійного захворювання.

Під тлом слід розуміти патологічний стан, що не привносить активну і виражену патопластику, але полегшує виникнення або прискорення протікання основного захворювання і змінює глибину ураження психіки, або ж додає в клінічну картину аранжування або статичну імпрегнацію семіотикою іншого реєстру.

Ключові слова

психіатрія, психопатологія, генез, коморбідність, патопластична модифікація, тло, реєстри.

Resume

The article describes the main modes of the dynamic relationship between the composite-pathonozo-syndromic forms the purview of psychiatry: genesis (genealogy and causality), comorbidity (konekzistentza and conjugation) pathoplastic modification (influenza, aggravation and permutation) that determines the background (and predisposition arrangement). Under the genesis understood genealogy-causality associated with the concepts of psychopathology registers – is determined not only diagnosis but also prognostics and therapeutic strategy of pathogen-cally related psychopathology clusters.

Under comorbidity implies a simultaneous pairing of two or more pathological forms with certain pathogenic relationship and probably some etiological unity (with the possible etiogenic in relation to each other), each of which meets the criteria of an independent disease / syndrome / disease. Pathoplastic modification is to change the semiotic (phenomenon) plenitudes, syndromological structure and / or the level of expression and the nature of the disease under the influence of psychopathology of a register does not reach the level of an independent disease.

Under the background to be understood pathological condition is not present, bringing active and expressed pathoplastic, but facilitating the emergence or accelerating the flow of the underlying disease and change the depth of destruction psyche, or added to the clinical picture of a static arrangement impregnation semiotics an-other register.

В сфере компетенции психиатрии любые динамико-композиционные взаимоотношения между патозо-синдромальными формами и внутри оных (включая традиционную ось «генезис – кинезис – таксис») какого бы то ни было ранга и сложности – от зарниц семиотики до лапидариев психического руинирования, – могут быть отнесены к нескольким основным модусам:

- *генез[ис]*: генеалогия (происхождение) и каузальность (причинность);
- *коморбидность*, или *мезомерия*: конэкзистенция (сосуществование) и конъюгация (сопряжённость);
- *патопластическая модификация*: инфлюэнция (влияние), аггравация (отягощение) и пермутация (изменение);
- *детерминирующий фон*: predisposition (предрасположение) и аранжировка (обрамление).

Говоря о **генезе** (греческое γένεσις – возникновение, [за]рождение) психических заболеваний, я имею в виду их *происхождение и причинность*, несколько противопоставляя эти близкие по клинической сути, но различающиеся в коннотациях (динамика contra связи) понятия *этиологии* в её традиционном медицинском понимании, поскольку первопричина (в значении «возбудитель») как таковая, αἰτία, для большинства психопатологических форм остаётся неизвестной.

Выражаясь обыденным языком, под генезом понимается всё то, что возможно предположить в отношении происхождения и причин психической патологии.

Именно с областями генеалогии-каузальности связаны представления о психопатологических регистрах, отнесение к которым позволяет ориентироваться в происхождении и причинности исследуемой психопатологии – либо, при невозможности подобного отождествления, констатировать неясность в отношении таковых (что, впрочем, также имеет вполне определённую диагностическую ценность). Речь идёт не о преформированных психопатологических реакциях, чей характер определяется неким гипотетическим «уровнем поражения»¹ психики в понимании Краепелин²: «астеническом», «аффективном» и «психотическом» (позднее в этом ключе называются, с соблюдением некоей температуры клинической выраженности и патогенной весомости, следующие регистры [синдромов]: невротический, аффективный, галлюцинаторный, бредовой, дискинетический и энцефалопатический).

Денотированные подобным образом регистры Юрий Львович Нуллер³ рассматривает как формы sui generis неосознаваемого копинга, «основные защитные адаптивные реакции» [Нуллер, *ibid.*], направленные на купирование психического (неспецифического аффективного, включая тревожное) возбуждения, чаще стрессогенного; их основные формы – «деперсонализация»⁴, «депрессия»⁵ и «информационная аутодепривация»⁶.

В моём же понимании – очевидно, сказывается влияние Харьковской психиатрической школы, к коей я принадлежу – регистры представляют собой детерминирующие не только диагностику, но и прогностику и терапевтические стратегии *патогенетически родственные кластеры психопатологии*, что подразумевает – уже даже в номинациях – указание на их генеалогию: эндогенный, экзогенный,

1 - В настоящее время под «уровнем поражения» понимается выраженность (глубина) психопатологических расстройств с опорой на критерии сохранности / отсутствия критики и степени адаптации / дезадаптации).

2 - Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins // «Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie» (Berlin).– 1920.– Bd. 62, 1.– S. 1 – 29.

3 - Нуллер Ю.Л. Новая парадигма в психиатрии: понятие регистров // «Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева» (Санкт-Петербург).– 1993.– № 1.– С. 29 – 38.

4 - Не совсем ясно, почему клинический смысл деперсонализации, согласно Нуллеру, сводится к одной лишь «психической анестезии»; однако не вызывает возражений тот факт, что именно «anaesthesia psychica» позволяет купировать острый (острейший) стресс и тревогу высокой интенсивности.

5 - Этот регистр в широком смысле понимается как «аффективный».

6 - Включает симптоматику аутистического и, в целом, шизофренического круга, образуя «шизофренический» регистр.

органический, психогенный, соматогенный, патоперсонологический, с более дробными – для нужд клинической практики – градациями.

Вокруг определения (выявления, сопоставления, сличения) регистров, собственно, вращается весь процесс психиатрической диагностики – от первых этологических впечатлений до логико-дедуктивного эндшпиля.

Некую определённую в установлении производящих факторов подразумевает нозологический уровень идентификации психической патологии.

Так, указание на регистровую принадлежность относится к дефинитивным критериям различных нозоформ: шизофрения – заболевание эндогенно-процессуальное, а генуинная эпилепсия – эндогенно-органическое, etc.

Однако уже в отношении субнозологических диагнозов (используя наши примеры – шизофреноподобное расстройство и симптоматические эпилепсии), равно как и синдромов, подобная определённая отсутствует, и потому диагностика, в случае ограничения её синдромологическим (либо субнозологическим) уровнем, облигатно требует указаний на происхождение, – как, например: «псевдопаралитический синдром сосудистого генеза», «параноидный синдром инволюционного генеза», «психоорганический синдром интоксикационного генеза», «депрессивный синдром психотравматического генеза», etc.

Уровень же симптоматологической диагностики указаний на генеалогию не подразумевает, поскольку сингулярная патогномоничность симптомам не свойственна.

Разумеется, степень проявленности генеалогии-каузальности от эндогенности (*id est* «криптогенности») к «органичности» и, особенно, экзогенности (в силу двойного отражения: в анамнезе (факт употребления), и в органических стигмах)⁷ возрастает.

Под **коморбидностью** (латинские *co-* – со-, вместе + *morbus* – болезнь), дословно – *соболезненностью*, в психиатрии подразумевается симультанное сопряжение двух и более патологических форм, имеющих определённую патогенетическую взаимосвязь и, вероятно, некое этиологическое единство (с возможной этиогенностью по отношению друг к другу), каждая из которых отвечает критериям самостоятельного заболевания / синдрома / патологии, с соблюдением нескольких облигатных условий:

- во-первых, все сопряжённые формы должны лежать в сфере компетенции психиатрии⁸;
- во-вторых, коморбидные формы обязаны принадлежать к различным регистрам (но не обязательно относиться к разным уровням поражения) из чего следует, в частности, невозможность коморбидности синдромов в рамках одной монорегистровой нозологии;
- в-третьих, не является коморбидной гомогенная психопатология, ассоциированная в процессе диагностики с двумя и более регистрами;
- в-четвёртых, коморбидность не может выступать викарирующей номинацией диагностической неопределённости.

Коморбидность в широком понимании – как свойство сродства психопатологических феноменов различных рангов – лежит в основе идентифицирующей клинической дескрипции любой нозологической формы как совокупности *sui generis* коморбидных симптомов и синдромов. Разумеется, появление идеи коморбидности в истории психиатрии становится возможным лишь с отступлением концепции единого психоза. Естественно, современная – антипсихиатрическая, по сути, – тенденция к дистинкции, дисцерпции, диссолюции нозографии на уровне синдромологический и симптоматологический (феноменный,

7 - Поскольку психопатологический ответ на воздействие психоактивного вещества закономерен и, в целом, предсказуем в зависимости от его химической структуры и наличия преформирующей почвы.

8 - Коморбидность психических заболеваний и иных кластеров патологии в данном тексте рассматривать нецелесообразно, поскольку, во-первых, любая и каждая соматическая патология может являться причиной патологии психической, обратное же явление относится к редким исключениям; во-вторых, чтобы изложить хотя бы перечень возможных коморбидных состояний психической и соматической (в широком смысле, включая наследственную, инфекционную, паразитарную, неопластическую, травматическую и прочие виды) патологий, понадобился бы отдельный – и весьма объёмный – текст.

семиотический) приводит к ренессансу большого числа коморбидных якобы патологических форм, ранее объединявшихся в знакомые и привычные фигуры психиатрической клиники, – крупные нозологические таксоны.

Факт невозможности констатации этиологической, – а в значительном мере и патогенетической определённости в отношении психических заболеваний, – производит двоякое воздействие на представления об их коморбидности.

С одной стороны, коморбидными могут быть объявлены любые психопатологические явления / феномены, *omni casu, absque omni exceptione* (особенно в условиях почти что официальной редукции нозографии до уровня синдрома- и даже симптомографии в рамках некоей «модерновой», – а реально изжитой ещё в XIX веке – квазидоктрины «психиатрического прагматизма» как следствия вулгарного позитивизма, в его позднейшем экстремуме – *верификационизме*, согласно которому структура опыта сводится к совокупности элементарных фактов и событий, и их комбинациям, при этом все они должны однозначно отображаться в профессиональных сентенциях – также как можно более простых и кратких (протокольные высказывания) (в духе *логического атомизма* Bertrand'a Arthur'a William'a Russell'a и Ludwig'a Josef'a Johann'a Wittgenstein'a). Таким путём в одном моём свежем наблюдении коморбидными были объявлены «депрессия» и «странные компульсивные тики» (гипопатические проявления + насильственные самоповреждения в рамках кататоно-параноидной шизофрении с аутодеструктивными тенденциями).

С другой, нельзя считать коморбидными патонозо-синдромальные фор-мы, в отношении которых не установлены ни этиология, ни патогенез – поскольку возможно, что они являются структурными составляющими одного заболевания либо проявлениями различных этапов его динамики.

Разумеется, коморбидность является понятием сугубо условным и на практике обыкновенно применяется как удобный термин для обозначения широкого спектра сопряжённых – как этиопатогенетически (насколько подобные констатации возможны), так и хронологически – патологий, а также осложнений какой-либо патологии, достигающих уровня самостоятельного заболевания (реже – субнозологии, синдрома, симптомокомплекса).

Таким образом, понятие коморбидности в психиатрии является используемым довольно часто – но и весьма произвольно, поскольку реальных коморбидных состояний не так уж много. Прибегая к традиционному для психиатрии (в чём её чаще всего и упрекают) приёму доказательства *a contrario* – скажу, какие формы психопатологии *не есть* коморбидными: разумеется, речь пойдёт только о тех, которые полагаются таковыми – как на практике, так и в специальной литературе.

Так, не являются – и не могут являться – коморбидными шизофрения и депрессия (как нозологическая форма, поскольку дискутируемая в последние годы *постшизофреническая депрессия* представляет собой развивающийся после шуба комплекс гетерогенных психопатологических расстройств различной регистровой принадлежности, где на первый план выступают изменения аффективности парадепрессивного характера⁹, с нозогенным депрессивным флёром экзистенциально-фрустрационного толка); шизофрения и обсессивно-компульсивные расстройства (поскольку в данном случае речь идёт о псевдообсессиях / псевдокомпульсиях – психопатологических явлениях, феноменологически подобных обсессиям, но отличающихся от них патогенетически (принадлежат к эндогенному регистру) и качественно (являются, по сути, псевдогаллюцинаторными переживаниями, параноидными включениями, элементами идеаторного (и идеомоторного) автоматизма, ритуальными действиями etc., чаще в структуре *simplex*-комплекса)¹⁰); шизофрения и аддитивная патология (так как последняя всегда выступает в качестве патопластически модифицирующих эндогенный процесс групп факторов, находящихся с ним в сложных мотивационно-агонистических и клинико-антагонистических отношениях).

9 - Синча Е. А. Психогенные предикторы формирования постшизофренической депрессии как мишени психотерапии // В. В. Чугунов / Психотерапевтический диагноз: 3-е изд., расшир. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – С. 430 – 437.

10 - Данилевская Н. В. Психотерапия при псевдообсессивном синдроме // В. В. Чугунов / Психотерапевтический диагноз: 3-е изд., расшир. – Харьков: Наука, 2014 / 2015. – С. 335 – 342.

Не являются коморбидными, – а именно патоаффективная коморбидность активно дискутируется в последние годы, – тревожные и депрессивные расстройства, поскольку, во-первых, депрессивный синдром знает множество аранжировок, и прежде всего со стороны аффективного компонента, во-вторых, – тревога является универсальной дистрессовой реакцией-триггером множества форм психопатологии, и её аранжирующее действие нередко сохраняется продолжительное время.

Как уже указывалось выше, коморбидной не является также какая бы то ни было гомогенная психопатология, отнесённая к двум и более регистрам, поскольку в данном случае речь обыкновенно идёт о неверной идентификации семиотики (как, например, галлюцинаторно-параноидный синдром шизофренической принадлежности и алкогольный вербальный галлюциноз).

Применение полидименсиональной диагностики Kretschmer'a, в её модернизированном, точнее американизированном варианте, навязываемом в последние десятилетия в качестве диагностического стандарта и даже некоей панацеи, хотя и со множественными оговорками, и якобы способной вывести отечественную психиатрию из стагнации, сделав её наглядно-объективной, – и подаваемой то под видом а-теоретической и исключающей преломление и порчу в концептуально-теоретическом *sac-de-voyage* психиатра, а потому объективной (при этом такая *объективность* как бы неявно усиливается предикатом *практичности*), то в качестве инструмента производства реабилитационного диагноза, то в форме некоей стандартизованной атомически-феноменной дескрипции, навыки и право легитимного применения которой возможно делегировать приближённым к пациенту лицам нефизикального круга, – приводит к формированию вариабельной и экспансивной псевдокоморбидности, когда в силу заполнения различных осей одновременно выставляются диагнозы нозологического и патоперсоналогического спектров, – что, конечно, совершенно недопустимо¹¹.

Целесообразно применить к рассмотрению сути и своеобразной иерархии коморбидности традиционное – хотя и подзабытое в нынешней *vanity fair* доказательности – деление психической патологии на *реакции, состояния и развития*¹². Подобный подход обеспечивает охват, как существующей клинической архитектоники, так и возможной комбинаторики, прежде всего динамической.

Так, рассмотрим все эвентуальные коморбидные сочетания в сфере компетенции психиатрии – по мере возрастания вероятности их возникновения.

Итак:

– реакция + реакция (панические и депрессивные реакции – наиболее распространённые

11 - В качестве примера приведу клиническое наблюдение, в котором пациенту с массивной наркотизацией, долгим пенитенциарным анамнезом и симптоматикой шизофренического круга были одновременно выставлены диагнозы «острое [полиморфное] психотическое расстройство с симптомами шизофрении» и «диссоциальное расстройство личности», – при том, что в предшествующей госпитализации уже был установлен диагноз «органическое шизофреноподобное расстройство, галлюцинаторно-параноидный синдром».

С формальной точки зрения подобный полидименсиональный – и инспирированный принципом *hic et nunc* – диагноз вполне оправдан: разве не является делинквентное поведение и аддикции а- / диссоциальными, а обнаруживающий их субъект «социопатом»? И неужели наличие у пациента признаков *rapapota acuta* не оправдывает диагноз острого шизоформного психоза?

12 - В настоящее время трилемма «реакция – состояние – развитие» обсуждается лишь в работе Владимира Давыдовича Менделевича «Клиническая и медицинская психология» [1]* – как «диагностический принцип-альтернатива». Там же и в том же качестве упоминается трилемма «экзогенное – эндогенное – психогенное», под коими понимаются «типы психического реагирования на уровне патологии» [Менделевич, *ibid.*], со ссылкой на Bonhoeffer'a, Adolf'a Meyer'a и Paul'a Julius'a Möbius'a. Очевидно, автор смешивает представления о генеалогии-каузальности и формах клинического выражения регистровой психопатологии, поскольку, если «экзогенный тип реакции» – хотя это и есть некая профессиональная идиома, фигура психиатрического аргю, к тому же эпонимическая, – можно вообразить как типический психопатологический ответ на известную внешнюю вредность (первоначально назывались такие «реактивные» паттерны: оглушение, делирий, аменция, сумеречное помрачение сознания (эпилептиформное возбуждение) и острый галлюциноз; позднее к ним были добавлены: маниформные, депрессивные, кататонические, параноидные, астенический (состояния эмоционально-гиперестетической слабости) и амнестический (корсаковский) синдромы), то «эндогенный тип реакции» – нонсенс, так как отсутствует сама возможность идентификации какого-либо «действия», послужившего причиной противодействия (поскольку термин реакция образован из латинских *re-* – против + *actio* – действие).

иллюстрации подобного типа);

- реакция + состояние (классическим примером могут служить разнородные, отличающиеся от реакций декомпенсации, невротические реакции при психопатиях; острая стрессовая реакция + развивающееся психоорганическое состояние церебротравматического генеза; реактивные психозы на фоне органических изменений личности);
- реакция + развитие (психогенно-детерминированные, истинные стрессорно-невротические реакции, запускающие эндогенный, чаще шизофренический, процесс, либо посттравматическое развитие личности, с сохранением «звучания» психотравмы на фоне этих развитий, и периодическими эксацербациями [пост]травматических переживаний);
- состояние + реакция (преходящие психотические реакции («периодические психозы») у страдающих олигофрениями; хронифицировавшиеся соматоформные расстройства + панические атаки);
- состояние + развитие (такая специфическая сборная форма, как пфрпрофшизофрения, когда шизофренический процесс «прививается» на органическую «почву»; сюда же следует отнести дементирующие процессы у страдающих олигофрениями; истероэпилепсия);
- состояние + состояние (олигофрения + церебротравматическая (органическая) психопатология либо относительно изолированные органические изменения личности; психопатии + фобии);
- развитие + реакция (аффективные невротические реакции (например, нозогенные депрессии) у больных шизофренией);
- развитие + состояние (поглощение шизофренического процесса органикой церебротравматического либо интоксикационного (а также инфекционного, паразитарного etc.) генеза; истерошизофрения);
- развитие + развитие (шизоэпилепсия; шизофрения + прогрессивный паралич).

Разумеется, на практике большинство вышеописанных комбинаций диагностированы не будут – и не столько в силу их гипотетического характера, сколько вследствие различий в потентности и клинической экспрессии регистровых патологий, равно как и естественной диспропорции проявленности тех или иных коморбидных форм, а также нивелирующего воздействия феномена эквивинальности при достаточной длительности страданий.

Кроме того, можно говорить о возрастании степени «инкоморбидной ригидности» по мере повышения нозологической специфичности – то есть, чем выше уровень дифференцированности, номотетической конгруэнтности, *sui generis* «зрелости» психопатологии, тем меньше вероятность возникновения – равно как и диагностики-идентификации – какого-либо коморбидного страдания. Данное явление связано с тем, что какая-либо из патологических форм – обычно это развития (процессы) либо, реже, состояния, обусловленные тяжёлым экзогенно-органическим поражением, – обыкновенно довлеет, ветируя либо низводя до уровня фона (редко – патопластики) значение коморбидной формы, что становится понятным уже в ближайшей перспективе.

Отдельного обсуждения заслуживает часто дискутируемая в последние десятилетия проблема коморбидности психической и аддиктивной патологий.

По-сути, все варианты взаимодействий при участии патологии экзогенно-интоксикационного регистра следует относить к модусу не коморбидности, но **патопластической** (греческие *παθος* – страдание, боль, болезнь + *η πλαστική* – ваяние, формирование, образование) модификации (латинские *modus* – вид, образ + *facio* – делать); более того, в клинической практике этот модус – в совокупности факторов влияния, отягощения, изменения – реализуется наиболее полно именно в случае взаимодействия патологий эндогенного (прежде всего эндогенно-процессуального, но также и эндогенно-органического) и экзогенно-интоксикационного регистров (влияние последнего на семиотику [экзогенно-]органического регистра по сути сводится к синергичной аггравации).

Итак, патопластическая модификация состоит в изменении семиотической (феноменной) пленитуды, синдромологической структуры и / или уровня экспрессии и характера течения заболевания под влиянием психопатологии иного регистра, не достигающей уровня отдельного (самостоятельного) заболевания.

Следует заметить, что в повседневной клинической практике патопластические влияния чаще всего и являются последствиями «активных» и «быстрых» экзогений, а именно интоксикаций различными психотропными веществами, – при текущих эндогенных процессах.

Не связанные с аддикциями массивные повреждения экзогенно-интоксикационного регистра психотического уровня обычно являются более грубыми, довлея над психопатологией иных регистров; с другой стороны, они преходящи и, кроме того, редко достигает уровня самостоятельного психического страдания, требующего специальной курации в психиатрическом стационаре.

В контексте патопластической модификации эндогений психопатология экзогенно-интоксикационного регистра, связанная с химической зависимостью, может быть представлена в следующем виде:

- синдромы качественного изменения сознания (прежде всего делирий): острый экзогенный психоз с психомоторным возбуждением, находящийся в сложных темпоральных взаимоотношениях с эндогенными процессами, прежде всего шизофреническим (от «алкогольных дебютов шизофрении» по В. А. Гиляровскому до так называемой «шизофрении Graeter’a»¹³ в её узком понимании¹⁴ как «шизофрении с перенесённым делирием»);
- синдромы расстройств восприятия («галлюцинозы»), находящиеся в диагностико-конкурентных отношениях с процессами: преимущественно хронический вербальный алкогольный галлюциноз, редко – алкогольный онейроид;
- аффективно-бредовые синдромы («параноиды»), также аггравирующие диагностику;
- депрессивный синдром во всём многообразии аффективных и аффектогенных аранжировок, ларвирующий специфически процессуальную эмоциональную дефицитарность;
- психоорганический синдром (нередко с исходом в деменцию), в клиническом отношении осуществляющий супрессию процессуальной семиотики, а в плане диагностическом – её маскирующий;
- патоперсонологические трансформации («наркоманический дефект личности»), выражающиеся в «психопатизации» клинической картины основного заболевания (процесса) – *sui generis* психоэмоциональной и мотивационно-поведенческой «активации»;
- патология аффективной и конативной сфер, собственно и составляющая основу аддикции, находящаяся в калейдоскопически поливалентных – агонистически-антагонистических – отношениях с процессами.

Разумеется, дескрипция приведённых вариантов экзогенно-интоксикационных «синдромов», в их отношении к процессам, не является ни попыткой создания некоей «посферной» систематики, ни пробой построения статистической иерархии – в контексте патопластики – «преформированных типов реакций», да и на практике они редко встречаются в чистом виде: обычно это сложная лигатура экзогенных реакций в их типичном виде (качественные изменения сознания) и патофеноменологии аффективной и конативной сфер, с динамической импрегнацией патоперсонологическими стигмами и выполненной семиотикой психоорганического ряда подложкой.

13 - *Graeter K. Dementia Praecox mit Alcholumismus Chronicus. Eine klinische Studie über Demenz und Chronisch Paranoide Psychosen scheinbar alkoholischer Natur.* – Leipzig: Verlag von Johann Ambrosius Barth, 1909. – 200 S.

14 - *Двирский А. А.* К уточнению термина «гретеровская шизофрения» [Электронный ресурс] // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3 (Сабуровой дачи), посвящённый 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. – Киев – Харьков, 2010. – Т. 5. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper031.htm>.

Клинически же патопластическая модификация под влиянием психоактивных веществ – используя наш центральный пример шизофренического процесса – будет состоять, помимо «экзогенезации» (в широком смысле: от большей яркости и смены / расширения модальности продуктивной симптоматики до специфической «органической» окраски [пост]процессуального дефекта), также и в *sui generis* «курационной» эффикации: это фасилитация аутизации и эксклюзия социального дистанцирования, протекция от специфической личностной дефицитарности, митигация клинических проявлений, общая «депсихотизация», превенция или ретардация экзацербаций, частичная компенсация характерных эмоционально-волевых расстройств (в том числе в силу специфического антагонизма: между эмоциональным оскудением и аффективными всплесками в силу регулярной эйфоризации, снижением волевых побуждений и влечением к употреблению наркотического вещества, прогрессиентной нозоспецифической аутоизоляции и вынужденной поддержкой коммуникативных навыков вследствие поисковой активности etc.).

Разумеется, закономерное – по нейротоксическим, ангиопатическим, ишемическим, инволюционным, церебротравматическим механизмам в их стохастических конstellляциях – формирование психоорганического синдрома инактивирует модус патопластической модификации до степени / уровня **фона**.

В целом под *фоном* (французское *fond* от латинского *fundus* – дно, основание, основа) следует понимать патологическое состояние, не привносящее активной и выраженной патопластики, но облегчающее возникновение либо ускоряющее протекание основного заболевания и изменяющее глубину поражения психики, или же механически добавляющее в клиническую картину оттенков звучания. Последнее означает, что наличие фона подразумевает некую не имеющую клинически (диагностически, но не терапевтически) значимой выраженности аранжировку либо статическую импрегнацию семиотикой иного регистра (либо регистров).

На практике в качестве фона почти всегда выступает «органика», в разнообразных её номинациях: «почва», «зачаток», «органическое поражение», либо приводящее к её формированию – через посредство энцефалопатии того или иного генеза – заболевание.

Рассмотренные – во всём их многообразии – структурно-динамические конstellляции находят своё отражение в формулировках психиатрического диагноза.

Ю. И. Заседа,

Харьковская медицинская академия последипломного образования,
кафедра психотерапии, Харьков, Украина.

А. Д. Городокин,

Запорожский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, психотерапии,
общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожье, Украина.

Yu. I. Zaseda,

Kharkov Medical academy of postgraduate education, department of psychotherapy, Kharkov, Ukraine.

A. D. Gorodokin,

Zaporozhe state medical university, department of psychiatry, psychotherapy,
general and medical psychology, narcology and sexology, Zaporozhe, Ukraine.

СЕЛЕКЦИЯ МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО- ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

**СЕЛЕКЦІЯ МЕТОДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
НА ОСНОВІ КЛІНІКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ**

**SELECTION OF METHODOLOGICAL MAINTENANCE OF PSYCHOSOMATIC ILLNESS PSYCHOTHERAPY
BASED ON CLINICALLY-PSYCHOPHENOMENOLOGICAL RESEARCH**

УДК: 616.89-159.9.072(075)

Статья поступила в редакцию 15.05.2015

Резюме

С целью разработки принципов методической селекции индивидуально-конгруэнтного метода психотерапии для контингента пациентов, страдающих наиболее распространенными формами психосоматических заболеваний, на основании анализа групповых психофеноменологических профилей было обследовано 200 пациентов, страдающих неаллергической бронхиальной астмой, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и эссенциальной гипертензией, при помощи клинко-психофеноменологического, клинко-анамнестического, психодиагностического, клинко-психопатологического и клинко-статистического методов. В результате исследования получены данные, определяющие оптимальное методическое обеспечение процесса психотерапии в исследованных группах.

Ключевые слова

психотерапия, методология психотерапии, клинко-психофеноменологический метод, психофеноменологический профиль, психосоматические заболевания.

Резюме

З метою розробки принципів методичної селекції індивідуально-конгруентного метода психотерапії для контингенту пацієнтів, що страждають на найпоширеніші форми психосоматичних захворювань, на основі аналізу групових психофеноменологічних профілів було обстежено 200 пацієнтів, що страждають на неалергічну бронхіальну астму,

виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, есенціальну гіпертензію за допомогою клініко-психофеноменологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного, клініко-психопатологічного та клініко-статистичного методів. У результаті дослідження отримані дані, що визначають оптимальне методичне забезпечення процесу психотерапії у досліджуваних групах.

Ключові слова

психотерапія, методологія психотерапії, клініко-психофеноменологічний метод, психофеноменологічний профіль, психосоматичні захворювання.

Resume

In order to develop the principles of methodical selection of individually-congruent method of therapy for the patient cohort, suffering from the most common forms of psychosomatic diseases, based on an analysis of group psychophenomenological profiles, it was examined 200 patients suffering from non-allergic bronchial asthma, gastric and duodenal ulcer and essential hypertension, using clinically-psychophenomenological, clinically-anamnestic, psychodiagnostic, clinically-psychopathological, clinically-statistical methods. The study obtained data defining the optimal methodological support of the process of psychotherapy in the studied groups.

Keywords

psychotherapy, methodology of psychotherapy, clinically- psychophenomenological method, psychophenomenological profile, psychosomatic diseases.

В сфере компетенции психотерапии – где первостепенную роль в отношении успеха вмешательства имеет индивидуальный характер личностного реагирования (представляющий собой констелляцию примордиальных психофизиологических и персонологических характеристик, их онтогенетической трансформации, индивидуального характера восприятия психотравмирующего события и его экзистенциально-интроспективных особенностей, лежащих в основе психопатогенеза расстройств невротического спектра) – обоснованность применения терапевтических протоколов, предполагающих формализацию процесса психотерапии исключительно по нозологическому или синдромальному признаку, представляется сомнительной [1 – 3].

Указанная точка зрения подкрепляется также и специфическими особенностями прикладной методологии самой психотерапии, где количество модификаций каждого используемого метода ограничено, по сути, лишь количеством эксплуатирующих его специалистов, в силу фактически облигатного привнесения (в силу как произвольной, так и непроизвольной переработки носителем) в методику авторских вариаций. Помимо этого, в рамках современной психотерапии происходит интенсивный процесс мультипликации существующих методов, в основе которого лежат: позиционирование синтетических методов психотерапии как принципиально новых, реноминация существующих методов по признаку наличия единичных эпифеноменов, которые полагаются высоко саногенными / инструментальными, атрибутирование рутинных процедур парадиагностического и паратерапевтического характера психотерапевтическим антуражем с их номинативным позиционированием в качестве инновационных методов психотерапии [1 – 5].

Устранение недостатков существующих систем психотерапии психосоматических заболеваний заключается в методологически обоснованном смещении эмпирического метода подбора психотерапевтических систем в пользу формализованного алгоритма селекции индивидуально-конгруэнтного методического обеспечения психотерапии [6, 7].

Обеспечивая процесс психотерапии, каждый из её методов использует специфическую пропорцию апелляции к тем или иным интрапсихическим механизмам, формируя динамическую констелляцию активности интрапсихических модусов, в которой одни механизмы выступают амплифицирующими и являются, по сути, локусом инсталляции метода, в то время как иные являются вспомогательными, выполняя функции переноса и хранения сентенции. Соответственно каждый из методов психотерапии может быть систематизирован по критерию его апелляции к тем или иным интрапсихическим механизмам [6].

Указанная концепция лежит в сфере компетенции клинико-психофеноменологического метода, в частности в рамках концепции психофеноменологического профиля, обладающего дескриптивной компетентностью как в отношении идентификации приоритетных интрапсихических точек приложения психотерапии, так и в отношении сопоставления тех или иных методов психотерапевтической коррекции и профилактики с индивидуальными характеристиками психической деятельности пациента [5 – 7].

Цель исследования заключается в разработке принципов методической селекции индивидуально-конгруэнтного метода психотерапии для контингента пациентов, страдающих наиболее распространенными формами психосоматических заболеваний, на основании анализа групповых психофеноменологических профилей.

Дизайн исследования: исследование проводилось на протяжении 2010 – 2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования и клиники «Мужское здоровье», где было обследовано 470 пациентов, страдающих различными соматоформными и психосоматическими расстройствами, из которых с учётом процессов гомогенизации и рандомизации выборки для углублённого исследования клинико-психофеноменологических характеристик была сформирована группа из 200 пациентов, страдающих наиболее распространенными формами психосоматической патологии (неаллергическая бронхиальная астма (J45.01; J45.08; J45.09) – 60 пациентов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (K25.07; K26.07) – 60 пациентов, эссенциальная гипертензия (I10) – 80 пациентов.

Методы исследования: основным методом исследования являлся клинико-психофеноменологический; его дополняли клинико-anamnestический, психодиагностический и клинико-психопатологический методы. Также использовались клинико-статистический метод.

Квантификация характеристик индивидуального личностного реагирования проводилась в рамках оценки динамики активности интрапсихических механизмов, соответствующих выделенным феноменам, в структуре феноменной части психофеноменологического профиля с использованием инструментария экспериментального патопсихологического исследования, методоспецифических проб, а также психодиагностического интервью, включающего аутодиагностические методики.

Результаты исследования.

В рамках концепции клинико-психофеноменологического метода любая психотерапевтическая процедура рассматривается в рамках континуума «восприятие – мотивационно-волевой архив» и имеет специфические точки интрапсихического опосредования, коих в рамках используемой модели психотерапевтической интервенции – пять, а именно:

- 1) *эндовербальная трансформация* – механизм семантической трансформации сентенции, в основе которого лежит индивидуальная, ассоциативная логика индивида;
- 2) *ассоциативно-идеаторный модус* – интрапсихическая система, в рамках которой происходит операционная интеграция иных интрапсихических систем;
- 3) *аффективный модус* – интрапсихическая система, объединяющая паттерны аффектогенной семантической трансформации, которая обеспечивает аффективный компонент мышления, модифицируя логику ассоциативного процесса;
- 4) *когнитивно-гностический модус* – интрапсихическая система, объединяющая компаративно-аналитические и синтетические механизмы семантической трансформации интериоризированной семантической конструкции;

Таб. 1. Среднегрупповые значения активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии среди контингента пациентов, страдающих БА, ЯБЖ и ЯБДПК, ГБ, и группе здоровых добровольцев

Средняя оценка в группах	Здоровые (N = 100)	БА (N = 60)	ГБ (N = 80)	ЯБЖ и ЯБДПК (N = 60)
Трансовый суперкластер				
гипнабельность	1,46 ± 0,81	1,76 ± 1,16	0,72 ± 0,75	2,03 ± 0,98
гипнокатарсис	1,56 ± 0,81	0,96 ± 0,88	1,00 ± 0,96	1,96 ± 0,88
Ассоциативно-идеаторный кластер				
изотемпопсихия	1,20 ± 0,89	1,93 ± 1,03	1,52 ± 0,64	0,80 ± 0,65
логичность мышления	1,16 ± 0,54	1,63 ± 1,22	1,35 ± 0,62	1,43 ± 0,75
пластичность мышления	2,40 ± 0,48	1,70 ± 1,07	1,20 ± 0,63	1,36 ± 0,58
последовательность мышления	1,44 ± 0,75	2,0 ± 1,18	1,22 ± 0,57	1,40 ± 0,71
способность к абстрагированию	2,28 ± 1,0	1,76 ± 1,20	0,92 ± 0,52	1,33 ± 0,86
Когнитивно-гностической кластер				
когнитивная селективность рецепции	1,15 ± 1,18	1,33 ± 0,84	1,20 ± 0,79	2,02 ± 0,73
когнитивная состоятельность	2,09 ± 0,80	1,20 ± 0,76	1,25 ± 0,98	1,90 ± 0,92
обучаемость	1,23 ± 0,81	1,83 ± 0,93	1,33 ± 0,93	2,06 ± 0,74
осознание	1,37 ± 1,05	0,90 ± 0,71	1,30 ± 0,96	1,20 ± 1,03
самообучаемость	1,45 ± 0,94	1,06 ± 0,90	0,95 ± 0,90	2,03 ± 1,04
убеждаемость	1,72 ± 1,07	2,10 ± 1,02	2,02 ± 1,09	1,32 ± 1,07
Аффективный кластер				
адекватность аффекта	1,78 ± 1,12	1,13 ± 0,93	1,80 ± 0,88	1,46 ± 0,73
аффективная модификация ассоциаций	1,95 ± 0,97	1,93 ± 1,15	1,30 ± 0,81	1,23 ± 0,77
аффектогенная модификация памяти	1,56 ± 1,16	1,70 ± 0,65	2,07 ± 0,80	1,56 ± 0,97
аффектогенная селекция рецепции	0,56 ± 0,99	0,86 ± 1,10	1,12 ± 0,85	1,16 ± 1,17
изопластичность аффекта	1,43 ± 0,58	1,30 ± 1,02	1,47 ± 0,81	1,30 ± 1,02
изотимия	1,60 ± 0,89	2,30 ± 0,95	1,72 ± 0,98	1,80 ± 0,99
интроспективное восприятие аффекта	1,82 ± 0,83	1,4 ± 1,00	1,42 ± 0,95	1,33 ± 0,95
Мнестический кластер				
воспроизведение	1,50 ± 0,72	1,43 ± 1,18	1,07 ± 0,81	1,66 ± 0,91
забывание	1,27 ± 1,00	2,00 ± 0,82	2,08 ± 1,03	1,53 ± 0,71
хранение	1,60 ± 0,66	1,93 ± 0,94	1,12 ± 0,89	1,50 ± 0,61
непроизвольное запоминание	1,45 ± 0,80	2,09 ± 0,73	1,56 ± 0,70	1,68 ± 0,85
произвольное запоминание	1,64 ± 0,59	1,93 ± 0,94	2,02 ± 0,53	1,81 ± 0,73
сенсорная память	1,84 ± 0,80	2,00 ± 0,87	1,09 ± 0,86	1,62 ± 0,87
узнавание	1,58 ± 0,98	1,81 ± 1,00	1,75 ± 0,83	1,68 ± 0,78
Эндовербальный кластер				
рецепция антиаддиктивных формул	1,23 ± 0,81	0,96 ± 0,88	1,52 ± 1,13	1,10 ± 0,75
рецепция affirmаций	1,25 ± 0,82	1,16 ± 0,98	1,65 ± 0,83	2,12 ± 0,87
рецепция вербального рефрейминга	1,47 ± 0,80	0,93 ± 1,01	0,90 ± 1,00	0,96 ± 0,76
рецепция десенсибилизирующих формул	1,46 ± 0,81	1,66 ± 0,75	1,63 ± 1,01	1,68 ± 0,85
рецепция парадоксальных формул	1,15 ± 1,18	1,71 ± 0,77	1,41 ± 0,83	2,11 ± 0,73
рецепция поддерживающих формул	1,78 ± 0,94	1,50 ± 1,19	2,05 ± 0,94	0,96 ± 0,88
рецепция усиливающих формул	2,09 ± 0,80	2,00 ± 0,82	1,06 ± 0,91	1,60 ± 0,93

5) *мнестический архив* – интрапсихическая система активного хранения логических конструкций, которая, пребывая в постоянном взаимодействии с когнитивно-гностическим модусом, обеспечивает компаративно-аналитические процессы.

С учетом наличествующих в используемой модели модусов интрапсихического опосредования была сформирована кластерная систематика существующих методов психотерапии по признаку их апелляции в процессе психотерапии к тем или иным интрапсихическим механизмам. В результате систематизации, наиболее активно эксплуатируемые методы психотерапии были распределены на 5 кластеров, соответствующих модусам их апелляции, а именно: эндовербальный, ассоциативно-идеаторный, когнитивно-гностический, аффективный, мнестический. Дополнительно в условиях включения в систематику психотехнической дифференциации был сформирован трансовый суперкластер, определяющий эффективность психотерапии к состояниям измененного сознания.

Таким образом, концепция методического обеспечения процесса психотерапии на базе клинико-психофеноменологического профиля реализует свой клинико-дескриптивный потенциал посредством использования комплекса функциональных проб, выступающих эквивалентом психотерапевтического вмешательства. В процессе выполнения комплекса феноменно-специфических проб каждому из исследуемых феноменов присваивается числовой коэффициент активности, являющийся отражением степени активности интрапсихического механизма, соответствующего данному феномену в процессе психотерапии, при этом эффективность психотерапевтического вмешательства по методу, апеллирующему к данному механизму – пребывает в прямой зависимости от степени его активности и, соответственно, величины коэффициента активности. Квантификация степени активности феноменов осуществляется по 4-х бальной шкале, где «3 балла» соответствуют «выраженной активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии; «2 балла» соответствуют «умеренной активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии; «1 балл» соответствует «незначительной активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии; «0 баллов» соответствуют «интактности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену в процессе психотерапии.

В результате аппликации комплекса специфических диагностических проб, входящих в методологический аппарат редуцированного психофеноменологического профиля, описанного в наших предыдущих исследованиях, на обследуемый контингент, нами были получены данные о степени активности отдельных интрапсихических механизмов в процессе психотерапии. Полученные данные по контингенту пациентов, страдающих психосоматическими заболеваниями, приведены в виде среднегрупповых значений в таблице 1.

Далее был произведен анализ приоритетных в отношении апеллирования психотерапии интрапсихических механизмов и их сопоставление с разработанной в наших предыдущих исследованиях кластерной феноменологической систематикой методов психотерапии, в результате чего были получены результаты, определяющие оптимальное методическое обеспечение процесса психотерапии в исследованных группах.

ВЫВОД

1. Для контингента пациентов, страдающих бронхиальной астмой, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам последовательности мышления ($2,0 \pm 1,18$), убеждаемости ($2,10 \pm 1,02$), изотимии ($2,30 \pm 0,95$), в мнестической сфере высокую активность имеют феномены непроизвольного запоминания ($2,09 \pm 0,73$), забывания ($2,00 \pm 0,82$) и сенсорной памяти ($2,00 \pm 0,87$). Наиболее активной является рецепция усиливающих семантических формул ($2,00 \pm 0,82$). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов суггестивной психотерапии, позитивной и групповой психотерапии, аутогенной терапии с использованием усиливающих семантических формул, симультанно-мнестической психотерапии.

2. Для контингента пациентов, страдающих гипертонической болезнью, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам убеждаемости ($2,02 \pm 1,09$), аффектогенной модификации памяти ($2,07 \pm 0,80$), забывания ($2,08 \pm 1,03$), произвольного запоминания ($2,02 \pm 0,53$), рецепции поддерживающих формул ($2,05 \pm 0,94$). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов суггестивной психотерапии, симультанно-мнестической психотерапии, групповой и поддерживающей психотерапии, аутогенной терапии с использованием поддерживающих семантических формул.

3. Для контингента пациентов, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, характерно сочетание выраженной активности интрапсихических механизмов, соответствующих феноменам гипнабельности ($2,03 \pm 0,98$), гипнокатарсиса ($1,96 \pm 0,88$), когнитивной селективности рецепции ($2,02 \pm 0,73$), обучаемости ($2,06 \pm 0,74$), самообучаемости ($2,03 \pm 1,04$), рецепции парадоксальных формул ($2,11 \pm 0,73$), рецепции аффирмаций ($2,12 \pm 0,87$). Указанная констелляция активности интрапсихических механизмов делает приоритетным использование в системе психотерапии методов гипносуггестии, гипноанализа, рациональной, обучающей и когнитивно-бихевиоральной психотерапии, суггестивной терапии и аутогенной тренировки с использованием аффирмаций и парадоксальных формул.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Madelin R. Personalizing therapy / R. Madelin // *Cyberpsychology, behavior and social networking*. – 2014. – № 17 (6). – P. 331 – 333.
2. Testad I. The value of personalized psychosocial interventions to address behavioral and psychological symptoms in people with dementia living in care home settings: a systematic review / I. Testad, A. Corbett, D. Aarsland, K. O. Lexow // *International psychogeriatrics*. – 2014. – № 26 (7). – 83 – 98.
3. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // *Медицинская психология*. – 2010. – №2. – С. 3 – 15.
4. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии / И. И. Чугунов. – 2-е изд. стереотипн. – К.: Здоров'я; Х.: Око – Наука, 2008. – 768 с.
5. Чугунов В. В. Феноменные «линейки» как систематические элементы психофеноменологического профиля (психотехническое наполнение, систематика, терапевтическая компетентность) / В. В. Чугунов, Ю. И. Заседа, А. Д. Городокин // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. – 2015. – №2 (20). – С. 74 – 85.
6. Чугунов В. В. Метaparадигмальная модель сентенционно-семантической интервенции в сфере компетенции психотерапии / В. В. Чугунов, Ю. И. Заседа, А. Д. Городокин // *Медицинская психология*. – 2014. – №4. – С. 62 – 66.
7. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие] / В. В. Чугунов. – Х.: Наука, 2010. – 304 с.

Б. С. Федак,

КПОЗ «Областная клиническая больница – Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф», Харьков, Украина.

B. S. Fedak,

Regional clinical hospital – Center of emergency medical care and disaster medicine, Kharkov, Ukraine.

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ СОМАТИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ

**ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ,
ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ГОСТРІ СОМАТИЧНІ СТАНИ**

**PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF MENTAL SPHERE DISTURBANCES
AMONG PATIENTS WITH ACUTE MEDICAL CONDITIONS**

УДК 616.08 – 039

Статья поступила в редакцию 25.03.2015

Резюме

Целью исследования было изучение нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования для разработки психотерапевтических программ их сопровождения. Полученные данные свидетельствуют о том, что у соматических больных в структуре острых состояний в большинстве случаев развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации. Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий.

Ключевые слова

острые соматические состояния, нарушения психики, дезадаптация.

Резюме

Метою дослідження було вивчення порушень психічної сфери хворих з гострими станами соматичного профілю на підставі клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження для розробки психотерапевтичних програм їх супроводу. Отримані дані свідчать, що у соматичних хворих в структурі гострих станів у більшості випадків розвиваються порушення психіки у вигляді нозогенних реакцій психічної дезадаптації. Основними принципами побудови психокорекційної програми були системність, етапність і послідовність психокорекційних заходів.

Ключові слова

гострі соматичні стани, порушення психіки, дезадаптація.

Resume

The aim of the study was to investigate psychiatric disturbances among patients with acute conditions of somatic profile based on clinical psychopathological and psychodiagnostic research to develop the psychotherapeutic programs for their support. The obtained data indicates that among

somatic patients in the structure of acute conditions in most cases mental disturbances were developed as nosogenic reactions of psychological maladjustment. The basic principles of psychocorrectional programs formation have been systematic, stage-by-stage approach and sequence of psychocorrectional measures.

Keywords

acute somatics conditions, mental disorders, maladjustment.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играют психогенные факторы, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией (АГ), мозговые инсульты (МИ) и транзиторные ишемические атаки (ТИА). Это касается и других острых состояний терапевтического профиля различной системно-органной принадлежности. В тоже время, в определённых работах указывается на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [1 – 5]. Неразрешенными являются также вопросы психосоциальной реабилитации этих больных с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий.

Цель исследования – изучение нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинко-психопатологического и психодиагностического исследования для разработки психотерапевтических программ их сопровождения.

Материал и методы исследования.

Всего обследовано 315 больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля в возрасте от 22 до 70 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний больные были распределены на 5 групп: 1-ю группу составили 68 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардия; 2-ю – 58 больных с ишемической болезнью сердца, инфаркт миокарда (ИМ); 3-ю – 57 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю – 67 больных с мозговым инсультом (МИ); 5-ю – 65 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ).

Использовались клинко-психопатологический, психодиагностический, статистический методы.

Результаты исследования.

Клинко-психопатологическое исследование позволило выявить у больных с острыми состояниями соматического профиля различные нарушения психической сферы.

У 47 больных ($14,92 \pm 2,01\%$) психопатологическая симптоматика имела незначительную выраженность, была представлена преимущественно астеническим спектром проявлений и имела непосредственную связь с основным соматическим заболеванием. Такие состояния были расценены нами как соматогенно-обусловленные астенические состояния (САС).

У 52 больных ($16,51 \pm 2,09\%$) психопатологические нарушения, соответствовали критериям рубрики МКБ-10 «расстройства адаптации» (F43.2) и определялись нами как нозогенные невротические реакции (НРР).

У большинства обследованных нами больных ($68,57 \pm 2,62\%$) психические нарушения достигали синдромального уровня, имели четкую связь с обострением соматического заболевания (которое выступало в качестве психогенного фактора) и расценивались нами в качестве нозогенных реакций психической дезадаптации (НРПД).

Полученные данные свидетельствуют о том, что у соматических больных в структуре острых состояний в большинстве случаев развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации ($68,57 \pm 2,62\%$). Значимо реже встречаются соматогенно-обусловленный астенический симптомокомплекс ($14,92 \pm 2,01\%$) и нозогенные невротические реакции ($16,51 \pm 2,09\%$). В обоих случаях различия достигали статистической значимости ($p < 0,001$).

Нами был проведен анализ распределения нарушений психики различной степени выраженности в исследуемых группах больных (табл. 1).

Таб. 1. Распределение нарушений психики у больных различной нозологической принадлежности

Группы больных	САС		НРПД		ННР	
	абс	Р%±s%	абс	Р%±s%	абс	Р%±s%
1-я группа (n=68)	15	22,06±5,03	46	67,65±5,67	7	10,29±3,68
2-я группа (n=58)	6	10,34±4,00	37	63,79±6,31	15	25,86±5,75
3-я группа (n=57)	10	17,54±5,04	34	59,65±6,50	13	22,81±5,56
4-я группа (n=67)	12	17,91±4,68	49	73,13±5,42	6	8,96±3,49
5-я группа (n=65)	4	6,15±2,98	50	76,92±5,23	11	16,92±4,65
Всего (n=315)	47	14,92±2,01	216	68,57±2,62	52	16,51±2,09

Согласно полученным данным, наиболее часто САС встречался у больных стенокардией (22,06 ± 5,03%), однако статистической значимости достигали лишь сравнения с группой больных ЯБ (6,15 ± 2,98%, $p < 0,01$). Реже всего САС наблюдался у больных ЯБ (различия с 1-й и 4-й группами соответственно $p < 0,01$ и $p < 0,05$).

Реакция на болезнь в виде ННР чаще всего была присуща больным с ИМ (25,86 ± 5,75%), что было значимо чаще, чем у больных стенокардией и МИ (соответственно 10,29 ± 3,68% и 8,96 ± 3,49%, в обоих случаях $p < 0,05$).

НРПД встречались у большинства больных всех клинических групп, от 59,65 ± 6,50% у больных ТИА до 76,92 ± 5,23% у больных ЯБ. Статистической значимости различия достигали лишь между 3-й и 5-й группами больных ($p < 0,05$).

Во всех клинических группах значимо преобладали больные с НРПД. При этом соотношения между количеством больных с САС и ННР было различным: среди больных со стенокардией и МИ доля лиц с САС превышала аналогичный показатель с ННР, среди больных с ИМ, ТИА и ЯБ – доля лиц с ННР превышала таковую с САС. Статистической значимости различия достигали лишь в группе больных с ИМ ($p < 0,05$).

Данные психопатологического и патопсихологического обследования послужили основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля.

Основными принципами построения психокоррекционной программы были системность, этапность и последовательность психокоррекционных мероприятий. Программа начиналась на стационарном этапе с последующим продолжением на амбулаторном этапе. Применялся интегративный подход с включением элементов когнитивно-поведенческой терапии (КБТ), рациональной психотерапии, АТ, индивидуальной и групповой личностно-ориентированной психотерапии, семейной психотерапии.

Использовалась модификация КБТ, разработанная Aaron Beck, которая представляет собой кратковременную структурированную терапию. Теоретической основой КБТ является представление о том, что аффективные и соматовегетативные изменения и другие, связанные с ними, являются последствием когнитивных дисфункций.

Цели терапии – достигнуть редукции патологической симптоматики, идентифицировать и проверять негативные познания, развивать альтернативные и более гибкие схемы расширения, регулировать новые когнитивные способности.

КБТ проводилась 2 – 4 раза в неделю, общей длительностью – 4 недели.

В каждом сеансе КБТ устанавливалась текущая тематика в начале каждого сеанса, давалось домашнее задание, и проводилось обучение новым навыкам. КБТ реализовалось по трем направлениям: дидактическое, когнитивное и поведенческое.

Дидактический компонент включал объяснение больному когнитивной триады и ошибочной логики. Проводилось обсуждение с больным, формулировка гипотезы генеза патологических проявлений, и проверка её в процессе терапии. Проводилось разъяснение связи между эмоциональными нарушениями и мышлением, аффектом и поведением, так же как логическое обоснование всех направлений лечения.

Когнитивный компонент включал: создание автоматических мыслей, тестирование автоматических мыслей, идентификацию дезадаптивных положений, лежащих в основе нарушений и проверку обоснованности дезадаптивных положений.

Бихевиоральный компонент включал создание схем деятельности, преодоление ангедонии, постепенное усложнение задания, обучение самоуважению и методам отвлечения.

Групповая терапия проводилась в форме открытых групп. Основным методом была групповая дискуссия, включавшая 3 главные ориентации - интеракционную, биографическую и тематическую.

В процессе психотерапевтического воздействия нами выделялось три этапа.

Первый этап состоял из 1 – 2 индивидуальных и 2 – 3 групповых занятий. Основными задачами его являлись: установление эмоционального контакта с врачом и с участниками психотерапевтической группы; формирование доверия к врачу, адекватного отношения к психотерапии; дезактуализация острой невротической симптоматики.

Второй этап состоял из 1 – 2 индивидуальных и 4 – 6 групповых занятий. Основными задачами этого этапа являлись: достижение положительной динамики эмоционального состояния больного; осознание им связи факторов и проявлений невротических расстройств с особенностями своей личности и поведения, конфликтами, нерешенными эмоциональными проблемами; коррекция масштаба переживания болезни, ее социальной значимости; перестройка личности больного, системы его отношений, реадaptация в макро- и микросоциальной среде.

Третий этап включал 2 – 3 групповых и 1 – 2 индивидуальных занятия. Основными задачами его являлись закрепление достигнутого терапевтического результата, навыков психической саморегуляции, скорректированной системы жизненных целей, ценностей, своего "Я" и окружающей среды. Психотерапевтическая работа с больными на этом этапе осуществлялась, прежде всего, путем доработки приемов АТ, усвоения и закрепления навыков эмоционального и поведенческого реагирования, рациональной психотерапии.

Была проведена оценка эффективности, разработанной нами психокоррекционной программы. В качестве критериев использовались: динамика клинических проявлений, субъективная оценка уровня тревожности. По результатам оценки установлено, что значительное улучшение достигнуто у 68% больных, отсутствие значимой позитивной динамики – у 8% больных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2010. – 864 с.
2. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине: клин. рук. / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Х.: Прапор, 2002. – 108 с.
3. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Р. Г. Оганов Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] // Кардиология – 2005. – №8. – С. 38 – 44.
4. Смулевич А. Б. Психокоррекция / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин. – М.: МИА, 2005. – 778 с.
5. Heart and mind: relationship between cardiovascular and psychiatric conditions / S. U. Shah, A. White, S. White [et al.] // Postgrad. Med. J. – 2004. – Vol. 80. – P. 683 – 689.

К. В. Аймедов, Д. В. Возний,

Одеський національний медичний університет,
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології, Одеса, Україна.

K. V. Aymedov, D. V. Vozniy,

Odessa national medical university,
department of social helping, general and medical psychology, Odessa, Ukraine.

ОСОБИСТІСНІ ОСОБЛИВОСТІ ЧОЛОВІКІВ, ЩО СТРАЖДАЮТЬ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

**ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ
PERSONAL ESPECIALLY MEN, ARE DEPENDENT ON ALCOHOL**

УДК 613.816

Статья поступила в редакцию 28.04.2015

Резюме

В статті наведено результати дослідження особистісних особливостей чоловіків, що страждають на алкогольну залежність. Визначено психологічні та соціальні особливості хворих на алкогольну залежність, які впливають на термін та якість ремісії. Проаналізовано стан сучасної наркологічної допомоги в Україні та світі, надано рекомендації щодо реформування служби допомоги алкоголь залежним особам на національному та регіональному рівнях.

Ключові слова

особистісні особливості, алкогольна залежність.

Резюме

В статье приведены результаты исследования личностных особенностей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, определены психологические и социальные особенности больных алкогольной зависимостью, влияющие на сроки и качество ремиссии. Проанализировано состояние современной наркологической помощи в Украине и мире. Даны рекомендации по реформированию службы помощи алкоголь зависимым лицам на национальном и региональном уровнях.

Ключевые слова

личностные особенности, алкогольная зависимость.

Resume

The presents the results of the study of personality characteristics of men suffering from alcohol dependence, defined psychological and social characteristics of patients with alcohol dependence, which affect the timing and quality of remission. Analyzes of modern drug treatment in Ukraine and the world. Recommendations for reforming the service by means of alcohol dependent persons at the national and regional levels.

Keywords

personality traits, alcohol dependence.

Зловживання алкоголем – другий після трудової міграції фактор катастрофічного спаду кількості населення України [1 – 4]. Вік перших спроб вживання алкогольних напоїв знизився до 14 років, майже третина неповнолітніх в окремих областях України щоденно вживають спиртні напої, раннє залучення молоді

до вживання алкоголю в декілька разів збільшує ризик розвитку алкогольної залежності і насильницької смерті в майбутньому, руйнує професійну кар'єру [2 – 7]. В такому становищі край необхідним є комплекс заходів правового, соціального, економічного, медичного, освітнього та іншого характеру задля урегулювання епідеміологічного становища [4, 6, 7]. Однією з таких необхідних мір є наявність ефективної допомоги особам, залежним від алкоголю, в досягненні довгострокової ремісії. Вивчення ремісії, етапності становлення і динаміки збагачує знання про клініку, перебіг та прогноз алкогольної залежності, стабільність ремісії, її тривалість, відсутність ознак патологічного потягу до алкоголю нерозривно пов'язані з поліпшенням якості життя хворих [1, 7, 8].

Матеріали дослідження.

Вибір цільових груп та методів дослідження було зумовлено метою і завданнями дослідження. Для вирішення поставлених задач було обстежено 296 чоловіків у віці від 28 до 60 років, які мали верифікований діагноз «алкогольна залежність». Всі досліджені особи були розподілені на дві групи методом сліпої рандомізації: до групи дослідження (ГД) були включені особи з синдромом залежності від алкоголю, які дали згоду на участь в програмі комплексної психофармакотерапії та психологічного супроводу протягом стаціонарного та амбулаторного періодів лікування; до групи порівняння (ГП) увійшли особи, які отримували виключно стандартне лікування від алкогольної залежності в умовах медичного стаціонару.

Результати дослідження, їх обговорення.

Результати проведеного дослідження наведено в табл. 1 – 4.

Для виявлення особливостей характеру було використано 16-ти факторний опитувальник Кеттелла. При інтерпретації отриманих результатів ми враховували не тільки вираженість окремих факторів, але і їх поєднання, що утворювало симптомокомплекси комунікативних, інтелектуальних, емоційних і регуляторних особистісних властивостей.

Таб. 1. Розподіл досліджених за конституційними факторами за допомогою 16-ти факторного опитувальника Р. Кеттелла (група комунікативних факторів)

Фактори	Полюси («-»/«+»)	ГД, n = 172				ГП, n = 124			
		сер.	стен.	%	±m	сер.	стен.	%	±m
А (комунікабельність)	шизотимія/ афектомія	7,2	7	4,07	1,51	6,7	5	4,03	1,77
Е (домінантність)	конформність/ домінантність	4,1	8	4,65	1,61	4,2	6	4,84	1,93
Н (сміливість)	тректія/ пармія	6,1	10	5,81	1,78	6,0	7	5,65	2,07
І (підозрілість)	алаксія/ протенсія	6,7	11	6,40	1,87	6,6	8	6,45	2,21
Н (дипломатичність)	прямолінійність/ дипломатичність	6,2	8	4,65	1,61	6,4	6	4,84	1,93
Q2 (самостійність)	залежність від групи/ самодостатність	3,0	12	6,98	1,94	2,8	9	7,26	2,33

Найвищі значення в групі комунікативних факторів було отримано дослідженими ГД (7,2 бали) та ГП (6,7 балів) за показником А (комунікабельність). Такі досліджені характеризувались товариськістю, безтурботністю, невимушеністю. Підвищений настрій, характерний для всіх пацієнтів, деколи межував з дурашливістю. Хворі надавали перевагу поведінці підкорюваній та залежній від оточуючих.

Середні (з тенденцією до низьких) бали за фактором Е (домінантність) (ГД – 4,1 бал; ГП – 4,2 бали) у поєднанні з низькими балами за фактором Q2 (самостійність) (ГД – 3,0 бали; ГП – 2,8 бали) свідчили про низький лідерський потенціал досліджених ГД та ГП. При цьому лідерські функції могли проявлятися у звичних життєвих ситуаціях, розвиток яких можливо було передбачити, або в ситуаціях, пов'язаних з власними інтересами. Проте хворі схильні були уникати ситуацій, що потребували власної відповідальності за прийняття рішень, відчували напругу при необхідності самостійно долати перешкоди на шляху до мети. Показники за іншими факторами комунікативної групи знаходились в діапазоні середніх значень.

Таб. 2. Розподіл досліджених за конституційними факторами за допомогою 16-ти факторного опитувальника Кеттелла (група інтелектуальних факторів)

Фактори	Полюси («-», «+»)	ГД, n = 172				ГП, n = 124			
		сер.	стен	%	±m	сер.	стен	%	±m
В (інтелектуальність)	низький інтелект/ високий інтелект	4,2	14	8,14	2,08	3,9	10	8,06	2,45
М (мрійливість)	праксернія/ аутія	5,1	10	5,81	1,78	5,3	8	6,45	2,21
Н (дипломатичність)	прямолінійність/ дипломатичність	6,0	11	6,40	1,87	5,9	8	6,45	2,21
Q1 (сприйняття нового)	консерватизм/ радикалізм	3,4	12	6,98	1,94	3,2	9	7,26	2,33

Характерним було зниження показників за факторами В (інтелектуальність) (ГД – 4,2 бали; ГП – 3,9 балів) та Q1 (сприйняття нового) (ГД – 3,4 бали; ГП – 3,2 бали) в групах дослідження. Обстежені хворі характеризувались переважанням в структурі інтелекту конкретного, практично орієнтованого мислення. Рішення абстрактних завдань потребує значних зусиль та великих затрат часу. При вирішенні побутових завдань хворі використовували здебільшого перевірені власним досвідом копінг-стратегії та не орієнтувались на нові творчі рішення.

Найвищий бал у групах досліджених було отримано за фактором Н (сміливість в соціальних контактах) (ГД – 8,1 бал; ГП – 8,3 бали), що свідчить про комунікабельність, схильність до ризику, імпульсивність, розгальмованість, емоційність, безтурботність.

Таб. 3. Розподіл досліджених за конституційними факторами за допомогою 16-ти факторного опитувальника Р. Кеттелла (група емоційних факторів)

Фактори	Полюси («-», «+»)	ГД, n = 172				ГП, n = 124			
		сер. стен		%	±m	сер. стен		%	±m
С (емоц. стійкість)	слабкість «Я»/ сила «Я»	3,7	9	5,23	1,70	3,6	7	5,65	2,07
Ф (безтурботність)	стриманість/ експресивність	6,3	15	8,72	2,15	6,2	11	8,87	2,55
Н (смівливість в соц. контактах)	тректія/ пармія	8,1	10	5,81	1,78	8,3	8	6,45	2,21
І (емоц.чутливість)	харрія/ премсія	6,2	6	3,49	1,40	6,3	4	3,23	1,59
О (тривожність)	гіпертимія/ гіпотемія	4,5	12	6,98	1,94	4,8	9	7,26	2,33
Q4 (напруженість)	низька Его- напруженість/ висока Его- напруженість	3,4	8	4,65	1,61	3,8	6	4,84	1,93

Таб. 4. Розподіл досліджених за конституційними факторами за допомогою 16-ти факторного опитувальника Р. Кеттелла (група регуляторних факторів)

Фактори	Полоси («-», «+»)	ГД, n = 172				ГП, n = 124			
		сер. стен		%	±m	сер. стен		%	±m
Г (моральна нормативність)	низьке супер-Его/ високе супер-Его	2,7	10	5,81	1,78	2,8	7	5,65	2,07
Q3 (само- дисципліна)	низька самовпевненість / висока самовпевненість	3,2	9	5,23	1,70	3,4	6	4,84	1,93

Низькі значення, отримані дослідженими за фактором С (емоційна стійкість) (ГД – 3,7 балів; ГП – 3,6 балів), свідчили про те, що відношення пацієнтів до ситуацій, що виникають, було здебільшого емоційним. Емоції виникали досить швидко, навіть з незначного приводу. Спостерігалась амбівалентність емоційних проявів: від захоплення та задоволення до тривоги та депресії. Хворі були здатні зберігати емоційну рівновагу у звичній обстановці; у випадку появи додаткових труднощів виникали напади тривоги та безпорадності.

Також низькими в досліджених пацієнтів були значення за фактором Q4 (напруженість) (ГД – 3,4 бали; ГП – 3,8 балів). Досліджені відзначались млявістю, апатичністю, проявляли лінощі, мотивація до дій була здебільшого зниженою.

Низькі значення, отримані пацієнтами ГД та ГП за фактором G (ГД – 2,7 бали; ГП – 2,8 бали), у поєднанні з низькими значеннями за фактором Q3 (ГД – 3,2 бали; ГП – 3,4 бали) свідчили про неорганізованість, невідміння планувати та раціонально розподіляти власний час, некритичну оцінку власних можливостей, вільне відношення до норм моралі. Характерною для хворих була тенденція відступати від намічених цілей у разі появи будь-яких складнощів. Поведінка обумовлювалась здебільшого особистісними миттєвими потребами або бажаннями.

ВИСНОВКИ

1. У структурі спожитої в Україні та світі алкогольної продукції більш ніж половина припадає на горілку та міцні напої нелегального виготовлення, проте причини смерті від зловживання алкоголем полягають не тільки в численних фактах випадкових отруєнь.
2. Серед особистісних характеристик хворих на алкогольну залежність виявлено наступні: комунікабельність, низький лідерський потенціал, переважання в структурі інтелекту конкретного, практично орієнтованого мислення, імпульсивність, розгальмованість, емоційність, безтурботність, млявість, апатичність, знижена мотивація до дій, неорганізованість, невідміння планувати та раціонально розподіляти власний час, некритична оцінка власних можливостей, вільне відношення до норм моралі.
3. Найвищі значення в групі комунікативних факторів було отримано дослідженими ГД та ГП за показником А комунікабельність.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агібалова Т. В. Значение личности больных алкоголизмом в психотерапевтическом процессе / Т. В. Агібалова, О. Ж. Бузик, Г. Л. Гуревич // Журнал неврологии и психиатрии. – 2011. – №11. – С. 39 – 43.
2. Минко А. И. Современные подходы к диагностике и лечению алкоголизма / А. И. Минко / Наркология – 2013. – С. 15 – 19.
3. Charney D. A. Early recovery from alcohol dependence: Factors that promote or impede abstinence / D. A. Charney, E. A. Zikos, K. J. Gill // Journal of Substance Abuse Treatment. – 2010. – Vol. 38. – P. 42 – 50.
4. Hasin D. Alcohol and exposure to traumatic stress / D. Hasin // European neuropsychopharmacology. – 2008. – Vol. 18. – №4. – P. 181.
5. Александровский Ю. А. Психиатрия и наркология / Ю. А. Александровский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 332 с.
6. Балашова Т. Н. Применение техник мотивационного интервью в работе с пациентами, имеющими алкогольные проблемы / Т. Н. Балашова, Л. Собелл // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2007. – №1. – С. 4 – 7.
7. Swinehart E. R. Alcohol Expectancies, Alcohol Use, and Risky Behavior among / E. R. Swinehart // College Students. Greensboro. – 2007. – P. 1 – 31.
8. Гавенко В. Л. Психіатрія та наркологія / В. Л. Гавенко. – К., 2009. – 488 с.

К. В. Аймедов, К. В. Рябухін,

Одеський національний медичний університет,
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології, Одеса, Україна.

K. V. Aymedov, K. V. Riabukhin,

Odessa national medical university,
department of social helping, general and medical psychology, Odessa, Ukraine.

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА АЛКОГОЛЬНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF WOMEN SUFFERING ALCOHOL ADDICTION

УДК 613.816

Статья поступила в редакцию 28.04.2015

Резюме

В статті розглянуто та наведено результати дослідження психологічних особливостей жінок, що страждають на алкогольну залежність. Розподілено жінок з алкогольною залежністю за типами статево-рольової «Я-концепції», визначено предиктори алкогольної залежності, досліджено соматосексуальний і психосексуальний типи розвитку відповідно до концепції психосексуального дизонтогенезу.

Ключові слова

психологічні особливості у жінок, алкогольна залежність, предиктори формування адикції.

Резюме

В статье рассмотрены и приведены результаты исследования психологических особенностей женщин, страдающих алкогольной зависимостью. Женщины с алкогольной зависимостью были распределены по типам полоролевой «Я-концепции». Определены предикторы алкогольной зависимости у женщин, исследованы соматосексуальный и психосексуальный типы развития в соответствии с концепцией психосексуального дизонтогенеза.

Ключевые слова

психологические особенности женщин, алкогольная зависимость, предикторы формирования аддикции.

Resume

The reviewed the results of research and the psychological characteristics of women suffering from alcohol addiction. Distributed women with alcohol dependence by type sex-role «self-concept», identified predictors of alcohol dependence in women studied somatosexual and psychosexual type of development in accordance with the concept of psychosexual disontogenesis.

Keywords

psychological characteristics of women, alcohol abuse, predictors of addiction formation.

В останні роки відзначається значне зростання наукового інтересу до гендерних досліджень [1 – 4]. Відомо, що статево-рольові риси особистості є однією з базових структур особистості і тому грають важливу роль у процесах адаптації та саморегуляції [1, 5, 6]. У психологічній літературі наведені докази, що дисбаланс статево-рольової структури особистості є патогенетичним або predisponуючим чинником формування невротичних, психосоматичних розладів, девіантної та адиктивної поведінки [3, 5, 6].

Матеріали дослідження.

В даний час існують різні моделі статево-рольової ідентичності, що пояснюють свій внесок у регуляцію поведінки. При визначенні характеру і перебігу статевого розвитку обстежуваних жінок ми виходили з того факту, що сексуальність людини – це не тільки біологічний інстинкт, але і складне біофізіологічне і психосоціокультурне явище, важлива сфера суспільного, сімейного і особистого життя. Нами було досліджено статево-рольову Я-концепцію 281 жінки, які мали діагноз алкогольна залежність, за допомогою статево-рольової ACL-шкали А. Neilbrun, що включала дві субшкали – маскулінності і фемінінності. ACL-шкала орієнтована на андрогінну статево-рольову модель, згідно якої маскулінність і фемінінність є незалежними утвореннями, тобто індивід може бути одночасно як високомаскуліним, так і високофемініним. За даними О. С. Кочаряна, вказана шкала чутлива до соціального рівня маскулінності / фемінінності, тобто вона відображає статево-рольову Я-концепцію індивіда.

Результати дослідження, їх обговорення.

Результати проведеного дослідження наведено в табл. 1 – 3.

Обстежувані жінки оцінювали за 5-бальною шкалою вираженість в собі якостей, представлених в маскулінній і фемінінній субшкалах.

Серед досліджених жінок з алкогольною залежністю були виділені наступні типи статево-рольової Я-концепції: гіпермаскуліний тип (93 хворих – 33,10%), гіперфемініний тип (59 хворих – 21,00%), інфантильний тип (81 хворих – 28,82%), гармонійний (андрогінний) (48 хворих – 17,08%).

Таб. 1. Розподіл жінок з алкогольною залежністю за типами статево-рольової «Я-концепції»

Тип статево-рольової «Я-концепції»	ОГ (n = 281)	
	N	%
Гіпермаскуліний	93	33,10
Гіперфемініний	59	21,00
Інфантильний	81	28,82
Гармонійний (андрогінний)	48	17,08

Гіпермаскуліний тип жінок, які страждали на алкогольну залежність, характеризувався низкою психічних і поведінкових особливостей, таких як: жорсткість, рішучість, емоційна холодність, високомірність, агресивність, асертивність, схильність до ризику. Для жінок даного типу були властиві прагнення до незалежності, самостійності, бажання домінувати, демонстрація небажання підкорюватися.

Гіперфемініний тип характеризувався такими рисами, як підлеглість, навіюваність, покірність, схильність до компромісів, прагнення слідувати соціальним стандартам, емоційність, емпатійність.

Інфантильний тип характеризувався навіюваністю, тривожністю, прогностичною некомпетентністю, ригідністю і упертістю, наївністю, пошуковою активністю, максималізмом, егоцентризмом, яскравістю уяви, нетерплячістю, схильністю до ризику, страхом бути покинутим, прагненням говорити неправду; стереотипністю поведінки, прагненням обвинувачувати інших та уникати відповідальності в ухваленні рішень.

Гармонійний (андрогінний) тип. Андрогінними вважали жінок, які відрізнялись багатомірною інтеграцією проявів емоційно-експресивного (жіночого) та інструментального (чоловічого) стилів діяльності, свободою тілесних експресій, відсутністю жорсткого диктату статевих ролей.

Біологічні предиктори. Соматотип осіб з алкогольною залежністю вважали одним з її біологічних предикторів, при цьому враховували паралелізм і взаємну обумовленість фізичного, психічного і статевого розвитку. Соматотип ми визначали за схемою В.П.

Таб. 2. Розподіл досліджених за соматотипом

Ознака (соматотип)	ОГ (n = 281)		ГП (n = 42)	
	n	%	n	%
Астенічний	82	29,18±2,71	10	23,81±6,57
Стенопластичний	70	24,91±2,58	8	19,05±6,06
Пікнічний	41	14,59±2,11	7	16,67±5,75
Мезопластичний	39	13,88±2,06	6	14,29±5,40
Еурипластичний	27	9,61±1,76	5	11,90±5,00
Субатлетичний	6	2,14±0,86	2	4,76±3,29
Атлетичний	5	1,78±0,79	1	2,38±2,35
Невизначений	11	3,91±1,16	3	7,14±3,97

За соматотипом розподіл обстежених відбувся наступним чином. Серед жінок найчастіше зустрічались астенічний (29,18%), стенопластичний (24,91%), пікнічний (14,59%) та мезопластичний (13,88%); а серед чоловіків – астенічний (23,81%), стенопластичний (19,05%), пікнічний (16,67%), мезопластичний (14,29%) та еурипластичний (11,90%). Астенічний тип мав низькорослі і високорослі варіанти, які в свою чергу поділялися на вузькокістні і ширококістні з різним ступенем розвитку жирової клітковини; стенопластичний тип мав вузькокістну будову за розвитком кісткової маси, але з більшим, у порівнянні з першим типом, відкладенням жиру; пікнічний був подібним до стенопластичного і астенічного варіантів за розвитком кісткової тканини, проте жировідкладення було великим; мезопластичний тип поєднував середній ступінь розвитку жирового компонента і максимальний розвиток кісткової тканини; у представників еурипластичного типу визначався максимальний розвиток жиру та кісткового компоненту; субатлетичний тип мав високий зріст при слабкому розвитку кісткової тканини та середніх показниках жиру; атлетичний при високому зрості мав середній ступінь розвитку жирової клітковини і максимальний розвиток кісткової тканини.

Дослідження соматосексуального і психосексуального розвитку у обстежених ми проводили відповідно до концепції психосексуального дизонтогенезу.

Для оцінки характеру перебігу статевого, зокрема, соматосексуального розвитку дівчат у період пубертатного розвитку, використовували квантифікаційну шкалу параметрів статевого розвитку. Розділення психосексуального розвитку на етапи є умовним, оскільки формування статевої самосвідомості, статево-рольової поведінки і психосексуальної орієнтації є безперервним процесом, що продовжується протягом всього життя. Найбільш часте порушення психосексуального розвитку – його ретардація, яка є одним з варіантів асинхронії. Асинхронії відображають дисгармонію статевого дозрівання і розлади становлення сексуальності і являють собою прояви психосексуального дизонтогенезу.

Результати вивчення темпів соматосексуального і психосексуального розвитку жінок, які страждали на алкогольну залежність.

За даними таблиці 3, у більшості досліджених в групах ОГ1, ОГ2 та ОГ3 відмічались дисгармонії соматосексуального та психосексуального розвитку, а саме уповільнений статевий розвиток відмічався в ОГ1 (соматосексуальний – 84,95%; психосексуальний – 78,49%) та ОГ3 (91,36% та 58,02% відповідно), прискорений – в ОГ2 (72,88% та 81,36% відповідно), виключно прискорений психосексуальний розвиток відмічався в ОГ3 (34,57%). Нормальний статевий розвиток превалював в ОГ4 (91,67% та 85,42% відповідно), на відміну від ОГ1 (87,10% та 86,02% відповідно), ОГ2 (82,05% та 88,14% відповідно), ОГ3 (91,36% та 82,59% відповідно), різниця між ОГ4 та іншими групами є достовірною у всіх випадках ($p < 0,05$).

Затримка психосексуального розвитку (ретардація) виявлялася пізніми термінами становлення

Таб. 3. Характеристика темпів статевого розвитку обстежених жінок

Групи жінок	Статевий розвиток					
	Соматосексуальний розвиток					
	уповільнений		прискорений		нормальний	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
ОГ1 (n = 93)	79	84,95**	2	2,15	12	12,90
ОГ2 (n = 59)	6	10,17	43	72,88***	10	16,95
ОГ3 (n = 81)	74	91,36**	0	-	7	8,64
ОГ4 (n = 48)	1	2,08	3	6,25	44	91,67***
	Психосексуальний розвиток					
	ретардація		передчасний		нормальний	
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %	абс. ч.	в %
ОГ1 (n = 93)	73	78,49**	7	7,53	13	13,98
ОГ2 (n = 59)	4	6,78	48	81,36***	7	11,86
ОГ3 (n = 81)	47	58,02**	28	34,57**	6	7,41
ОГ4 (n = 48)	3	6,25	4	8,33	41	85,42***

сексуальності, відсутності цікавості, пов'язаної з статтю, і статево-рольових ігор, затримкою статевого ваблення на стадіях платонічного або еротичного лібідо. Ретардація була обумовлена психогенними і соціогенними чинниками (неправильним статевим вихованням і сексуальною освітою). При передчасному психосексуальному розвитку мало місце раннє становлення сексуальності, раннє пробудження еротичного лібідо при слабкій вираженості платонічного.

ВИСНОВКИ

1. Досліджено, що порушення статевої поведінки жінок, хворих на алкоголізм, направлені на вивчення у них показників маскулітності та фемінітності, які можуть усвідомлюватися, але можуть протікати й на несвідомому рівні.
2. Серед жінок найчастіше зустрічались астенічний, стенопластичний, пікнічний та мезопластичний; а серед чоловіків – астенічний, стенопластичний, пікнічний, мезопластичний та еурипластичний.
3. Результати дослідження темпів статевого розвитку розподілилися наступним чином, а саме: уповільнений статевий розвиток відмічався в ОГ1 та ОГ3, прискорений – в ОГ2, виключно прискорений психосексуальний розвиток відмічався в ОГ3. Нормальний статевий розвиток превалював в ОГ4.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алкоголізм: Руководство для врачей / Под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – С. 250 – 259.
2. Васильева Н. Ю. Вплив алкоголю та інших психоактивних речовин на формування агресивної поведінки / Н. Ю. Васильева // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20. – № 1 (76). – С. 120 – 125.
3. Дудко Т. Н. Современные модели реабилитации больных алкоголизмом / Т. Н. Дудко // Алкоголизм: руководство для врачей; [Под ред. Н. Н. Иванца, М. А. Винниковой]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – С. 550 – 568.
4. Медико-социальная и психологическая оздоровительная реабилитация девушек-подростков и женщин репродуктивного возраста, регулярно употребляющих алкогольные и наркотические вещества / А. П. Закревский, В. А. Митюков, И. В. Цыба [и др.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20. – № 3 (72). – С. 246.
5. Асмолов А. Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа / А. Г. Асмолов. – М.: Смысл, 2001. – 416 с.
6. Amaral C. S. Relations of an alcoholism and consumption of alcohol with periodontitis: the regular review / C. S Amaral, V. Millivoltettore, A. Leao // Adv. Dent. Res. – 2006. – Vol. 12. – P. 76 – 78.

К. Д. Гапонов,

Харківський обласний наркологічний диспансер;

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра наркології, Харків, Україна.

K. D. Gaponov,

Kharkov regional drug dispensary;

Kharkov medical academy of postgraduate education, department of narcology, Kharkov, Ukraine.

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ З УРАХУВАННЯМ ЇЇ ПАТОМОРФОЗУ ЯК ВІДПОВІДЬ НА ВИКЛИКИ СУЧАСНОСТІ

**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ
С УЧЕТОМ ЕЁ ПАТОМОРФОЗА КАК ОТВЕТ НА ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ**

**NEW APPROACHES TO TREATMENT OF ALCOHOL DEPENDENCE IN VIEW OF ITS
PATHOMORPHOSIS RESPONSE TO MODERN CHALLENGES**

УДК 616.89-008.441.3:616-092:616-08

Статья поступила в редакцию 15.05.2015

Резюме

З метою встановлення та ідентифікації змістовного наповнення феномену патоморфозу алкогольної залежності (АЗ), проведено ретроспективний аналіз 300 історій хвороби пацієнтів з АЗ, що проходили лікування у 1990, 2000 та 2010 рр. на базі КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер» (м. Харків), та проведено комплексне обстеження 120 чоловіків, хворих на АЗ. Дослідженням підтверджено існування феномену патоморфозу АЗ на сучасному етапі, ідентифіковано його змістовне наповнення та виділено його психосоціальну, клінічну та терапевтичну форми, які можуть існувати окремо, або переходити одна в іншу, обумовлюючи погіршення медико-соціальних наслідків АЗ. На основі аналізу та узагальнення отриманих даних, розроблено алгоритм оцінки реабілітаційного потенціалу (РП) хворого на АЗ як критерію диференціації об'єму і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу – інтегрального показника, що містить стандартизовану оцінку психосоціального, клінічного та терапевтичного ресурсів хворого. Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в клінічну практику двоетапна система лікувально-реабілітаційного супроводу, що складається зі стаціонарного та амбулаторного лікування, диференційована залежно від РП хворого. Впровадження даної системи із визначенням змін у клінічній, психосоціальній та особистісній / міжособистісній сферах життя пацієнтів, довело її ефективність порівняно з заходами регламентованої терапії ($p < 0,01$).

Ключові слова

патоморфоз, алкогольна залежність, лікування.

Резюме

С целью установления и идентификации содержательного наполнения феномена патоморфоза алкогольной зависимости (АЗ), проведен ретроспективный анализ 300 истории болезни пациентов с АЗ, которые

проходили лечение в 1990, 2000 и 2010 на базе КУОЗ «Областной наркологический диспансер» (г. Харьков), и проведено комплексное обследование 120 мужчин, больных АЗ. Исследованием подтверждено существование феномена патоморфоза АЗ на современном этапе, идентифицированы его наполнение и выделены его психосоциальная, клиническая и терапевтическая формы, которые могут существовать отдельно, или переходить одна в другую, обуславливая утяжеление медико-социальных последствий АЗ. На основе анализа и обобщения полученных данных, разработан алгоритм оценки реабилитационного потенциала (РП) больного АЗ как критерия дифференциации объема и содержания мероприятий лечебно-реабилитационного сопровождения – интегрального показателя, содержащего стандартизированную оценку психосоциального, клинического и терапевтического ресурсов больного. Научно обоснована, разработана и внедрена в клиническую практику двухэтапная система лечебно-реабилитационного сопровождения, состоящая из стационарного и амбулаторного лечения, дифференцированная в зависимости от РП больного. Внедрение данной системы с определением изменений в клинической, психосоциальной и личностной / межличностной сферах жизни пациентов, показало ее эффективность по сравнению с мерами регламентированной терапии ($p < 0,01$).

Ключевые слова

патоморфоз, алкогольная зависимость, лечение.

Resume

In order to establish and identify the content of the phenomenon of the pathomorphosis alcohol addiction (AA), was conducted the retrospective analysis of 300 case histories of patients with AA that were treated in 1990, 2000 and 2010 in Kharkov regional drug dispensary and clinical, psychopathological and psychodiagnostic test of 120 men were conducted. The study confirmed the existence of the phenomenon pathomorphosis AA at the present stage, identified its content and its selected psychosocial, clinical and therapeutic forms that can exist separately or pass one another, causing prolonged medical and social consequences of AA. Based on the analysis and synthesis of received data, developed the algorithm of the evaluation of rehabilitation potential of patients with AA as a criterion for differentiation of the volume and content of measures of medical and rehabilitation support – integral index that contains standardized assessment of psychosocial, clinical and therapeutic resources of the patient. Scientifically substantiated, developed and introduced into clinical practice two-phase system of treatment and rehabilitation support (RS), consisting of inpatient and outpatient treatment, differentiated according to the patient's RS. The implementation of this system with determining changes in the clinical, psychosocial and personal / interpersonal areas of life of patients has proved its efficiency compared to the regulated activities of therapy ($p < 0,01$).

Keywords

pathomorphosis, alcohol addiction, treatment.

Розмах медико-біологічних і соціально-економічних наслідків алкоголізації населення сучасної України дають підставу віднести алкогольну залежність (АЗ) до розряду медико-соціальної патології, що представляє собою реальну загрозу здоров'ю нації. АЗ в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин (ПАР) залишається домінуючою. За даними офіційної статистики, кількість пацієнтів, які перебувають на медичному обслуговуванні в наркологічних диспансерах України, до теперішнього часу досягає 1 млн. чоловік, а в структурі невідкладної допомоги розлади, зумовлені АЗ, займають одне з перших місць.

Несприятливі зрушення в розповсюдженні АЗ та недостатня ефективність її лікування обумовлені негативним впливом комплексу факторів – епідеміологічних, соціокультурних, особистісних та ін., особливе вагоме місце серед яких займає феномен патоморфозу АЗ, який фіксується багатьма сучасними дослідниками [1 – 5].

Дослідження патоморфозу в клініці наркологічних захворювань розпочалися приблизно з сімдесятих років минулого століття. В першу чергу, досліджувалися особливості алкогольних психозів [6, 7]. Вивчаючи формування, клінічну картину та особливості перебігу АЗ у хворих з різними характерологічними особливостями, М. Є. Бурно (1973) [8], Б. С. Братусь (1974) [9], Т. П. Небаракова (1977) [10], О. Н. Трубочанінова (1983) [11], М. М. Іванець і А. Л. Ігонін (1983) [12], за змістом досліджували певні медико-психологічні аспекти патоморфозу (інтранозоморфозу за Л. К. Хохловим, 1974) синдрому залежності від алкоголю.

У наступні роки, аж до теперішнього часу, проводиться робота по встановленню нозологічної специфічності синдромів і симптомів АЗ. Наркологічна практика показує, що в різні часові періоди відзначається тенденція до зміни клініки і перебігу АЗ в цілому і її окремих проявів.

На думку В. Ю. Зав'ялова (1988) [13], більшість фахівців-дослідників описують АЗ як варіабельний, динамічний і складно обумовлений феномен, який вимагає багатогранних підходів до вивчення і корекції. З точки зору В. Л. Мінутко (1992) [14], при встановленні чинників патоморфозу наркопатології, поряд з біологічними та соціальними факторами, вагомим значення набуває й психологічний фактор.

Розвиваючи концепцію біопсихосоціальної моделі АЗ, Ю. В. Валентік (1998) [15], серед чинників, що формують її клінічне аранжування, а саме, токсичний фактор, фактор залежності, фактор підґрунтя та фактор тла, представляє патоморфоз як чинник, що визначається життєвою ситуацією, на тлі якої розгортається захворювання, асоціальним чи антисоціальним навколишнім середовищем і умовами формування особистості, психотравмами, формами та ефективністю попереднього протиалкогольного лікування. Схожу думку виказують й вітчизняні вчені С. В. Чайка, О. С. Слабунов (1998) [16].

М. В. Дьоміна (1999) вважає, що провідний вплив в розвитку клінічного патоморфозу наркопатології має фактор посилення наркогенності хімічних дериватів та змінення преморбідного тла [17].

На думку І. К. Сосіна (2002) [18], свідомою наявності клінічного патоморфозу є важкі запійні стани в клініці сучасних форм алкогольної патології: якщо раніше серед контингенту хворих на АЗ мав місце відносно високий відсоток «соціально збережених» осіб, що утримувалися на роботі і в сім'ї, на даний час серед контингенту пацієнтів з АЗ переважають десоціалізовані особистості, які втратили сім'ю, роботу, без певного місця проживання і засобів існування.

На факт клінічного патоморфозу основних проявів АЗ вказував С. В. Білоус [19], який відмічав, що суттєве погіршення соціально-економічної та екологічної ситуації в нашій країні закономірно призвело до видозміни АЗ, з формуванням змішаного («хаотичного») типу вживання алкоголю, який мозаїчно включає запійну, безперервну і пароксизмальну форми з переважанням запійного компоненту та домінуванням сомнолентного типу сп'яніння із швидким формуванням амнестичних його форм. Дослідник спостерігав швидку появу соціальної дезадаптації та розвиток соматоневрологічних ускладнень АЗ та значно швидше, ніж в 80-ті роки, формування вираженого алкогольного абстинентного синдрому, при якому превалює психічний (тривога, безсоння, метаморфопсії, елементи дереалізації) компонент над соматовегетативним.

Наявність відмінностей у прояві патоморфозу психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання ПАР в залежності від стажу зловживання, спостерігав В. М. Кузьмінов (2002) [20].

Враховуючи клінічний патоморфоз АЗ, А. Ф. Артемчук і І. К. Сосін (2006) [21], виділяють інтранозологічну і екстранозологічну коморбідність: феноменологія інтранозологічної коморбідності при алкогольній хворобі обумовлена пропріоцептивними ефектами етанолу та його токсичних метаболітів; феноменологія екстранозологічної коморбідності являє собою проблематику «подвійного діагнозу» – комбінованих варіантів алкогольної хвороби з іншими захворюваннями. На їхню думку, останнім часом змінилися співвідношення клініко-психопатологічних, патофізіологічних, патопсихологічних і соматоневрологічних компонентів у структурі психічних і поведінкових порушень внаслідок вживання алкоголю.

Наявність патоморфозу психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю констатують також і О. І. Мінко, І. В. Лінський (2004), які стверджують, що, окрім кількісного зростання алкогольних розладів, відмічається їх патоморфоз у бік поважчення клінічної картини алкогольної хвороби [22].

На наявність соціально-економічних чинників, що зумовлюють патоморфоз залежності від ПАР у осіб, які звернулися за спеціалізованою наркологічною допомогою, вказує Г. О. Мусієнко (2010) [23]. А. О. Кирпиченко (2008), як і І. М. Шляхов (2010), вказують на наявність гендерних аспектів клінічного та соціального патоморфозу АЗ [24, 25].

Треба зазначити, що зарубіжними дослідниками поняття патоморфозу трактується як явище, зміни якого підтверджено морфологічно. Тому таке питання, як патоморфоз психічних і поведінкових розладів, або наркологічної патології, зарубіжними дослідниками не констатується через відсутність матеріального субстрату даного явища.

Проблема патоморфозу АЗ на теперішній час активно вивчається російськими наркологами, із відповідних для них концептуальних позицій. Так, П. І. Сидоровим зі співавторами (2003) виділені особливості клінічного патоморфозу АЗ у етносів Європейської Півночі з урахуванням біохімічних механізмів детоксикації алкоголю, особливостей харчування, способу життя, культурних традицій і звичаїв [26]; О. О. Масленниковим (2007) досліджені клініка та патоморфозу алкогольних психозів у чоловіків в умовах міста [27]; Д. В. Савельєвим (2009) ідентифіковані особливості основних клінічних проявів алкоголізму в різних часових проміжках [28]; К. О. Куржуповим (2010) встановлені клінічні та терапевтичні особливості патоморфозу алкогольних психозів в Курській області [29]; М. В. Рафаєнко (2011) визначені клініко-терапевтичні аспекти патоморфозу хронічного алкоголізму в Республіці Комі [30].

Наукові розробки українських вчених здебільшого стосуються різноманітних аспектів лікування АЗ: патогенетичної терапії та реабілітації [31]; психотерапії [32] або сенсифікуючої [33] та умовно-рефлекторної [34] терапії, а також питанням формування терапевтичної ремісії в умовах амбулаторного лікування [35].

Безперечно, автори цих розробок так чи інакше вказують на наявність чинника патоморфозу АЗ, який істотно впливає на патогенез, клінічні прояви та терапевтичну ефективність розроблених інноваційних технологій, однак в сучасних умовах вимагає уточнення ступінь вираженості мінливості клінічних проявів АЗ, їх вплив на перебіг, прогноз захворювання, а також на ефективність терапії. Велике практичне значення представляє також можливість встановлення факторів, що сприяють цій мінливості, у зв'язку з чим змінюється і терапевтична тактика впливу на основні ланки патогенезу, синдроми та симптоми АЗ.

Отже, виходячи з гіпотези про те, що без врахування основних особливостей сучасного патоморфозу АЗ неможлива розробка ефективних заходів її лікування, на основі ретроспективного аналізу медичної документації за 1990 р., 2000 р., 2010 р. та комплексного обстеження 120 чоловіків, хворих на АЗ, нами були ідентифіковані форми сучасного патоморфозу АЗ, які можуть існувати окремо, або переходити одна в другу, обумовлюючи погіршення медико-соціальних наслідків АЗ: психосоціальний патоморфоз АЗ клінічний патоморфоз АЗ >> терапевтичний патоморфоз >> АЗ [36].

Відповідно до встановлених закономірностей нами були означені чинники, які виступають індикаторами наявності однієї форми патоморфозу, та, одночасно, предикторами формування іншої.

Психосоціальними індикаторами / предикторами патоморфозу АЗ, наявність яких визначає існування психосоціальної форми патоморфозу АЗ та обумовлює його подальший розвиток до клінічної

форми, визначені ($p \leq 0,05$): збільшення серед загальної кількості хворих на АЗ питомої ваги осіб молодого віку; збільшення кількості непрацюючих (тимчасово або тривалий час) осіб з АЗ; зростання кількості осіб з більш високим освітнім цензом, що страждають на АЗ; зростання кількості осіб з вираженою трудовою та особистісною дезадаптацією на тлі стабільно вираженої міжособистісної сімейної дезадаптації.

Клінічними індикаторами / предикторами патоморфозу АЗ, наявність яких визначає існування клінічної форми патоморфозу АЗ та обумовлює його подальший розвиток до терапевтичної, встановлені ($p \leq 0,05$): зменшення середнього віку першого вживання алкоголю; зменшення середнього віку дебюту АЗ; збільшення серед вживаних спиртних напоїв питомої ваги слабоалкогольних напоїв та пива; збільшення середньої добової дози вживаного алкоголю; збільшення частки супутніх захворювань шлунково-кишкового-тракту та центральної нервової системи на тлі стабільно високого рівня супутньої патології серцево-судинної та дихальної систем; зростання темпу формування АЗ; нівелювання боротьби мотивів в структурі первинного патологічного потягу до алкоголю; збільшення істеричних, дисфорично-експлозивних та депресивно-тривожних форм сп'яніння; «помолодшання» віку виникнення стану відміни; посилення компульсивно-вітальних проявів патологічного потягу до алкоголю в структурі стану відміни; зменшення кількості алкогольних психозів.

Серед особливостей терапії АЗ виділені тенденції, що мають достовірний вплив на клінічний та терапевтичний патоморфоз АЗ ($p \leq 0,05$): збільшення питомої ваги психотерапії в комплексному лікуванні АЗ; збільшення питомої ваги антидепресивних, антипсихотичних та нормотимічних засобів в комплексному лікуванні АЗ; зменшення питомої ваги аверсивної терапії; поява кінезіотерапії в комплексному лікуванні АЗ та зникнення працетерапії.

На основі аналізу та узагальнення отриманих даних, нами розроблено алгоритм оцінки РП хворого на АЗ, як критерію диференціації об'єму і змісту заходів лікувально-реабілітаційного супроводу даної категорії пацієнтів. На нашу думку, РП хворого на АЗ – інтегральний показник, що містить стандартизовану оцінку трьох джерел РП, з урахуванням встановлених особливостей сучасного патоморфозу АЗ: психосоціального, клінічного та терапевтичного ресурсів [37]. Встановлені нами певні критерії оцінки цих складових були відібрані в ході роботи, основна ідея якої була мінімізувати складнощі застосування даної технології, для адекватного впровадження в клінічну практику.

Оцінка психосоціального ресурсу здійснюється за наступними критеріями: а) спадкова обтяженість за родичами; б) сімейний стан; в) викривлення соціальної реалізації.

Визначення клінічного ресурсу полягає в оцінці наступних показників: а) стаж АЗ; б) вік дебюту АЗ; в) показнику за шкалою AUDIT; г) наявність супутніх соматичних захворювань; д) типу вживання; е) феномену толерантності; є) синдрому відміни; ж) психопатологічного аранжування в структурі синдрому відміни; з) показнику за шкалою SADQ-C; і) алкогольної анозогнозії; к) провідних мотивів вживання алкоголю. Терапевтичний ресурс визначається нами за станом наступних характеристик: а) особистісних особливостей; б) стану соціальної підтримки; в) мотивації до лікування.

Вищезазначена система складалася з двох етапів: стаціонарного (14 днів) та амбулаторного (12 місяців) лікування. До початку лікувальних дій здійснювалися заходи щодо встановлення комплаєнсу та визначення РП хворого, після чого складався індивідуальний план лікувально-реабілітаційного супроводу, спрямований на розв'язання питань його трудової, професійної, сімейної реабілітації, кінцевою метою якої було відновлення, корекція й формування нормативних особистісних і соціальних якостей хворих, повернення пацієнтів у родину й суспільство, формування у хворого нового стилю життя, розуміння своїх цінностей і життєвих завдань на новому більш високому рівні, навчання техніці профілактики рецидивів. Рівень РП мав пряму пропорційність з об'ємом і змістом психотерапевтичних впливів: за умови високого РП лікувально-реабілітаційна інтервенція мала найбільш масивний характер, який зменшувався зі зниженням РП, за рахунок недостатньої ресурсної бази та низької мотивації пацієнтів щодо трансформації способу життя.

За дослідженням змін клінічної, психосоціальної, особистісної / міжособистісної сфер, як і загальної суб'єктивної оцінки якості життя, розроблена на основі вивчення особливостей сучасного патоморфозу АЗ, система лікувально-реабілітаційного супроводу пацієнтів з АЗ, довела свою ефективність, порівняно зі стандартними регламентованими лікувальними заходами ($p < 0,01$).

Отже, на нашу думку, динамічні зміни в клінічній структурі, проявах та формуванні АЗ, мають мультифакторіальну етіологію, коли певний вплив у виникненні та підтримку феномену патоморфозу АЗ здійснюють різні фактори, пов'язані як з біологічними, так і психосоціальними та терапевтичними його предикторами. Саме тому розробка ефективних заходів, спрямованих на оптимізацію комплексного лікування психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю, неможлива без всебічного вивчення феномену сучасного патоморфозу АЗ.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та стан наркологічної допомоги населенню України (інформаційно-аналітичний огляд за 1990 – 2010 рр.). – Х.: Видавець В.Д. Строков, 2011. – 144 с.
2. Зріз наркотичної ситуації в Україні / А. М. Вієвський, М. П. Жданова, С. В. Сидяк [та ін.]. – К., 2011 – 22 с.
3. Сосин И. К. О наркологической ситуации в Украине / И. К. Сосин, Ю. Ф. Чуев // Укр. вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, Вип. 3 (64). – С. 174.
4. Епідеміологічна ситуація щодо вживання психоактивних речовин в Україні / С. І. Табачников, Д. С. Лебедєв, Г. Є. Трофімчук [та ін.] // Архів психіатрії. – 2009. – Т. 15, №1 (56). – С. 81 – 88.
5. Аймедов К. В. Клинический патоморфоз и смена зависимости в современной аддиктологии (литературный обзор) / К. В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2007. – №2 (12). – С. 151 – 166.
6. Сырейщиков В. В. О клиническом патоморфозе алкогольных психозов по данным эпидемиологического исследования / В. В. Сырейщиков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1981. – №1. – С. 78 – 83.
7. Гулямов М. Г. Патоморфоз острого алкогольного галлюциноза / М. Г. Гулямов, Х. У. Халиков // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1988. – №2. – С. 73 – 77.
8. Бурно М. Е. О некоторых личностных вариантах алкоголиков в связи с психотерапией / М. Е. Бурно. – М.: Минздрав СССР, 1973. – 40 с.
9. Братусь Б. С. Психологический анализ изменений личности при алкоголизме / Б. С. Братусь. – М.: Медицина, 1974. – 96 с.
10. Небаракова Т. П. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами характера астенического круга: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.00.45 / Т. П. Небаракова. – М. 1977. – 18 с.
11. Трубочанинова О. Н. Хронический алкоголизм у больных с преморбидными чертами характера стенического круга (клиника и терапия): Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.00.45 / О. Н. Трубочанинова. – М., 1983. – 43 с.
12. Иванец Н. Н. Клиника алкоголизма / Н. Н. Иванец, А. Л. Игонин // В кн.: Алкоголизм (руководство для врачей) / Под ред. Г. В. Морозова, В. Е. Рожнова, Э. А. Бабаяна. – М.: Медицина, 1983. – С. 75 – 99.
13. Завьялов В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости / В. Ю. Завьялов. — Новосибирск: Наука. Сиб. отделение, 1988. – 198 с.
14. Минутко В. Л. Клинико-математический анализ основных проявлений алкогольной зависимости / В. Л. Минутко // Вопросы наркологии. – 1992. – №3 – 4. – С. 18 – 21.
15. Валентик Ю. В. К современной концепции алкоголизма и зависимости от алкоголя / Ю. В. Валентик // Новости науки и техники. – 1998. – №2. – С. 76 – 80.
16. Чайка С. В. К вопросу о патоморфозе хронического алкоголизма / С. В. Чайка, О. С. Слабунов // Актуальные вопросы наркологии. – Х., 1998. – С. 68 – 70.
17. Демина М. В. Патоморфоз опийной наркомании (клинико-терапевтический аспект): Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.00.45 / М. В. Демина. – М., 1999. – 20 с.
18. Сосин И. К. Преформированные аксиомы классической наркологии на модели алкогольной зависимости / И. К. Сосин // Архів психіатрії. – 2002. – №4 (31). – С. 51 – 58.
19. Білоус С. В. Деякі особливості сучасної клініки алкоголізму / С. В. Білоус // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2002. – №1 (9). – С. 106 – 107.
20. Кузьминов В. Н. Патоморфоз синдрома зависимости у лиц с большим стажем злоупотребления психоактивными веществами / В. Н. Кузьминов // Архів психіатрії. – 2002. – №4. – С. 114 – 115.

-
21. Артемчук А. Ф. Проблема коморбизма при алкогольной зависимости / А. Ф. Артемчук И. К. Сосин. — Х.: Основа, 2006. — С. 15 — 22.
 22. Минко А. И. Наркология в вопросах и ответах / Серия «Медицина для всех» / А. И. Минко, И. В. Линский. — Р-н/Д: Феникс, Х.: Торсинг, 2004. — 480 с.
 23. Мусієнко Г. О. Вивчення соціально-економічних чинників, що зумовлюють виникнення і патоморфоз залежності від алкоголю на моделі мегаполісу [Електронний ресурс] / Г. О. Мусієнко // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / Под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. — К. — Х, 2010. — Т. 5. — Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper072.htm>
 24. Кирпиченко А. А. Алкогольная зависимость у женщин с различными формами социального функционирования: Автореф. дис. ... д. мед. н.: 14.00.45. — М., 2008 — 37 с.
 25. Шляхов І. М. Тривожно-депресивні розлади, коморбідні з алкогольною залежністю у жінок (клініко-психопатологічні, психотерапевтичні та психофармакотерапевтичні аспекти): Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.16 / І. М. Шляхов. — К., 2010. — 20 с.
 26. Сидоров П. И. Соматогенез алкоголизма: Руководство для врачей / П. И. Сидоров, Н. С. Ишеков, А. Г. Соловьёв. — М.: МЕДпресс-информ, 2003. — 224 с.
 27. Масленников А. А. Клиника и патоморфоз алкогольных психозов у мужчин в условиях города: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.00.18, 14.00.45 / А. А. Масленников. — Томск, 2007. — 24 с.
 28. Савельев Д. В. Особенности основных клинических проявлений алкоголизма в различных временных периодах (1965, 1985, 2005 гг.): Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.00.45 / Д. В. Савельев. — М., 2009. — 24 с.
 29. Куржупов К. А. Алкогольные психозы в Курской области (клиника, патоморфозу, терапия): Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.27 / К. А. Куржупов. — М., 2010. — 21 с.
 30. Рафаенко М. В. Клинико-терапевтические аспекты патоморфоза хронического алкоголизма среди населения Республики Коми: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.27 / М. В. Рафаенко. — М., 2011. — 22 с.
 31. Животовська Л. В. Патогенетична терапія та реабілітація хворих на алкогольну залежність: Автореф. дис. ... д. мед. н.: 14.01.17 / Л. В. Животовська. — К., 2012. — 34 с.
 32. Гатицька А. Е. Психотерапія у комплексному лікуванні хворих на алкогольну залежність в амбулаторних умовах у крупному центрі Донбасу: Автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. медичних наук за фахом 14.01.17 — «Наркологія» / А. Е. Гатицька. — К., 2011. — 23 с.
 33. Шараневич І. О. Процес і результати сенсibiliзуючої терапії осіб, залежних від алкоголю, в світлі критеріїв доказової медицини: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.17 / І. О. Шараневич. — Х., 2011. — 20 с.
 34. Опря Є. В. Клініко-патогенетичні аспекти та умовно-рефлекторна терапія алкогольної залежності: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.17 / І. О. Шараневич. — Х., 2010. — 20 с.
 35. Артемчук О. А. Формування терапевтичної ремісії в амбулаторних умовах у хворих залежних від алкоголю: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.17 / О. А. Артемчук. — Х., 2008. — 20 с.
 36. Гапонов К. Д. Комплексне лікування хворих на алкогольну залежність в умовах її сучасного патоморфозу: Автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.17 / К. Д. Гапонов. — К., 2012. — 24 с.
 37. Удосконалення лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на алкогольну залежність в умовах її сучасного патоморфозу. Методичні рекомендації / С. І. Табачников, К. Д. Гапонов, М. В. Маркова. — К., 2013. — 24 с.

Є. М. Харченко, Т. В. Синіцька, О. В. Чернишов,

Одеський національний медичний університет,
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології, Одеса, Україна.

E. N. Kharchenko, T. V. Sinitskaya, A. V. Chernyshev,

Odessa national medical university,

department of social helping, general and medical psychology, Odessa, Ukraine.

ДОСЛІДЖЕННЯ ХАРАКТЕРУ ХІМІЧНОЇ ТА НЕХІМІЧНОЇ ЗАЛЕЖНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРА ХИМИЧЕСКОГО И НЕХИМИЧЕСКОГО ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

CHARACTER STUDY OF CHEMICAL AND NONCHEMICAL ADDICTIVE BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH THE NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

УДК 544.634-039.6

Статья поступила в редакцию 28.04.2015

Резюме

В статті представлено результати дослідження трьох груп підлітків, які страждають на соматоформні вегетативні розлади, невротичні, пов'язані зі стресом розлади, афективні розлади настрою щодо розподілу досліджених за хімічною та нехімічною поведінкою. Проведене дослідження дозволило виявити, що серед видів нехімічної залежної поведінки в досліджених трьох груп превалювала Інтернет-залежність, серед хімічних адикцій в досліджуваних найчастіше зустрічалась нікотинова залежність.

Ключові слова

хімічна залежна поведінка, нехімічна залежна поведінка, підлітковий вік.

Резюме

В статье приведены результаты исследования трех групп подростков, страдающих соматоформными вегетативными расстройствами, невротическими, связанными со стрессом расстройствами, аффективными расстройствами настроения при распределении обследованных по химическому и нехимическому поведению. Проведенное исследование позволило выявить, что среди видов нехимического зависимого поведения в исследованных трех группах превалировала Интернет-зависимость, среди химических аддикций чаще всего встречалась никотиновая зависимость.

Ключевые слова

химическая зависимое поведение, нехимическое зависимое поведение, подростковый возраст.

Resume

The presents the results of the study three groups of adolescents with somatoform vegetative disorders, neurotic, stress-related disorders, and affective mood disorders studied the distribution of chemical and nonchemical behavior. The study revealed that among the non-chemical forms of addictive behavior in the studied three groups of Internet addiction

prevalent among chemical addiction in the test is most common nicotine dependence.

Keywords

chemical dependent behavior, non-chemical dependent behavior, adolescence.

В Україні в останні роки спостерігається значна тенденція до зростання розповсюдженості залежностей у підлітків при непсихотичних психічних розладах (НППР) серед осіб підліткового віку, і дана закономірність є більш достовірною, ніж зростання кількості психічних та поведінкових розладів серед підлітково-дитячої популяції в цілому [1 – 4]. Таким чином, вивчення стану психічного здоров'я підлітково-юнацького віку є актуальним як у теоретичному, так і практичному відношенні, вирішення проблем пов'язаних із збереженням, зміцненням психічного здоров'я даної групи населення [1, 5 – 7].

Матеріали дослідження.

Вибір цільових груп дослідження, методів дослідження й організація його процедури були зумовлені метою і завданнями дослідження. За дослідженням з метою вивчення особливостей больового синдрому в підлітково-юнацькому віці нами було відібрано 367 підлітків. В переважній більшості випадків пацієнти виявлялися лікарями загально-соматичного профілю у поліклініках, стаціонарах, клінічні прояви захворювання яких не вкладалися в картину сомато-неврологічного характеру, або були резистентними до класичної терапії больового синдрому, у зв'язку з чим пацієнти перенаправлялися до психіатра, також дана категорія виявлялася в психоневрологічному диспансері, певна частина з них у подальшому поступала в дитячі відділення психіатричної лікарні, деякі госпіталізувалися нами спеціально, як тематичні хворі згідно дисертаційного дослідження. Таким чином протягом 2011 – 2015 років від всіх хворих, що звернулися по допомогу, згідно критеріїв включення / виключення нами було відібрано 304 пацієнти для дослідження. Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базах загально-терапевтичного, кардіологічного, неврологічного і гастроентерологічного відділень Миколаївської обласної дитячої лікарні, психоневрологічного диспансеру і Миколаївської обласної психіатричної лікарні №1. Хворим було оголошено тему та мету наукової роботи, також в ході бесіди неодноразово підкреслювалось, що участь пацієнтів в даному дослідженні є цілком добровільною і конфіденційною. Пацієнтам надавалось право не відповідати на будь-яке питання, а також перервати опитування, нічого при цьому не пояснюючи. Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 304 підлітки. Всі підлітки були нами розділені на три групи дослідження. Основним критерієм розподілу на групи був виявлений психічний розлад, а додатковим – тип локалізації супутнього больового синдрому. До першої групи (Г1) увійшло 105 підлітків, які страждали на соматоформний вегетативний розлад (дисфункція) (F45.3). До другої групи (Г2) увійшло 98 підлітків з невротичними, пов'язаними зі стресом розладами (тривожно-фобічні розлади (F40), інші тривожні розлади (F 41), а до третьої групи (Г3) було віднесено 101 підлітка з афективними розладами настрою (легкий депресивний епізод з соматичними симптомами (F32.01)).

Результати проведеного дослідження наведено в табл. 1 і 2.

За даними таблиці серед видів нехімічної залежної поведінки в досліджених трьох груп превалювала Інтернет-залежність (юнаки: Г1 – 63,0%, Г2 – 75,6%, Г3 – 86,1%; дівчата: Г1 – 57,6%, Г2 – 82,5%, Г3 – 72,4%), при чому в дівчат всіх груп прояви Інтернет-залежності зустрічалися частіше у порівнянні з групами юнаків ($p < 0,05$). Серед проявів Інтернет-залежності найчастіше спостерігалися: патологічне спілкування в соціальних мережах, пошук малюнків, патологічний апгрейдінг, надлишковий пошук інформації, патологічний Інтернет-серфінг. На другому місці за частотою зустрічалися прояви комп'ютерної залежності, а саме патологічний гемблінг (юнаки: Г1 – 56,5%, Г2 – 58,5%, Г3 – 72,1%; дівчата: Г1 – 47,5%, Г2 – 47,4%, Г3 – 69,0%), при цьому значного розходження між групами за гендерною ознакою виявлено не було ($p \geq 0,05$). Емоційно-залежні відносини у родині зустрічалися здебільшого в підлітків Г2 та Г3, при цьому більшою мірою серед дівчат (юнаки: Г1 – 23,9%, Г2 – 80,5%, Г3 – 44,2%; дівчата: Г1 – 23,7%, Г2 – 71,9%, Г3 – 39,7%). Прояви харчової залежності також були більш притаманними досліджуваним Г2 та Г3 (юнаки: Г1 – 13,0%, Г2 –

Таб. 1. Розподіл досліджених за характером нехімічної залежної поведінки

Характеристики залежної поведінки	Стать	Досліджені групи			Всього в підгрупах
		Г1	Г2	Г3	
Залежність від перегляду TV	Ю	3 (6,5)	6 (14,6)	3 (7,0)	12 (9,2)
	Д	4 (6,8)	8 (14,0)	9 (15,5)	21 (12,1)
Інтернет – залежність	Ю	29 (63,0)	31 (75,6)	37 (86,1)*	97 (74,6)
	Д	34 (57,6)	47 (82,5)*	42 (72,4)	123 (70,7)
Комп'ютерна залежність (ігри)	Ю	26 (56,5)	24 (58,5)	31 (72,1)	81 (62,3)
	Д	28 (47,5)	27 (47,4)	40 (69,0)**	95 (54,6)
Харчова залежність (анорексія)	Ю	6 (13,0)	13 (31,7)	14 (32,6)	33 (25,4)
	Д	8 (13,6)	21 (36,8)*	19 (32,8)*	48 (27,6)
Залежність від читання	Ю	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Д	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Залежність від роботи	Ю	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Д	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Емоційно-залежні відносини з партнером	Ю	2 (4,4)	2 (4,9)	2 (4,7)	6 (4,6)
	Д	4 (6,8)	4 (7,0)	5 (8,6)	13 (7,5)
Емоційно-залежні відносини у родині	Ю	11 (23,9)	33 (80,5)**	19 (44,2)	63 (48,5)*
	Д	14 (23,7)	41 (71,9)**	23 (39,7)	78 (27,6)
Сексуальна залежність	Ю	1 (2,2)	1 (2,4)	0 (0,0)	2 (1,5)
	Д	1 (1,7)	3 (5,3)	1 (1,7)	5 (2,9)
Всього за статтю	Ю	46 (43,8)	41 (41,8)	43 (46,2)	130 (42,8)
	Д	59 (56,2)	57 (58,2)	58 (53,8)	174 (57,2)

Примітки:

* – $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою або при порівнянні за гендерною ознакою;

** $p < 0,05$ при порівнянні груп дослідження між собою та при порівнянні за гендерною ознакою.

31,7%, Г3 – 32,6%; дівчата – Г1 – 13,6%, Г2 – 36,8%, Г3 – 32,8%). Інші види нехімічної залежної поведінки зустрічалися в досліджуваних групах в поодиноких випадках.

Дані щодо розподілу досліджуваних за видами хімічної залежності наведено в наступній таблиці.

Таб. 2. Розподіл досліджених за характером хімічної залежної поведінки

Характеристики залежної поведінки	Стать	Досліджені групи			Всього в підгрупах
		Г1	Г2	Г3	
Кофеїнова залежність	юнаки	5 (10,9)	7 (17,1)	6 (14,0)	18 (13,9)
	дівчата	11 (18,6)	9 (15,8)	8 (13,8)	28 (16,1)
Опіоїдна залежність	юнаки	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	дівчата	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Залежність від галопиногенів	юнаки	1 (2,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,8)
	дівчата	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Залежність від психостимуляторів ¹	юнаки	9 (19,6)	11 (26,8)	12 (27,9)	32 (24,6)
	дівчата	7 (11,9)	8 (14,0)	14 (24,1)	29 (16,7)
Нікотинова залежність	юнаки	15 (32,6)	12 (29,3)	16 (37,2)	43 (33,1)
	дівчата	17 (28,8)	11 (19,3)	14 (24,1)	42 (24,1)
Залежність від легких органічних розчинників	юнаки	2 (4,4)	1 (2,4)	2 (4,7)	5 (3,9)
	дівчата	1 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,7)	2 (1,2)
Зловживання алкоголем	юнаки	5 (10,9)	4 (9,8)	8 (18,6)	17 (13,1)
	дівчата	6 (10,2)	7 (12,3)	9 (15,5)	22 (12,6)
Каннабіоїдна залежність	юнаки	4 (8,7)	2 (4,9)	5 (11,6)	11 (8,5)
	дівчата	4 (6,8)	6 (10,5)	3 (5,2)	13 (7,5)
<i>Всього за статтю</i>	<i>юнаки</i>	<i>46 (43,8)</i>	<i>41 (41,8)</i>	<i>43 (46,2)</i>	<i>130 (42,8)</i>
	<i>дівчата</i>	<i>59 (56,2)</i>	<i>57 (58,2)</i>	<i>58 (53,8)</i>	<i>174 (57,2)</i>

Примітка: – 1 – енергетичні напої.

Серед хімічних адикцій в досліджуваних найчастіше зустрічалась нікотинова залежність (юнаки: Г1 – 32,6%, Г2 – 29,3%, Г3 – 37,2%; дівчата: Г1 – 28,8%, Г2 – 19,3%, Г3 – 24,1%), значної різниці між групами та за гендерною ознакою виявлено не було ($p \geq 0,05$). Досить часто в підлітків трьох груп дослідження зустрічалися прояви залежності від психостимуляторів, при цьому в переважній більшості вони виражались в неконтрольованому прийомі енергетичних напоїв типу «Burn», «Red Bull». В Г1 даний вид залежності спостерігався у 19,6% юнаків та у 11,9% дівчат; в Г2 – у 26,8% та 14,0% відповідно; в Г3 – 27,9% та 24,1%. До 20% підлітків досліджуваних груп чоловічої та жіночої статі страждали на кофеїнову залежність (юнаки: Г1 – 10,9%, Г2 – 17,1%, Г3 – 14,0%; дівчата: Г1 – 18,6%, Г2 – 15,8%, Г3 – 13,8%). Алкогольна адикція спостерігалась в 10,9% юнаків та 10,2% дівчат Г1; в Г2 розподіл за гендерною ознакою відповідно був 9,8% та 12,3%; серед юнаків Г3 алкоголем зловживали 18,6%, серед дівчат – 15,5%. В деяких випадках юнаки та дівчата,

які брали участь в дослідженні, зловживали канабісом та його похідними (юнаки: Г1 – 8,7%, Г2 – 4,9%, Г3 – 11,6%; дівчата: Г1 – 6,8%, Г2 – 10,5%, Г3 – 5,2%). В незначній кількості випадків в досліджуваних групах спостерігалися прояви залежностей від легких органічних розчинників та галюциногенів. Проявів опіоїдної залежності виявлено не було.

Нашу увагу привернули прояви залежності в обстеженого контингенту підлітків, тому, що будь-яка адикція часто виступає адаптогеном та маскує прояви основного психічного або поведінкового розладу і це «змазує» картину хвороби та знижує ефективність надання медико-психологічної допомоги.

ВИСНОВКИ

1. Проблема психічного здоров'я підлітків знаходиться в центрі уваги психіатрів у зв'язку з ростом розповсюдженості неспихотичних психічних розладів (НППР) серед зазначеного контингенту протягом останніх років. Визнається, що ця тенденція є більш істотною, аніж зростання психічної захворюваності серед дитячої популяції в цілому, що дозволяє вважати цю проблему суттєвою не лише в суто медичному, але й в соціальному відношенні.
2. Серед видів нехімічної залежної поведінки в досліджених трьох груп превалювала Інтернет-залежність (юнаки: Г1 – 63,0%, Г2 – 75,6%, Г3 – 86,1%; дівчата: Г1 – 57,6%, Г2 – 82,5%, Г3 – 72,4%).
3. Серед хімічних адикцій в досліджуваних найчастіше зустрічалась нікотинова залежність (юнаки: Г1 – 32,6%, Г2 – 29,3%, Г3 – 37,2%; дівчата: Г1 – 28,8%, Г2 – 19,3%, Г3 – 24,1%), значної різниці між групами та за гендерною ознакою виявлено не було ($p \geq 0,05$).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Особенности возрастного патоморфоза неспихотических депрессивных расстройств / Л. С. Аведисова, К. В. Захарова, Н. В. Миронова [и др.] // Вестник медицинского института Реавиз. – 2013. – №11. – С. 7 – 13.
2. Балашова С. В. Зависимость психопатологических и патопсихологических проявлений соматоформных расстройств от типа психотравмирующих переживаний личности: дис. ... к. мед. н.: 14.00.18 / Светлана Владимировна Балашова. – Оренбург, 2007. – 185 с.
3. Барденштейн Л. М. Острые переходящие психотические расстройства без симптомов шизофрении: клиника, динамика, прогноз / Л. М. Барденштейн, Г. А. Алешкина / Российский медицинский журнал. – 2014. – №3. – С. 13 – 16.
4. Илиади М. С. Прогноз качества терапии психических расстройств с учетом гендерных и социальных факторов / М. С. Илиади, А. В. Ежов // Таврический журнал психиатрии. – 2012. – Т. 16. – №2 (59). – С. 28 – 29.
5. Андрищенко А. В. Психические расстройства у пациентов общесоматической сети (клинико-эпидемиологические аспекты, психосоматические соотношения) / А. В. Андрищенко, Д. А. Бескова // Психиатрия. – 2011. – №2 (50). – С. 13 – 24.
6. Булатова М. В. Клинико-психопатологические характеристики органического расстройства личности у подростков (история вопроса и современный классификационный подход) / М. В. Булатова // Российский психиатрический журнал. – 2011. – №5. – С. 55 – 64.
7. Lagopoulos J. Functional impairment in adolescents and young adults with emerging mood disorders / J. Lagopoulos, I. B. Hickie // B.J.P. – 2014. – Vol. 205. – P. 362 – 368.

О. В. Безсмертний,

Харківська медична академія післядипломної освіти, кафедра сексології та медичної психології,
Харків, Україна.

A. V. Bessmertniy,

Kharkov Medical academy of postgraduate education, Department of sexology and medical psychology,
Kharkov, Ukraine.

ВИКОРИСТАННЯ АВТОБІОГРАФІЧНОЇ ПАМ'ЯТІ ЧОЛОВІКІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, В ЇХ КОМПЛЕКСНОМУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОМУ СУПРОВОДІ

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АВТОБИОГРАФИЧЕСКОЙ ПАМЯТИ МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ПАРАНОИДНОЙ
ШИЗОФРЕНИЕЙ, В ИХ КОМПЛЕКСНОМ ПСИХОСОЦИАЛЬНОМ СОПРОВОЖДЕНИИ**

**USING AUTOBIOGRAPHICAL MEMORY MEN, SUFFERING PARANOID SCHIZOPHRENIA,
IN THEIR INTEGRATED PSYCHOSOCIAL SUPPORT**

УДК 159.9 – 008.46 – 06:616.895.8]:615.851

Статья поступила в редакцию 13.03.2015

Резюме

Наведено вирішення завдання медичної психології, що полягає у створенні методики модального аналізу хроно-динамічних особливостей автобіографічної пам'яті (АБП) чоловіків хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) і розробці системи психосоціального супроводу (ПС). Підкреслено, що особливе місце в автобіографічних спогадах пацієнтів займає інформація про пережите в психозі. Тому, на підґрунті оцінки феноменології відображення в свідомості значущих подій, що протікають в часі, і особливостей патоперсонології, запропоновано новий підхід до ПС хворих ПШ.

Запропоновані заходи спрямовані на оптимізацію психічного стану, ставлення до своєї хвороби, визначення індивідуальних та сімейних ресурсів, поліпшення пристосувальних можливостей хворої особи і її близького оточення. Запропоновану систему впроваджено в практику. Показано її ефективність на катамнестичному етапі в більшості клінічних випадків.

Ключові слова

хроно-динамічні особливості автобіографічної пам'яті, параноїдна шизофренія, катамнез, психологічний час, психодіагностика, нарративне інтерв'ю, психометодологія, психосоціальний супровід.

Резюме

Представлено решение актуальной задачи медицинской психологии, заключающаяся в создании методики модального анализа хроно-динамических особенностей автобиографической памяти (АБП) больных параноидной шизофренией (ПШ) и разработке на их основе системы психосоциального сопровождения (ПС). Особое место в АБП пациентов занимает информация о пережитом в психозе и возможности их самодескрипции.

На основе оценки феноменологии отражения в сознании значимых событий, протекающих во времени, и особенностей патоперсонологии создан подход в психореабилитации при ПШ, сочетающий комплексное психодиагностическое, психообразовательное, психокоррекционное влияние, основанное на возможностях АБП как адаптивных свойств социального функционирования личности.

Обобщение результатов позволило разработать ПС для оптимизации психического состояния, отношения к болезни, определения индивидуальных, семейных ресурсов, улучшения приспособительных возможностей пациента и его близкого окружения. Система показала эффективность в большинстве случаев.

Ключевые слова

хроно-динамические особенности автобиографической памяти, параноидная шизофрения, катамнез, психологическое время, психодиагностика, нарративное интервью, психометодология, психосоциальное сопровождение.

Resume

In the rationale and solution of the problem of medical psychology, which is to provide a method of modal analysis chrono-dynamic features of autobiographical memory (ABM) in patients with paranoid schizophrenia and development on their basis of psychosocial support (PS). Pointed out that a special place in his ABM of these patients takes information about their experiences in psychosis. Based on the evaluation of phenomenology reflected in the minds of significant events occurring in time, especially pathopersonology first created a new approach to psychorehabilitation.

On the basis of summarizing the results justified and developed an integrated PS for patients with paranoid schizophrenia. The proposed measures are aimed at optimizing the mental state, attitude to his illness, the definition of individual and family resources; improve the adaptive capacity of the patient and his inner circle. This system has been put into practice, has shown efficacy in the follow-up stage in most clinical cases.

Keywords

chrono-dynamic features of autobiographical memory, paranoid schizophrenia, catamnesis, psychological time, psychological testing, narrative interviews psychometodology, psychosocial support.

У сучасному суспільстві гостро стоїть питання захворюваності на шизофренію, зважаючи на розповсюдженість, хронізацію та високий відсоток інвалідізації, в тому числі у молодому віці [1 – 4]. Зниження рівня якості життя, соціальна і сімейна дезадаптація, неспроможність адекватного самосприйняття, вказують на неповноцінність пристосованості пацієнтів [5 – 7]. Невід’ємною частиною функціонуючої особистості та джерелом для допомоги є адаптивний потенціал [8, 9].

Традиційна поміч часто зводиться до біологічної (нейролептичної) терапії після виписки зі стаціонару [10, 11]. В останній час спостерігається тенденція щодо розширення протокольних інтервенцій за рахунок психосоціального супроводу (ПС) хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) [12 – 14]. Такі практики включають в себе облігатну апеляцію до психотерапії, супортивної психокорекції, психоосвіти [15 – 17].

Моделювання поведінки хворих на ПШ на етапі катамнезу – першочергове завдання спеціаліста [18, 19]. На сьогодні є велика кількість інтегрованих корекційних підходів з широким арсеналом методів / методик / практик [20 – 22]. Але серед їх різноманіття є й ті, що недостатньо реалізовані.

Одним з таких підходів є мнестологічна парадигма психотерапії і її дериват – симультанно-мнестична терапія. Вона пояснює особистість як адаптивну функцію – варіативну динаміку спогадів та визначувальних модулів реагування [23, 24]. Мнемотерапія використовує феноменологію пам’яті, відчуття психологічного часу й персональну історію, поєднуючи їх у систему хроно-динамічних стосунків між подіями [25 – 29].

Вищевказані інтерпсихичні співвідносини перекликаються та ґрунтуються на концепті автобіографічної пам’яті (АБП), що містить сукупність довгострокових спогадів пацієнта про себе [30]. АБП враховує можливості рівня активності свідомості та ступінь відреагування асоціативної матриці пам’яті на важливі події, в тому числі пов’язані зі станом соматичного або психічного здоров’я [31 – 33].

Дослідження останніх років вказують, що у пам’яті хворих на ПШ існують нозоспецифічні викривлення [34, 35]. Однак ці дані не систематизовано. Відсутні інформативні методики, спрямовані на вивчення потенціалу АБП як ресурсу для подальшого ПС.

Висока медико-соціальна значущість та практична потреба сучасної реабілітації хворих на ПШ зумовили вибір теми дослідження.

Мета дослідження – на підставі вивчення хроно-динамічних особливостей АБП та патоперсонології хворих на ПШ розробити модальний аналіз їх спогадів і систему ПС.

Для досягнення поставленої мети використовувались теоретичні (аналіз фахової літератури), емпіричні (анамнестичний, спостереження, етологічна діагностика, наративне інтерв'ю, контент-аналіз, психодіагностичний), соціально-демографічний і математико-статистичні методи.

Статистичну обробку проведено за допомогою пакетів: Microsoft® Office Excel® 2010 та SSPS 16.0 for Windows.

Дослідження проводилося впродовж 2010 – 2014 років на базі КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3». З дотриманням біоетики обстежено 100 чоловіків, хворих на ПШ. Обстеження тривали впродовж 1,5 років, після виписки з психіатричного стаціонару.

Для реалізації мети і завдань роботи проводилось комплексне психодіагностичне й клініко-психологічне дослідження. На принципах анонімності й добровільності в дослідженні взяли участь чоловіки, які перебували на лікуванні у психіатричному закладі. Обстежено 100 осіб (основна клінічна група – ОКГ), які розподілено для оцінки розроблених інтервенцій на групи корекції (КГ) і порівняння (ГП). Середній вік склав – 29 років (від 25 до 38 років).

Клінічний діагноз: «Шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу» встановлено фахівцями-психіатрами згідно МКХ–10. Пацієнти отримували терапію згідно існуючих клінічних протоколів. Проходили психодіагностику, корекцію на початковому етапі сформованої ремісії, за 2 – 3 дні перед випискою з відділення (початок катамнезу). Період спостереження включав 1,5 роки амбулаторного ПС.

Робота складалася з 2-х частин – психодіагностичної (рис. 1) і психокорекційної (рис. 2), що були розділені на послідовні етапи. Перша проводилася в період 2 – 3-х останніх днів перебування у стаціонарі. На фоні засобів включеного спостереження, наративного інтерв'ю, реалізовано комплекс психодіагностичних й клініко-психологічних вимірів (рутинна психодіагностика) у всіх пацієнтів ОКГ. Наступного дня зустріч із пацієнтами включала використання психоосвіти і розробленого модального аналізу хроно-динамічних якостей АБП.

Після порівняння й узагальнення отриманих результатів рутинної психодіагностики та модального аналізу послідовно виокремлено мішені впливу. Дані показники враховувались у співвідношенні діагностичних корелятів АБП, патоперсонології з тлумаченням репрезентативних методів корекції.

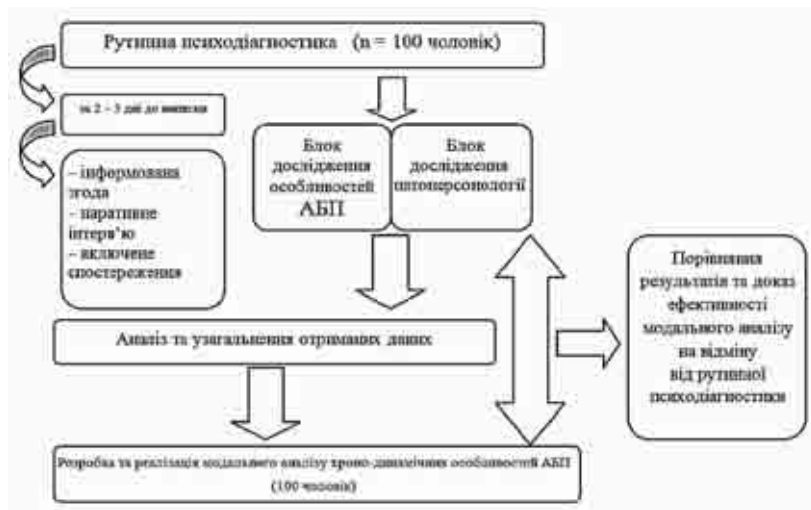


Рис. 1. Розподіл обстежених в рамках психодіагностичного сегменту роботи



Рис. 2. Розподіл обстежених в рамках корекційного сегменту роботи



Рис. 3. Загальний дизайн проведеного дослідження

Друга – психокорекційна – реалізовувалась через тиждень після виписки. На тлі проведення модального аналізу хроно-динамічних особливостей АБП, як адаптивних якостей пацієнтів, проводилась розробка індивідуалізованого ПС з відповідним психо-корекційним, реабілітаційним й профілактичним ранжуванням.

Клініко-психологічні процедури (рис. 3) виконано у створеному терапевтичному середовищі. Перед початком ПС учасники КГ (50 осіб) і ГП (50 осіб) діагностувалися за допомогою шкал виміру особливостей СФ, комплаєнсу та оцінки знань про хворобу. Протягом 1,5 років пацієнти КГ отримали ПС на відміну від осіб ГП. Наприкінці ПС в обох групах повторно проведено вимір психосоціальних характеристик із відповідним їх порівняльним аналізом.

До обстежених груп включено пацієнтів за наступними критеріями:

- період психодіагностичного ретестування з моменту останнього перебування у психіатричному стаціонарі не менше, аніж 3 місяці;
- взаємодія в режимі «лікар – пацієнт – психолог – медичний персонал – близькі / родичі» задля формування інформативного терапевтичного середовища;
- максимальна адекватність поведінки й психічного статусу за рекомендацією психіатра, яка б не перешкождала втручанням медико-психологічного спектру;
- відсутність виражених побічних дій з боку психофармакотерапії;
- замалий вплив сформованого дефекту внаслідок психічної вади;
- добровільна згода пацієнтів або їх опікунів при інвалідизації.

Аналіз соціально-демографічних характеристик виявив однорідність основних показників, що стало підґрунтям для висновку про гомогенність обстежених груп і репрезентативність отриманих даних. Соціокультурних відмінностей не виявлено, всі пацієнти були громадянами України.

Перед першою зустріччю з пацієнтом проводилось поглиблене вивчення його психобіографії із залученням медичної документації (контент-аналіз), зустрічей із лікарями, завідувачами відділень, медичним персоналом, родичами пацієнтів. Під час зустрічей реалізовувалось клінічне нарративне інтерв'ю з акцентом на встановлення міжособистісного контакту, включене спостереження за поведінкою й емоційно-тонаційними особливостями (елементи етологічної діагностики). Особлива увага приділялася комунікативним здібностям й здатності мовного відображення спогадів та свого стану.

Вивчення феноменології АБП виконувалось за допомогою: експресивної проективної методики «Психологічна автобіографія» (Л. Ф. Бурлачук, О. Ю. Коржова, 1998); модифікованої графічної методики «Лінія життя» (В. В. Нуркова, 2000); опитувальника «Функції автобіографічної пам'яті» (К. М. Василевська, В. В. Нуркова, 2008). Індивідуально-психологічні особливості хворих вивчалися за допомогою методик: «Піктограма» (О. Р. Лурія, 1962 у модифікації Б. Г. Херсонського, 2003); особистісний опитувальник «ТОБОЛ» (Л. І. Васерман, Б. В. Іовлев, О. Б. Карпова, 2005); схема-інтерв'ю «Катамнез внутрішньої картини хвороби при шизофренії» (Н. П. Татаренко, 1969).

Вимір особливостей СФ проведено за допомогою: шкали «Quality of Life Scale» (QLS) (G. Fervaha, G. Remington, 2012); заходів оцінки рівня й типів комплаєнсу (Л. Ф. Шестопалова та ін., 2012); карти оцінки рівня знань про психічну хворобу та ефективності ПС (Л. І. Сальнікова та ін., 2002).

Наративне інтерв'ю (В. Ф. Журавльов, 1993) реалізовано в 3 фази – початку інтерв'ю, основної розповіді; наративних розпитувань; теоретичного резюме. Аналіз проводився в 6 кроків. Результати інтерв'ю стандартизовано для проведення статистичного аналізу.

Узагальнення результатів вивчення особливостей АБП хворих на ПШ (оцінка тем спогадів, структури, функцій) дозволило проаналізувати стан їх мнестології.

Продуктивність відтворення загальних образів життєвого шляху насичено специфічною різноманітністю (73%) та менш вираженою легкістю актуалізації спогадів (47%). Пацієнти давали суб'єктивну оцінку життєвих подій за значущістю – у 82% випадків; за бажаністю – у 8%. Небажаність знаходила прояв у 92%. Ступінь впливу подій спостерігався у 67%. Середній час антиципації – $25 \pm 1,5$ років; середній час ретроспекції – $14 \pm 0,9$ років.

Змістовну характеристику відображено радісними (16%), сумними (72%), минулими (91%), майбутніми (9%) подіями. За типологічними якостями зустрічалися біологічні (26%), особистісно-психологічні (42%), асоційовані із змінами фізичного середовища (13%), соціального середовища (58%). За видом події пов'язані з батьками (21%), сімейними відносинами (6%), народженням або долею дітей (9%), місцем проживання (13%), станом здоров'я (52%), особистим «Я» (17%), спільнотою (12%), міжособистісними відносинами (38%), матеріальним станом (15%), навчанням й освітою (7%), роботою (23%), спонтанними подіями життя (19%). Частота спогадів за критерієм «оригінальність» – 6%, за критерієм «популярність» – 18%, «сила» – 18%, «слабкість» – 61%.

Пацієнтам ОКГ притаманна важкість актуалізації спогадів; небажаність суб'єктивної оцінки подій; знижений середній час антиципації і ретроспекції, що обмежено спогадами про хворобу і постхворобливі зміни. Змістовність насичено монотонним минулим та сумним теперішнім.

Параметри структурного аналізу АБП підтверджують вираженість спогадів, до яких хворі ставляться негативно (72%). Елемент датування подій за роками знаходив прояв у 67%, іншим хворим складно

відображувати хронологію за роками (32%) й вони використовували послідовність за типом «до та після хвороби». Присутність свого народження у спогадах притаманна 5%. Загальна щільність розташування подій була нерівномірною. Щільність у різні періоди має середнє значення – 4,47. Об’єм «оперативного минулого» – $6 \pm 3,21$. Тематика дитинства спостерігалася у 7%. Характеристики дискретності були більш вираженими (88%), ніж характеристики пов’язаності (36%). Середня кількість життєвих тем сягала $3,4 \pm 0,6$. Спостерігалась низька пропрацьованість й повнота (4%), оригінальність (6%) спогадів. Актант історії життя насичено пасивністю (89%). Події внутрішнього життя (6%) недостатньо розкрито, включаючи реакційні (11%) та історичні (9%).

У співставленні результатів ми дісталися даних про виражене зниження емоційного балансу (12%); проробки, гармонізації спогадів у суб’єктивному відчутті часу (22%); оперативне теперішнє, майбутнє (7%); недостатню повноту, оригінальність; пасивність, а також виснаження спогадів про внутрішнє життя.

Результати аналізу функцій АБП показали значні зниження фактично всіх функцій автобіографічного відтворення. Прагматична (директивна) функція – 8% кількісних характеристик, саморегуляції – 34%, комунікативна (соціальна) функція – 22%, екзистенційна (поліфункційна) функція, що відповідає за усвідомлення сенсу життя й призначення – 7%. Зрілість функцій АБП спостерігалась у 11% хворих.

Патоперсоналогію окреслено певною типологією нозогнозії, катамнезу ВКХ, асоціативної продукції АБП, афективно-особистісної сфери (табл. 1).

Таб. 1. Аналіз загального стану патоперсоналогічних показників хворих на параноїдну шизофренію (рутинна психодіагностика), %, $p < 0,05$

Показники	ОКГ (n = 100) абс.к.	сер. %	Показники	ОКГ (n = 100) абс.к.	сер. %
Психодіагностика типів ставлення до хвороби (опитувальник: «ТОБО/І»):					
ейфоричний	4	4,0±2,0	неврастенічний	–	–
гармонійний	2	2,0±1,4	обсесивно-фобічний	6	6,0±2,4
апатичний	20	20,0±4,0	сенситивний	–	–
анозогнозичний	48	48,0±5,0	меланхолійний	6	6,0±2,4
ергопатичний	–	–	тривожний	4	4,0±2,0
параноїдний	8	8,0±2,7	іпохондричний	2	2,0±1,4
Психодіагностика катамнезу ВКХ при шизофренії (схема-інтер’ю за Н. П. Татаренко):					
відчуття часу початку хвороби	73	73,0±4,4	повільний психологічний час	38	38,0±4,9
преморбідні зміни особистості	90	90,0±3,0	переживання часу відсутнє	10	10,0±3,0
осмислення реального	84	84,0±3,7	«нерівномірна» тривалість часу	29	29,0±4,5
осмислення хворобливого	38	38,0±4,9	без уваги у відчутті часу	12	12,0±3,2
відчуття зміни особистості	92	92,0±2,7	«змішаний» психологічний час	73	73,0±4,4
швидкий психологічний час	19	19,0±3,9			
Психодіагностика асоціативної мнестичної продукції та афективно-особистісної сфери:					
поліабстрактність	74	74,0±4,4	неконгруентні емоційні зв’язки	88	88,0±3,2
не відображує реальності змісту	62	62,0±4,9	афективна насиченість	54	54,0±5,0
неадекватність образів	47	47,0±5,0	опосередковане запам’ятовування	17	17,0±3,8
конкретність	14	14,0±3,5	незбереженість відтворення об’єм запам’ятовування	83	83,0±3,8
чуттєве сприйняття	20	20,0±4,0		8±0,4	
паралогічність асоціювання	78	78,0±4,1	узагальнена символізація	76	76,0±4,3

Для реалізації модального аналізу хроно-динамічних особливостей АБП, пацієнтові надавався стилізований матеріал, що представляє модифікований варіант методики «Лінія життя» (В. В. Нуркова). Він поділений на 3 умовні блоки, до яких належать відповідні автобіографічні спогади – «до хвороби», «про переживання у хворобі» (в психотичному стані) і «актуальний час катамнезу» (під час обстеження). Основна (горизонтальна) лінія надана для хроно-динамічного розташування асоційованих подій, вертикальні лінії дозволяють встановити позитивну або негативну їх оцінку. Респондентам пропонувалось шляхом вільних асоціацій звернути на відповідних полях відкласти події, які відображають їх стан до хвороби; під час переживання психозу та їх стан зараз із можливостями антиципації. Пацієнти розташовували їх з урахуванням хронології, віку й років, в які вони відбулися, та емоційної оцінки ситуацій. Дані модального аналізу показали більшу ефективність, ніж психодіагностика з використанням 6-ти методик.

У спогадах визначено й підкреслено взаємовплив зазначених чинників, що допомогло встановити найбільш проблемні психосоціальні запити-проблеми. Серед таких найбільш виражені: нещасливе дитинство ($17,0 \pm 3,8$); шкільні проблеми ($21,0 \pm 4,1$); недостатній рівень освіти ($32,0 \pm 4,7$); проблеми на колишній роботі ($8,0 \pm 2,7$) або місці навчання ($14,0 \pm 3,5$); безробіття ($42,0 \pm 4,9$); проблеми з житлом ($17,0 \pm 3,8$); незадовільне матеріальне становище ($78,0 \pm 4,1$); фінансові труднощі ($39,0 \pm 4,9$); складна чи атипова батьківська ситуація ($56,0 \pm 5,0$); проживання на самоті ($7,0 \pm 2,6$); нездатність пристосовуватися до середовища ($77,0 \pm 4,2$); труднощі засвоєння нових норм та правил ($43,0 \pm 5,0$); відчуття ізоляції серед оточуючих ($23,0 \pm 4,2$); непорозуміння у стосунках із власними дітьми ($4,0 \pm 2,0$); партнером ($18,0 \pm 3,8$); батьками ($39,0 \pm 4,9$); друзями ($6,0 \pm 2,4$); погіршення дружніх стосунків ($51,0 \pm 5,0$); погіршення взаєморозуміння ($89,0 \pm 3,1$); погіршення сексуального життя ($18,0 \pm 3,8$); «нервові» обставини ($33,0 \pm 4,7$); дезорганізація проведення часу ($64,0 \pm 4,8$); зменшення навантаження по господарству ($67,0 \pm 4,7$); погіршення дозвілля ($25,0 \pm 4,3$); зменшення кількості спілкування за межами дому ($62,0 \pm 4,9$); погіршення якості харчування ($12,0 \pm 3,2$); проблеми із здоров'ям членів сім'ї ($20,0 \pm 4,0$); погіршення стосунків на роботі із керівництвом ($11,0 \pm 3,1$); колегами ($11,0 \pm 3,1$); товаришами ($7,0 \pm 2,6$); сусідами ($5,0 \pm 2,2$); зменшення кола друзів ($43,0 \pm 5,0$); їх зрада ($2,0 \pm 1,4$); емоційні ($57,0 \pm 5,0$) та поведінкові проблеми ($23,0 \pm 4,2$); проблеми у стосунках із батьком ($5,0 \pm 2,2$); матір'ю ($7,0 \pm 2,6$); братами / сестрами ($1,0 \pm 1,0$); опікунами ($8,0 \pm 2,7$); смерть близьких ($15,0 \pm 3,6$); відчуття ізоляції ($74,0 \pm 4,4$).

Результати втілення модального аналізу показали, що твердження та інструкції, які увійшли до складової модального аналізу хроно-динамічних автобіографічних відтворень, мають оптимальні індекси ефективності ($0,28 - 0,75$), дискримінативності ($r_s = 0,20 - 0,84$, $p \leq 0,05$).

Показники змістовної, за результатами експертних оцінок ($\max - 5$) – $4,25 - 4,72$ (α -Кронбаха = $0,59 - 0,80$), та критеріальної ($R = 0,61 - 0,69$, $p \leq 0,05$) валідності; внутрішньої узгодженості (α -Кронбаха = $0,64 - 0,90$) досить високі.



Рис. 4. Модальний аналіз автобіографічних спогадів при параноїдній шизофренії

Розроблений аналітичний комплекс психометрично обґрунтовано, що підкреслює статут можливостей його використання у прикладній медико-психологічній діяльності.

На підставі отриманих даних модального аналізу, розроблено і впроваджено катамнестичний ПС пацієнтів з ПШ, спрямований на психологічне потенціювання підтримуючої терапії, гармонізацію знань про хворобу, можливості своєчасної самопомоги, нівелювання несприятливого типу ставлення до хвороби, редукцію соціальної ізоляції, конфліктної поведінки; гармонізацію міжособистісного спілкування, реактивацію власної соціальної ролі та компенсацію сімейного функціонування. Розроблені заходи включали тривалу роботу з реконструкції життя із формуванням самостійних прогностичних здібностей, самоменеджменту, розвитку пошукової активності.

Всі заходи проводились у спеціально організованих приміщеннях клініки. ПС чоловіків та їх близького оточення базувався на засадах нормативних документів. Середня тривалість індивідуального заняття складала – 1 годину; групового / сімейного – 2 години.

Перед реалізацією 3-модульного ПС (рис. 5) проводився ретельний підбір методів / методик / практик корекції. Підібрані методики були спрямовані на:

- 1) прийом підтримуючої терапії;
- 2) моніторинг та аналіз власного психічного стану;
- 3) адаптацію до наслідків перенесеного в психозі;
- 4) реактивацію власної соціальної ролі;
- 5) стабілізацію сімейної функції;
- 6) покращення міжособистісного спілкування;
- 7) подолання соціальної ізоляції;
- 8) редукцію конфліктної поведінки;
- 9) пошук покращення якості життя;
- 10) самоменеджмент.

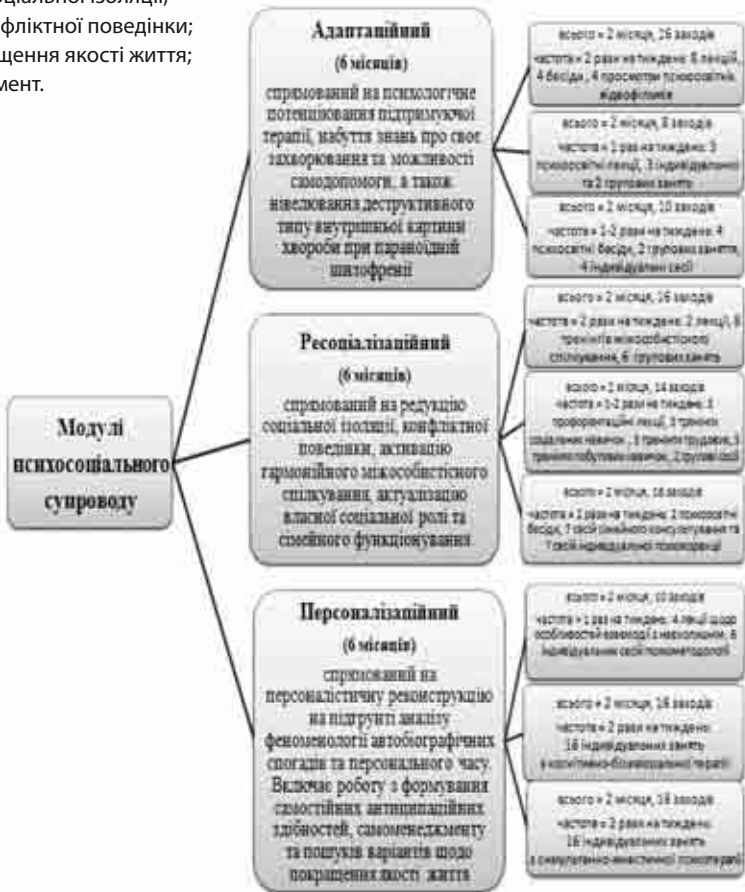


Рис. 5. Структура і зміст модулів психосоціального супроводу пацієнтів

Адаптаційний модуль підкріплено заходами психоосвіти, раціональної, індивідуальної і групової терапії; ресоціалізаційний – тренінгово-навчальною роботою, сімейним консультуванням; персоналізаційний – симультантно-мнестичною корекцією зі застосуванням технік когнітивно-біхевіоральної терапії. Останній модуль насичено роботою з відчуттям персонального часу і організацією власного розпорядку життя, який є найбільш сприятливим за умов існування хвороби.

Аналіз ефективності розробленого ПС хворих на ПШ показав:

- а) підвищення рівня знань щодо власної хвороби ($84,0 \pm 3,7$) та ефективності психоосвіти ($74,0 \pm 4,4$);
- б) у соціально-функціональному контексті: покращення сімейних стосунків ($68,0 \pm 4,7$); підвищення рівня ($38,0 \pm 4,9$), кола ($48,0 \pm 5,0$), ініціативи спілкування ($68,0 \pm 4,7$); стабілізацію професійно-рольових функцій ($34,0 \pm 4,7$) й неповної зайнятості ($42,0 \pm 4,9$); оцінку відчуття мети ($30,0 \pm 4,6$), мотивації ($74,0 \pm 4,4$), допитливості ($28,0 \pm 4,5$); плідне використання часу ($78,0 \pm 4,1$); володіння загальними речами ($70,0 \pm 4,6$), звичайними заняттями ($48,0 \pm 5,0$); поява здібностей до співчуття ($14,0 \pm 3,5$); покращення контакту з фахівцем ($54,0 \pm 5,0$);
- в) за комплаєнтними відносинами: повний ($48,0 \pm 5,0$), частковий ($34,0 \pm 4,7$), низький ($18 \pm 3,8$) види співпраці у конструктивному ($48,0 \pm 5,0$), формальному ($14,0 \pm 3,5$), пасивному ($4,0 \pm 2,0$), симбіотичному ($16,0 \pm 3,7$), нестабільному ($6,0 \pm 2,4$), негативістичному ($4,0 \pm 2,0$), дефіцитарному ($8,0 \pm 2,7$) типах комплаєнсу. Серед маркерів особливе місце займають: критичність до симптомів й наслідків хвороби ($68,0 \pm 4,7$), довіра до фахівця ($56,0 \pm 4,9$), підвищення інформативності про терапію ($94,0 \pm 2,4$), задоволеність її результатами ($78,0 \pm 4,1$), готовність до подальшої зміни життєвого стилю ($72,0 \pm 4,5$), підтримка з боку сім'ї ($58,0 \pm 4,9$).

ВИСНОВКИ:

1. Встановлено особливості автобіографічної пам'яті та її функцій у чоловіків хворих на параноїдну шизофренію.

1.1. Змістова характеристика автобіографічної пам'яті відображена у більшості сумними (72%) і минулими (91%) подіями. За типологічними якість насичено особистісно-психологічними подіями (42%) і подіями соціального середовища (58%); за видом пов'язаними з батьківською родиною (21%), місцем проживання (13%), станом здоров'я (52%), особистим «Я» (17%), міжособистісними відносинами (38%), роботою (23%), спонтанними подіями життя (19%). Частота зустрічі подій насичено критерієм «слабкості» (61%) та незначними проявами за критерієм «оригінальності» 6%, «популярності» – 18%, «сили» спогадів – 18%.

1.2. Параметри структурного аналізу автобіографії підтверджують вираженість спогадів, до яких хворі ставляться негативно (72%). Елемент датування подій життя за роками знаходив прояв у 67%, іншим хворим складно відображати хронологію за роками (32%) й вони використовували послідовність за типом «до та після хвороби». Підтверджено зниження емоційного балансу, зниження проробки й гармонізації спогадів на суб'єктивному відчутті часу оперативного теперішнього і майбутнього, недостатню повноту й оригінальність, пасивність, виснажливість спогадів щодо внутрішнього життя, рекреаційних та історичних подій.

1.3. Доведено значне зниження фактично всіх функцій (прагматичної, саморегуляції, комунікативної, екзистенційної) автобіографічної пам'яті та їх зрілості. Для хворих характерні негативні спогади, недостатність саморегуляції психічних станів, специфічна мрійливість, дефіцитарність соціальних контактів, загального спілкування, зменшена кількість спогадів з вузьким репертуаром тем.

2. Виявлено окремі патоперсоналогічні особливості хворих на параноїдну шизофренію.

2.1. Найбільш вираженими типами ставлення до хвороби є: анозогнозичний (48%), апатичний (20%). Інші типи знаходили менший прояв: паранояльний (8%), obsесивно-фобічний (6%), меланхолійний (6%), ейфорічний (4%), тривожний (4%), гармонійний (2%), іпохондричний (2%). Не представлені неврастенічний, ергопатичний та сенситивний типи. Притаманні риси уникання думок про хворобу та її наслідки, заперечення наявного, посилення на випадковість, відмовлення від діагностичних й лікувальних процедур, байдужості до життя, прогнозу, результатів терапії, пасивної підлеглості, втрати інтересів до того, що раніше турбувало.

2.2. Відокремлено, що суб'єктивне відчуття часу початку хвороби відображено нечіткими якість відчуття преморбідних змін власної особистості у більшості випадків (90%), але ж суб'єктивним відчуттям того, що вони захворіли недавно (73%) на відміну від інших 27%. Осмислення навколишнього реального представлено неоднорідними показниками – 84%, як і хворобливих переживань 38%. Відчуття зміни осо-

бистості було у 92% пацієнтів. Переживання ходу психологічного часу швидким вважали 19%, повільним – 38%. Відсутність його переживання підкреслювали 10%. Переживання тривалості захворювання пацієнти вважали як «нерівномірний» (як під час переживання психозу, так і після виходу з нього): вони або зовсім не звертали увагу на відчуття часу (12%), або ж знаходили його як «змішаний» – «інколи швидким, інколи повільним або відсутнім» (73%).

2.3. Аналіз афективно-особистісних якостей підкреслив емоційне згасання, афективне спустошення. Продуктивність опосередкованого запам'ятовування підкреслено не збереженням відтворенням (майже у 80%). Об'єм запам'ятовування страждав у співставленні з механічним заучуванням у 19% випадків. Доступність узагальненої символізації утруднено у 76%. Асоціації у більшості неадекватні. Конкретно-ситуаційних образів було менше, ніж абстрактних.

3. Визначено й підкреслено взаємовплив автобіографічних феноменів на найбільш проблемні психосоціальні запити: недостатній рівень освіти; безробіття; незадовільне матеріальне становище; фінансові проблеми; складна або атипова батьківська ситуація; проживання на самоті; нездатність пристосовуватися до середовища; труднощі у засвоєнні нових норм та правил; відчуття ізоляції серед оточуючих; батьками; друзями; погіршення дружніх відносин; погіршення взаєморозуміння; «нервові» обставини вдома; дезорганізація проведення часу; зменшення навантаження по господарству; погіршення дозвілля; зменшення кількості спілкування за межами дому; проблеми із здоров'ям членів родини; зменшення кількості друзів; емоційні проблеми; поведінкові проблеми.

4. ідентифіковано й позначено мішені психосоціального впливу й можливості особистих адаптаційних ресурсів, спрямованих на: прийом підтримуючої терапії, моніторинг і аналіз власного психічного стану, адаптацію до наслідків перенесеного в психозі, продовження власної соціальної ролі, стабілізацію сімейної функції, гармонізацію міжособистісного спілкування, подолання соціальної ізоляції, редукцію конфліктності, пошук покращення якості життя, самоменеджмент.

5. Науково обгрунтовано і розроблено психосоціальний супровід на етапі катамнезу, спрямований на психологічне потенціювання підтримуючої терапії, гармонізацію знань про хворобу, можливості самодопомоги, нівелювання несприятливого типу ставлення до хвороби, редукцію соціальної ізоляції, конфліктної поведінки; гармонізації міжособистісного спілкування, реактивації соціальної ролі, компенсації сімейного функціонування. Впроваджена система включає тривалу реконструкцію життя із формуванням самостійних прогностичних здібностей, самоменеджменту, розвитку пошукової активності. Складається з 3-х модулів, що апелюють до мнестології, і показали свою ефективність в більшості випадків, на відміну від групи пацієнтів без супроводу.

Подальші наші дослідження полягатимуть у пошуках нових якостей автобіографічних спогадів, які є можливим залучити до психореабілітації хворих з іншими психічними й поведінковими розладами. Також заплановано навчання психологів даному психодіагностичному й корекційному підходу.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Чабан О. С. Шизофрения: необычные люди среди странных людей. Книжница для пациентов и их родственников, а также для интересующихся большой психиатрией / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова, Е. Ю. Жабенко [и др.]. – К.: МЗ Украины, 2012. – 192 с.
2. Шох М. Шизофрения: Методичний посібник / М. Шох, перекл. з німецьк. / Передм. проф. Н. О. Марута, проф. О. С. Чабан ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х.: Видавець Д. В. Строков, 2013. – 45 с.
3. Клинические разборы в психиатрической практике / Под ред. проф. А. Г. Гофмана. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 704 с.
4. Методичний комплекс оцінки екзистенційно-особистісного відновлення хворих з першим психотичним епізодом (методичні рекомендації) / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [і співавт.]. – Донецьк; К.: МОЗ України, НАМН України, 2013. – 39 с.
5. Избранные научные труды профессора В. В. Криштalia / Под ред. проф. Е. В. Криштalia. – Х.: Талант Трейдинг, 2011. – 130 с.
6. Кришталь Є. В. Сексопатологія: підручник / Є. В. Кришталь, Б. М. Ворнік. – К.: «Медицина», 2014. – 544 с.
7. Маркова М. В. Сімейна психотерапія як базовий психотерапевтичний ресурс в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, К. А. Горшкова // Психічне здоров'я. – 2012. – №2 (35). – С. 63 – 69.
8. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении / В. Д. Вид. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
9. Пшук Є. Я. Дослідження рівня соціального інтелекту референтних родичів пацієнтів з шизофренією в аспекті їх соціального функціонування / Є. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 1 (78). – С. 132 – 136.

10. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, Вип. 3 (72). – С. 13 – 18.
11. Психіатрія. Національне керівництво для лікарів-психіатрів / Під ред. В. М. Козідубової, В. М. Кузнєцова [та ін.]. – Х.: Оберіг, 2013. – 1164 с.
12. Сухоїванова О. І. Оптимізація психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію: автореф. дис. ... к. мед. н.: 19.00.04 / Олена Ігорівна Сухоїванова. – Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України. – Х., 2013. – 20 с.
13. Мажбіц В. Б. Психосоціальна реабілітація хворих на параноїдну шизофренію в амбулаторних умовах: автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.16 / Валентина Борисівна Мажбіц. – ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». – Х., 2013. – 22 с.
14. Жизнь с шизофренией. Что делать? Краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий [и др.]. – Х.: ХНМУ МЗ Украины, 2011. – 28 с.
15. Клиническая психология и психотерапия. 3-е изд. / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. – СПб.: Питер, 2013. – 944 с.
16. Карвасарский Б. Д. Психотерапия: Учебник для ВУЗов. 4-ое изд. / Б. Д. Карвасарский, В. А. Абабков; Под ред. проф. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2014. – 672 с.
17. Психотерапевтическая клиника. Хрестоматия. Том 1 / В. А. Вербенко, Н. В. Вербенко, В. Н. Клинков [и др.]; Под ред. В. П. Самохвалова, О. С. Чабана. – Тернополь: ТГМУ, 2012. – 438 с.
18. Татаренко Н. П. «Внутренняя картина болезни» при шизофрении и её значение для клиники / Н. П. Татаренко // Медицинские исследования. – 2001. – Т. 1, Вып. 1. – С. 140 – 143.
19. Івашченко Н. Є. Внутрішня картина хвороби і реабілітація пацієнтів з параноїдною шизофренією: автореф. дис. ... к. мед. н.: 14.01.16 / Надія Євгенівна Івашченко. – Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології. – К., 2014. – 18 с.
20. Михайлов Б. В. Коллапс шизофренологии: теоретическая, клинко-диагностическая, герменевтическая мультипликация шизофрений и психофармакотерапевтическая стагнация / Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов // Таврический журнал психиатрии. – 2008. – V. 12, 1 (42). – С. 80 – 85.
21. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: «Каштан», 2009. – 584 с.
22. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. – 2-е изд. стер. / В. В. Чугунов. – К.: Здоров'я; Х.: Око – Наука, 2008. – 768 с.
23. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: [Учебное пособие]. – Х.: Наука, 2010. – 304 с.
24. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. – 3-е изд., расширен. / В. В. Чугунов. – Х.: Наука, 2014 / 2015. – 536 с.
25. Бурлачук Л. Ф. Психология жизненных ситуаций: уч. пос. / Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова. – М.: Российское педагогическое агентство, 1998. – 263 с.
26. Абульханова К. А. Время личности и время жизни / К. А. Абульханова, Т. Н. Березина. – СПб.: Алетейя, 2001. – 304 с.
27. Головаха Е. И. Психологическое время личности. 2-е изд., испр. и доп. / Е. И. Головаха, А. А. Кроник. – М.: Смысл, 2008. – 267 с.
28. Нуркова В. В. Вариативный репертуар самоопределяющих воспоминаний как ресурс развития самоидентичности / В. В. Нуркова, Д. А. Василенко // Вестник РГГУ. – 2013. – №18. – С. 11 – 30.
29. Nourkova V. V. Why Historical becomes Personal? Spontaneous Historical Content of Individual Autobiographical Memory. Psychology in Russia: State of the Art. Scientific Yearbook / V. V. Nourkova, Yu. P. Zinchenko, V. F. Petrenko. – М.: Lomonosov Moscow State University; Russian Psychological Society, 2010. – P. 257 – 277.
30. Василевская К. Н. Индивидуально-типологические особенности автобиографической памяти: автореф. дис. ... к. психол. н.: 19.00.01 / Ксения Николаевна Василевская. – Экологический институт Российской академии образования. – М., 2008. – 26 с.
31. Бехтерева Н. П. Магия мозга и лабиринты жизни / Н. П. Бехтерева. – доп. изд. – М.: АСТ; СПб.: Сова, 2007. – 383 с.
32. Русланов Д. В. Психология / Д. В. Русланов. – Донецк: Издатель А. Ю. Заславский, 2011. – 416 с.
33. Хомуленко Т. Б. Теоретико-методологические основы психологии здоровья / Т. Б. Хомуленко // Здоровье. Личность. Общество: сб. науч. трудов / Сост. А. В. Алёшичева. – Х.: Финарт, 2014. – С. 88 – 115.
34. Особенности мнестической деятельности у больных шизофренией и их родственников первой степени родства / Т. Д. Савина, В. А. Орлова, Н. П. Щербакова [и соавт.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2008. – №10. – С. 55 – 60.
35. Heck A. Converging genetic and functional brain imaging evidence links neuronal excitability to working memory, psychiatric disease, and brain activity / A. Heck, M. Fastenrath, S. Ackermann [et al.] // Neuron. – 2014. – Vol. 81, Is. 5. – P. 1203 – 1213.

С. В. Мерліч, Л. П. Лебіга,

Одеський національний медичний університет,
кафедра соціальної допомоги, загальної та медичної психології, Одеса, Україна.

S. V. Merlych, L. P. Lebyha,

Odessa national medical university,
department social helping, general and medical psychology, Odessa, Ukraine.

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАТИВНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ

**ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ,
ПЕРЕНЕСШИХ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО С ФОРМИРОВАНИЕМ КИШЕЧНОЙ СТОМЫ**

**INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS HAVE TRANSFERRED PROMPTLY
AND INTERVENTION ON THE FORMATION INTESTINAL STOM**

УДК 618.19-006.6-07-085

Статья поступила в редакцию 28.04.2015

Резюме

В статті наведено клініко-психологічні особливості онкологічних пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. Розроблено систему медико-психологічної допомоги даній категорії хворих на амбулаторному етапі лікування. Визначено особистісні риси, характерні для означених хворих, науково обґрунтовано, розроблено комплекс заходів медико-психологічної допомоги онкологічним хворим, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, на амбулаторному етапі та оцінено його ефективність.

Ключові слова

індивідуально-психологічні особливості, колоректальний рак, кишкова стома.

Резюме

В статье приведены клинико-психологические особенности онкологических пациентов, перенесших оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы. Разработана система медико-психологической помощи данной категории больных на амбулаторном этапе лечения. Определены личностные черты, характерные для указанных больных, научно обоснован, разработан комплекс мер медико-психологической помощи онкологическим больным, перенесшим оперативное вмешательство с формированием кишечной стомы на амбулаторном этапе и оценена его эффективность.

Ключевые слова

индивидуально-психологические особенности, околоректальный рак, кишечная стома.

Resume

In this article of clinical psychological features oncologic patients, transferred promptly and intervention with formation intestinal stom. The system is designed medical-assistance categories of patients at the outpatient stages of treatment, psychodiagnostic personality scientific studies, medical complex of measures is designed psychology oncologic assistance patients, transferred promptly and intervention with formation intestinal stom on ambulatory stages.

Keywords

individual-psychological features in cancer, intestinal stom.

На сьогодні проблема онкологічних захворювань є глобальною і надзвичайно важливою [1 – 4]. Злоякісні новоутворення є провідною причиною смерті – на них припадає близько 13% всіх смертей у світі. Одним з наймолодших напрямів дослідження причин злоякісних новоутворень є проблема медико-психологічного супроводу онкологічного хворого на різних етапах лікування, яка є недостатньо розробленою в сучасній науці. Існують роботи, присвячені перед- та післяопераційному етапам терапії онкопациєнта, проте питанням організації амбулаторного етапу лікування зазвичай не приділяється достатня увага фахівців [2, 5, 6]. При цьому правильна організація етапу дистанційного медико-психологічного супроводу хворого на онкопатологію та його родини має важливе значення в процесі вилуження та підвищення якості життя онкологічного пацієнта [1, 2, 4, 7, 8].

Матеріали дослідження.

Загальну кількість досліджених можливо було умовно розділити на три групи: перша (Г1), найбільш численна група – хворі, які погодились на операцію одразу після встановлення діагнозу; друга (Г2) – пацієнти, які погодились на операцію через деякий час після встановлення діагнозу; третя (Г3) – хворі, яким було встановлено діагноз, проте вони відмовились від оперативного втручання та більш не звертались до нас по допомогу. Третю категорію хворих, яка була незначною за кількістю, не було включено до подальшого дослідження. Перша категорія хворих отримувала медичну допомогу, а саме оперативне втручання з формуванням кишкової стоми протягом місяця від моменту встановлення діагнозу. Друга категорія хворих, відмовляючись від оперативного втручання на етапі встановлення діагнозу, зверталась по допомогу повторно, як правило, не пізніше ніж у піврічний термін, при цьому з погіршенням стану хвороби у вигляді клінічно підтвердженого збільшення розмірів пухлини.

На першому етапі клініко-психологічної діагностики було вивчено індивідуально-психологічні дезадаптаційні особливості хворих на онкопатологію з метою використання отриманих даних в процесі підготовки програм комплексного супроводу хворих, які перенесли оперативне втручання з приводу онкопатології. Враховувався також гендерний аспект дезадаптації онкохворих, в зв'язку з чим, як вже згадувалось, хворих було розділено на 2 групи за статевою належністю (Г1 – чоловіки, Г2 – жінки).

Результати дослідження, їх обговорення.

Першою групою психологічних характеристик, які вивчали на даному етапі, були психоемоційні особливості онкопациєнтів, а саме рівень тривожності, відчуття самотності та наявність депресивних тенденцій.

Таб. 1. Розподіл досліджених за рівнями тривожності

Рівень тривожності	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Дуже високий	19	12,34±2,65	23	14,65±2,82
Високий	32	20,78±3,27	44	28,03±3,58
Середній (з тенденцією до високого)	80	51,95±4,03	73	46,50±3,98
Середній (з тенденцією до низького)	17	11,04±2,53	13	8,28±2,20
Низький	6	3,90±1,56	4	2,55±1,26

Дані таблиці свідчать про значне превалювання в хворих на онкопатологію чоловіків та жінок середнього з тенденцією до високого рівня тривожності (Г1 – 51,95%; Г2 – 46,50%). Високий та дуже високий рівні тривожності частіше зустрічались у жінок Г2 (42,68%) у порівнянні з групою чоловіків (Г1 – 33,12%). Рівень відчуття самотності, як один з факторів, що негативно впливає як на рівень життя онкохворого, так і на процес видужування, вивчали за допомогою опитувальника Расела – Фергюсона.

Таб. 2. Розподіл досліджених за рівнями відчуття самотності

Рівень самотності	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Високий	34	22,08±3,34	39	24,84±3,45
Середній	113	73,38±3,56	110	70,06±3,66
Низький	7	4,55±1,68	8	5,10±1,76

Для більшості хворих Г1 та Г2 притаманним був середній рівень відчуття самотності (відповідно 73,38% та 70,06%). Проте високий рівень відчуття самотності зустрічався в достатньо значній кількості досліджених (Г1 – 22,08%; Г2 – 24,84%). Низький рівень відчуття самотності відзначався в поодиноких випадках (Г1 – 4,55%; Г2 – 5,10%). Таким чином не можна стверджувати, що для осіб, які перенесли оперативне втручання з приводу онкопатології, характерним є високий рівень відчуття самотності, але спостерігається явна тенденція до його підвищення.

Наступною вивченою характеристикою емоційної сфери досліджених був рівень депресії.

Таб. 3. Розподіл досліджених за рівнями депресії

Рівень депресії	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Немає депресії	3	1,95±1,11	2	1,27±0,90
Легкий рівень	61	39,61±3,94	58	36,94±3,85
Субдепресія	52	33,77±3,81	56	35,67±3,82
Дійсний депресивний стан	38	24,68±3,47	41	26,11±3,51

За даними табл. 3, стан без депресії діагностувався лише у 1,95% досліджених Г1 та у 1,27% осіб Г2. В більшості хворих відмічався той чи інший рівень виразності депресивних тенденцій. Так, легкий ступінь депресії визначено у 39,61% досліджених Г1 та у 36,94% осіб Г2. Субдепресивний стан або маскована депресія характеризувала 33,77% хворих Г1, в Г2 відповідний рівень депресії зустрічався в 35,67% випадків. Досить часто в досліджених групах визначались характеристики дійсного депресивного стану: 24,68% випадків в Г1 та 26,11% – в Г2.

Таб. 4. Розподіл хворих на онкопатологію за типами відношення до хвороби

Типи відношення до хвороби	Г1, n = 154		Г2, n = 157	
	n	%±m	n	%±m
Гармонійний	0	0,00±0,00	0	0,00±0,00
Ергопатичний	2	1,30±0,91	0	0,00±0,00
Анозогнозичний	6	3,90±1,56	2	1,27±0,90
Тривожний	29	18,83±3,15	25	15,92±2,92
Іпохондричний	22	14,29±2,82	21	13,38±2,72
Неврастенічний	21	13,64±2,77	19	12,10±2,60
Меланхолічний	19	12,34±2,65	21	13,38±2,72
Апатичний	20	12,99±2,71	23	14,65±2,82
Сенситивний	14	9,09±2,32	22	14,01±2,77
Егоцентричний	3	1,95±1,11	11	7,01±2,04*
Паранояльний	6	3,90±1,56	4	2,55±1,26
Дисфоричний	12	7,79±2,16	9	5,73±1,86

Примітки: * – різниця достовірна ($p < 0,05$).

Для хворих з тривожним типом відношення до хвороби (Г1 – 29 осіб – 18,83%; Г2 – 25 осіб – 15,92%; $p \leq 0,05$) характерними були впевненість у несприятливому перебігу хвороби, занепокоєння щодо можливих ускладнень, віра в неефективність і лікування, постійний пошук нових способів терапії, загальний тривожний стан.

Неврастенічний (Н) тип відношення до хвороби був властивий в Г1 – 21 особі (13,64%); в Г2 – 19 особам (12,10%); $p \leq 0,05$. В таких осіб спостерігались спалахи роздратування, агресії, особливо за наявності неприємних відчуттів або у випадках неефективності лікування. Хворі з даним типом відношення до хвороби схильні були звинувачувати інших осіб у виникненні захворювання, а також приписувати їм байдуже ставлення.

Сенситивний (С) тип відношення до хвороби спостерігався в Г1 – у 14 осіб (9,09%); в Г2 – у 22 осіб (14,01%); $p \leq 0,05$. Він проявлявся в надмірному хвилюванні щодо несприятливого враження, яке можуть справити на оточуючих відомості про хворобу; побоювання, що оточуючі стануть уникати хворого, вважати неповноцінним, зневажливо або з побоюванням ставитися, розпускати несприятливі чутки про причину і природу захворювання.

Досить часто серед пацієнтів з онкопатологією зустрічався апатичний (А) тип відношення до хвороби (Г1 – 20 осіб – 12,99%; Г2 – 23 особи – 14,65%; $p \leq 0,05$). При цьому мала місце повна байдужість до своєї долі, до ускладнень в перебігу хвороби, до результатів лікування. Наявною була тенденція до пасивного підпорядкування процедур і лікуванню при наполегливому спонуканні зі сторони, втрата інтересів, апатія.

Іпохондричний (І) тип зустрічався в Г1 – у 22 осіб (14,29%); в Г2 – у 21 особи (13,38%); $p \leq 0,05$ та проявлявся в надмірному зосередженні на суб'єктивних та інших неприємних відчуттях, прагненні постійно розповідати оточуючим про симптоми хвороби.

Меланхолічний (М) тип відношення до хвороби характеризував в Г1 – 19 осіб (12,34%); в Г2 – 21 особу (13,38%); $p \leq 0,05$. В таких пацієнтів спостерігались пригніченість хворобою, невіра в одужання, в ефект лікування, навіть при наявності об'єктивних ознак покращення.

В значній кількості випадків в досліджених групах відмічався дисфоричний тип відношення до власного захворювання (в Г1 – у 12 осіб (7,79%); в Г2 – у 9 осіб (5,73%); $p \leq 0,05$). В даному випадку в пацієнтів домінував похмуро-агресивний настрій, негативне ставлення до здорових оточуючих, спалахи крайньої розлюченості зі схильністю звинувачувати у своїй хворобі інших, вимога особливої уваги до себе, підозрілість до процедур і лікування, деспотичне ставлення до близьких з вимаганням у всьому догоджати хворому.

Достовірність відмінностей між групами спостерігалась в єдиному випадку – в Г2 достовірно частіше зустрічався егоцентричний тип відношення до хвороби (11 осіб – 7,01%) на відміну від Г1, в якій даний тип був притаманним лише 3 особам (1,95%). При егоцентричному (Я) типі у хворих спостерігався своєрідний «відхід у хворобу», а саме виставлення напоказ близьким та оточуючим своїх страждань і переживань з метою повністю заволодіти їх увагою; вимога виключної турботи про себе, постійне бажання показати іншим своє особливе положення, винятковість свого хворобливого стану.

В поодиноких випадках в Г1 та Г2 зустрічались анозогнозичний (в Г1 – у 6 осіб (3,90%); в Г2 – у 2 осіб (1,27%); $p \leq 0,05$), та паранояльний (в Г1 – у 6 осіб (3,90%); в Г2 – у 4 осіб (2,55%); $p \leq 0,05$) типи відношення до хвороби. Анозогнозичний (3) тип проявлявся в активному відкиданні думок про хворобу та про її можливі наслідки. Спостерігались приписування проявів хвороби випадковим обставинам, відмова від обстеження і лікування, зневага до порад лікарів та медичного персоналу, легковажне ставлення до хвороби і лікування.

Хворим з паранояльним (П) типом відношення до хвороби характерною була впевненість у тому факті, що хвороба – це результат чийогось наміру. Також спостерігалась крайня підозрілість до ліків і процедур, прагнення приписувати можливі ускладнення та побічні дії ліків недбалості або злому наміру лікарів і персоналу, звинувачення і вимагання покарання у зв'язку з цим.

Ергопатичний тип зустрічався виключно в Г1 у 2 осіб (1,30%). Ергопатичний (Р) тип характеризувався занадто відповідальним, одержимим ставленням до роботи, вибірковим ставленням до обстеження та лікування, обумовленим прагненням зберегти можливість продовження активної трудової діяльності.

Гармонійного типу відношення до хвороби в даній виборці не спостерігалось.

ВИСНОВКИ

1. Традиційно онкологічна патологія відноситься до сфери однієї з найбільш психотравмуючих. Постановлення діагнозу, що шокує, необхідність звернення до спеціалізованих медичних установ, труднощі спілкування з оточуючими – стають для багатьох пацієнтів перешкодою на шляху до відновлення здоров'я.
2. Для більшості хворих Г1 та Г2 притаманним був середній рівень відчуття самотності (відповідно 73,38% та 70,06%). Проте високий рівень відчуття самотності зустрічався в достатньо значній кількості досліджених (Г1 – 22,08%; Г2 – 24,84%).
3. Низький рівень відчуття самотності відзначався в поодиноких випадках (Г1 – 4,55%; Г2 – 5,10%). Таким чином не можна стверджувати, що для осіб, які перенесли оперативне втручання з приводу онкопатології, характерним є високий рівень відчуття самотності, але спостерігається явна тенденція до його підвищення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алфимов А. Е. Статистика и клинические исследования в онкологии / А. Е. Алфимов // Материалы 7-го Всерос. онкол. конгр. – М.: Издат. Группа ОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, 2003. – С. 11 – 14.
2. Андрищенко А. В. Особенности внутренней картины болезни у онкологических больных / А. В. Андрищенко // Журнал клинической психоонкологии. – 2006. – Вып. 1 (9). – С. 3 – 13.
3. Гнездилов А. В. Проблемы социальной психологии в зеркале хосписной службы. / А. В. Гнездилов // Социальная психология: Практика. Теория. Эксперимент Практика. – Ярославль, 2000. – Т. I. – С. 148 – 151.
4. Cavanagh J. Inflammation and its relevance to psychiatry / J. Cavanagh, C. Mathias // Advan. Psychiatr. Treat. – 2008. – Vol. 14. – P. 248 – 255.
5. Блинов Н. Н. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных / Н. Н. Блинов, В. А. Чулкова // Вопр. онкол. – 1996. – №5. – С. 86 – 89.
6. Лукьянова И. Е. Реабилитационная помощь лицам с ограничениями жизнедеятельности (стомированным пациентам) / И. Е. Лукьянова, В. Г. Суханов, Е. А. Сигида // Социальная работа в учреждениях здравоохранения: Материалы межрегиональной практической конференции. – Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. – С. 67 – 88.
7. Бондаренко А. Ф. Психологическая помощь: теория и практика: уч. пос. для студ. ст. курсов психол. фак. и отд.-ний ун-тов / А. Ф. Бондаренко. – М.: Класс, 2001. – С. 46 – 58.
8. Approaching difficult communication tasks in oncology/ A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile [et al.] // CA CancerJ. Clin. – 2005. – Vol. 55. – P. 164 – 177.

ВИМОГИ ДО ОФОРМЛЕННЯ НАУКОВИХ СТАТЕЙ, ЩО НАДАЮТЬСЯ АВТОРАМИ ДЛЯ ПУБЛІКАЦІЇ

До опублікування у медичному, науково-практичному журналі «Український журнал «Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина» приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, практичні рекомендації, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії.

Метою видання є міждисциплінарне обговорення широкого кола практичних і теоретичних питань, пов'язаних із станом здоров'я.

Журнал буде внесено до переліку фахових видань і наукометричних міжнародних баз.

У журналі розміщуються та публікуються роботи, присвячені проблемам:

- психотерапія,
- психіатрія,
- наркологія,
- загальна та спеціальна психологія,
- медична (клінічна) психологія,
- сексологія та сексопатологія,
- неврологія та невропатологія,
- урологія та онкоурологія,
- ендокринологія та андрологія,
- кардіологія,
- загальна медична практика – сімейна медицина,
- соціологія,
- психофізіологія,
- прикладна педагогіка,
- семіологія,
- історія медицини,
- культурологія,
- лінгвістика та нейролінгвістика.
- інформація про з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Заявлені тематичні розділи журналу не обмежують авторів у виборі теми публікації, як при наявності цікавого, актуального матеріалу рубрикація може бути розширена.

Представлений до публікації матеріал може мати найрізноманітніший характер: від постановки проблемних теоретичних питань, пропозицій розробки нових напрямків до аналізу результатів конкретних наукових досліджень.

Під час підготовки робіт до друку необхідно враховувати наступне:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше. Роботи можуть знаходитись у стані переробки авторських матеріалів. Термін використання переданих авторських прав – протягом періоду підготовки номера журналу до випуску тиражу у світ.

2. Оригінал роботи подається в електронній версії та у роздрукованому вигляді з підписами авторів. Мова тексту – українська, російська або англійська, із збереженням ідентичності вимог до оформлення. Якщо стаття перероблялася автором у процесі підготовки до публікації, датою надходження вважається день надходження остаточного тексту.
3. Статті надсилаються у 2-х примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірника) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не слід ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах). До статей додаються фотографії авторів у електронному вигляді, високої якості, у форматах – *jpg або *bmp.
4. Обсяг тексту не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів – 10 сторінок, для дискусійних статей – 8 сторінок, для наукової хроніки – 5 сторінок, для коротких повідомлень – 3-х сторінок.
5. Роботи друкуються кеглем 12, через 1,5 інтервали з полями: зліва – 3 см., справа – 1 см, зверху та знизу – по 2 см. (28 – 30 рядків на сторінці, 60 – 70 знаків у рядку). Форматування – в параметрі «по ширині». Орієнтація книжкова. *Розстановка переносів не потрібна!*
6. Автори повинні уважно виконувати наступні вимоги до оформлення:
 - колір шрифту має бути чорним;
 - відступ з нового рядка – 1,5 см.;
 - при наборі основного тексту *не допускається встановлення двох і більше символів «пробіл» посліпль, абзацних та інших відступів за допомогою клавіші табуляція, відступу (пробілу) між словом і символами «точка», «кома», «лапки», «дужка»;*
 - заголовки і підзаголовки набираються напівжирним шрифтом з вирівнюванням ліворуч, крапка в кінці заголовка не ставиться. Іншого форматування (виділення курсивом, підкресленням) у тексті статті не допускається. Перед заголовками залишається один абзацний відступ;
 - нумерований і маркований списки формуються тільки автоматично;
 - назви схем і малюнків поміщають під ними, вирівнюють ліворуч, у два рядки, включаючи номер і власне назву малюнка або схеми;
7. Викладення робіт повинно бути чітким, містити розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел з обов'язковими іноземними посиланнями.
8. Назві статті повинні передувати індекс УДК, відомості про авторів (ім'я, по батькові або ініціали, прізвище, вчене звання, вчений ступінь, посада або професія, місце роботи, контактні телефони, факс, e-mail, поштовий індекс та адреса (українською, російською та англійською мовами).
9. Після тексту статті представляються резюме російською, українською та англійською мовами, що включають назву роботи, ініціали та прізвище авторів, назву установи, де виконувалась робота. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків (відповідно до «Рекомендацій по підготовці анотації публікації», розміщених на сайті журналу).
10. Стаття має бути підписаною усіма авторами, наприкінці треба вказати контактну адресу та телефони.
11. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування електронного зображення. Фотографії мають бути контрастними (на фотопапері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш 240 dpi), рисунки та графіки – чіткими, тонові рисунки – у форматі *.tif, 240 – 300 dpi, без компресії. Діаграми виконувати в програмі Microsoft Excel.
12. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті повинні бути посилання. Після таблиці текст розміщується з одним абзацним відступом.
13. Посилання на літературні джерела у тексті статті необхідно надавати у квадратних дужках, відповідно до переліку літератури за порядком згадування.
14. Перелік літературних джерел оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 і повинен містити

роботи за останні 5 років. Більш ранні публікації включаються до переліку тільки у разі необхідності. Перелік використаної літератури повинен включати посилання на вітчизняні (українською або російською мовою) та обов'язково іноземні джерела (англійською мовою або мовою оригіналу). За точність бібліографії несе відповідальність автор. Список джерел обмежений 30 – для оригінального дослідження і 50 – для огляду. Перелік літературних джерел є обов'язковим!

15. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою SI, терміни – згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику – за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

16. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними.

17. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій» розміщених на сайті журналу).

18. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

19. Кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель – CMYK. Векторна графіка у форматі *.cdr, *.eps, *.cmx, *.pdf, небажано – *.ai. Растрова графіка: формат *.tif, 240 – 300 dpi, без компресії. Текст і логотипи подавати тільки в кривих. Текст – українською мовою. Розмір ілюстрації 205 x 295 мм, включаючи припуски на обрізання (після обрізування – 190 x 285 мм., від цих меж має бути не менш 5 мм. до значимих об'єктів). Обов'язково додати кольоровий відбиток ілюстрації.

20. Згадані в роботі лікарські препарати або предмети медичного використання повинні мати дійсну реєстрацію в державі, в якій проведено дослідження. Засоби їх використання – відповідати затвердженій інструкції або мати офіційні документи щодо проведення клінічного випробування / дослідження. Повинні використовуватись тільки міжнародні найменування лікарських засобів (за виключенням статей з поміткою: «На правах реклами»).

21. Статті, в яких не виконано вищезазначені вимоги, приймаються тільки на платній основі згідно з прейскурантом цін на технічне редагування наукових статей. Надання статті для публікації передбачає згоду автора з опублікованими правилами.

22. Подаючи текст, автор погоджується з тим, що авторські права на статтю переходять до видавця, при умовах що стаття приймається для публікації. Авторські права містять ексклюзивні права на копіювання, розповсюдження й переклад статті. Передрукування статей є можливим при умовах письмової згоди редакції та обов'язкового посилання на журнал. Відповідальність за достовірність інформації та оригінальність поданих матеріалів покладається на авторів.

23. У кінці статті на українській, російській та англійській мовах (на паперовому варіанті – на окремій сторінці) подаються дані про авторів: прізвище, ім'я та по батькові, вчене звання, науковий ступінь, місце роботи, посада, адреса електронної пошти (публікуються в журналі), адреса для листування та номер телефону.

Вказані імена, посада, електронна адреса, телефони, будуть використані виключно для виконання внутрішніх технічних задач цього журналу; не будуть передаватися стороннім особам.

24. При подаванні рукопису в журнал автори повинні підтвердити її відповідність всім встановленим правилам, вказаним нижче. У випадку невідповідності поданої роботи пунктам цих вимог редакція буде повертати рукопис авторам на доробку. Оригінали статей й рецензії зберігаються в редакції на протязі 1 року.

Рекомендації по підготовці анотації публікації

Анотація (реферат) у періодичному виданні є джерелом інформації про зміст статті і викладених у ній результатах досліджень.

Анотація (реферат) виконує такі функції:

- дає можливість встановити основний зміст документа, визначити його релевантність і вирішити, чи

слід звертатися до повного тексту документа;

- надає інформацію про документ і усуває необхідність читання повного тексту документа в разі, якщо документ являє для читача другорядний інтерес;
- використовується в інформаційних, у тому числі автоматизованих, системах для пошуку документів та інформації.

Анотація (реферат) до статті повинна бути:

- інформативна (не містити загальних слів), оригінальна, змістовна (відображати основний зміст статті і результати досліджень);
- структурована (слідувати логіці опису результатів в статті);
- компактна (укладатися в обсяг від 120 до 250 слів).

Анотація (реферат) включає наступні аспекти змісту статті:

- предмет, мета роботи;
- метод або методологію проведення роботи;
- результати роботи;
- галузь застосування результатів;
- висновки.

Послідовність викладу змісту статті можна змінити, почавши з викладу результатів роботи і висновків.

Предмет, тема, мета роботи вказуються у тому випадку, якщо вони не ясні з заголовка статті.

Метод або методологію проведення роботи доцільно описувати в тому випадку, якщо вони відрізняються новизною або представляють інтерес з точки зору даної роботи. У рефератах документів, що описують експериментальні роботи, вказують джерела даних і характер їх обробки.

Результати роботи описують гранично точно і інформативно. Наводяться основні теоретичні та експериментальні результати, фактичні дані, виявлені взаємозв'язки і закономірності. При цьому віддається перевага нових результатів і даними довгострокового значення, важливих відкриттів, висновків, які спростовують існуючі теорії, а також даними, які, на думку автора, мають практичне значення.

Висновки можуть супроводжуватися рекомендаціями, оцінками, пропозиціями, гіпотезами, описаними в статті.

Відомості, що містяться в заголовку статті, не повинні повторюватися в тексті анотації (реферату). Слід уникати зайвих вступних фраз (наприклад, «автор статті розглядає...»).

Історичні довідки, якщо вони не становлять основний зміст документа, опис раніше опублікованих робіт та загальновідомі положення в анотації (рефераті) не наводяться.

У тексті анотації (реферату) слід вживати синтаксичні конструкції, властиві мові наукових і технічних документів, уникати складних граматичних конструкцій.

У тексті анотації (реферату) слід застосовувати значущі слова з тексту статті.

Порядок рецензування публікацій:

Наукові статті, що надійшли до редакції проходять через рецензування.

Форми рецензування статей:

- внутрішня (рецензування рукописів статей членами редакційної колегії);
- зовнішня (напрямок на рецензування рукописів статей провідним фахівцям у відповідній галузі медицини).

Відповідальний секретар визначає відповідність статті профілю журналу, вимогам до оформлення та направляє її на рецензування фахівцю, доктору чи кандидату наук, що має найбільш близьку до теми статті наукову спеціалізацію.

Строки рецензування в кожному окремому випадку визначаються відповідальним секретарем з урахуванням створення умов для максимально оперативної публікації статті.

Рецензування носить багатоступеневий характер. Зауваження рецензентів надсилаються авторові без вказівки їх імен. Невеликі виправлення стилістичного, номенклатурного та формального характеру вносяться без врахувань автора.

У рецензії повинні бути висвітлені наступні питання:

- чи відповідає зміст статті заявленій в назві теми;
- наскільки стаття відповідає сучасним досягненням науково-теоретичної думки;
- чи доступна стаття читачам, на яких вона розрахована, з точки зору мови, стилю, розташування матеріалу, наочності таблиць, діаграм, малюнків тощо;
- чи доцільна публікація статті з урахуванням раніше випущеної з даного питання літератури; в чому конкретно полягають позитивні сторони, а також недоліки статті, які виправлення та доповнення повинні бути внесені автором;
- висновок про можливість опублікування даної рукописи і журналі: «рекомендується», «рекомендується з урахуванням виправлення зазначених рецензентом недоліків» або «не рекомендується».

Стаття, не рекомендована рецензентом до публікації, до повторного розгляду не приймається.

Наявність позитивної рецензії не є достатньою підставою для публікації статті. Остаточне рішення про доцільність публікації приймається редакційною колегією.

Порядок розгляду публікацій

1. Статті приймаються за встановленим графіком:
у №1 (червень) – до 1 квітня поточного року;
у №2 (грудень) – до 1 жовтня поточного року.
2. Надіслані статті розглядаються редакційною колегією протягом місяця.
3. Редакційна колегія правомірна відправити статтю на рецензування.
4. Редакційна колегія правомірна здійснювати наукове та літературне редагування матеріалів, що надійшли, при необхідності скорочувати їх за погодженням з автором, або, якщо тематика статті становить інтерес для журналу, направляти статтю на доопрацювання автору.
5. Редакційна колегія залишає за собою право відхилити статтю, яка не відповідає встановленим вимогам або тематиці журналу. Відмова у публікації не обов'язково супроводжується роз'ясненням причини і не може бути суто відмовним щодо наукової та практичної значущості роботи.

ПЕРЕМОГА над найпростішими та анаеробами*



Секнідазол

/ 1,0 г

Секнідокс

- ▶ Трихомонадні уретрити та вагініти
- ▶ Бактеріальний вагіноз
- ▶ Амебіаз кишечника
- ▶ Амебіаз печінки
- ▶ Лямбліоз

* **СЕКНІДОКС. Показання.** Трихомонадні уретрити та вагініти (спричинені *Trichomonas vaginalis*); бактеріальний вагіноз; амебіаз кишечника (спричинений *Entamoeba histolytica*); амебіаз печінки (спричинений *Entamoeba histolytica*); лямбліоз (спричинений *Giardia lamblia*). **Протипоказання.** Гперчутливість до секнідазолу та інших похідних імідазолу; органічні захворювання ЦНС; вагітність і період годування груддю. **Побічні реакції.** Секнідокс легко переноситься, але можлива поява побічних ефектів з боку травної системи: порушення травлення, нудота, біль у ділянці шлунка, «металевий» присмак у роті, glossit, стоматит. Менш розповсюджені: з боку системи кровотворення: помірна оборотна лейкопенія. Алергічні реакції: кропив'янка. **Передозування.** Симптоми: можливе посилення побічних ефектів. Лікування: специфічного антідоту не існує. За необхідності проводять симптоматичну терапію. **Застосування у період вагітності або годування груддю.** Секнідокс не застосовують у період вагітності або годування груддю. **Діти.** Препарат протипоказаний дітям віком до 12 років. **Особливості застосування.** Секнідокс не слід призначати хворим з дискразією крові в анамнезі. При лікуванні препаратом може проявлятися оборотна нейтропенія. Кількість лейкоцитів відновлюється після припинення лікування. Під час застосування препарату слід уникати вживання алкоголю. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** «ЛАБОРАТОРІЯ БЕЙЛІ-КРЕАТ», Франція. **Заявник.** «ЮРІД МЕДИЦИН», Велика Британія. **ЗАТВЕРДЖЕНО** Наказ Міністерства охорони здоров'я України №570 від 10.12.2011 р. Реєстраційне посвідчення НРУА/11744/01/01.

Інформація надана скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація для медичних та фармацевтичних працівників, а також для розповсюдження в рамках спеціалізованих заходів з медичної тематики.

Фертилівіт® – для нового життя



Вміст у 1 таблетці	Вміст у 1 таблетці	Вміст у 1 таблетці
Капеліт	320 мг (із 320 мг)	124 мг (із 124 мг)
Вітамін С	0,25 г	40,77 г
Жирні кислоти	0,15 г	8,45 г
Вітамін Е	0,04 г	2,26 г
Вітамін В1	0,128 г	8,54 г
Вітамін В2	0,1 г	0,1
Вітамін В6	0,04 г	13,58 г
Вітамін В12	0,0008 г	0,0067 г
Вітамін С	100 мг	125
Вітамін Е	100 мг	833
Вітамін В1	500 мг	250
Вітамін В2	25 мг	800
Вітамін В6	100 мг	162
Вітамін В12	300 мг	1800
Вітамін С	300 мг	1800
Вітамін Е	50 мг	3001
Вітамін В1	50 мг	3001
Вітамін В2	19 мг	900
Вітамін В6	4 мг	240



Вміст у 1 таблетці	Вміст у 1 таблетці	Вміст у 1 таблетці
Вітамін С	100 мг	125
Вітамін Е	20 мг	166
Вітамін В1	3 мг	272
Вітамін В2	3 мг	214
Вітамін В6	12 мг	300
Вітамін В12	4 мг	285
Вітамін С	7 мг	280
Вітамін Е	5 мг	100
Вітамін В1	30 мг	216
Вітамін В2	30 мг	400
Вітамін В6	150 мг	100
Вітамін В12	75 мг	54
Вітамін С	100 мг	25



Prof. Dr. H. Zech
 Founder of the IVF Centres Prof. Zech
 Bregenz (A), Salzburg (A), Niederrhein (Ch), Meran (I),
 Pilsen (CZ), Vaduz (FL)

Всі продукти Фертилівіт розроблені експертами
 репродуктологами і протестовані у співпраці з відомими
 клініками ДРТ.

«Протестувати багатьох років звітним етапом відродження
 антропологічних комплексів вітамінів і мінералів
 фінансової та репродуктивної медицини»
 Діагностика. Все краще використовувати»

Монокомпонентні
 мікроелементи і вітаміни
 протестовані на відмінну від
 спеціальних досліджень
 позитивних
 комплексів, які дозволяють
 отримувати новий золотий
 стандарт «Фертилівіт»



У дослідженні, в якому прийняли участь 160 чоловіків, пацієнтів
 репродуктивних клінік, прийом Fertilitvit M був значно покращив показники
 сперматозоїдів. (Auber et al, 2013, JAMA Assisted Reproduction)
 Детальніше читайте на www.fertilitvit.com.ua

Fertilitvit® M plus

є комплексом вітамінів та мікроелементів, сприяє для чоловіків з
 порушеннями показників сперматозоїдів

«Використання препаратів вітамінів та мікроелементів, що
 впливають на сперматозоїди, є одним з ефективних способів
 покращення показників якості сперматозоїдів»
 Ross et al, 2010, RBM Online

«Використання препаратів вітамінів та мікроелементів, що
 впливають на сперматозоїди, є одним з ефективних способів
 покращення показників якості сперматозоїдів»
 Shaw et al, 2011, Spermatozoa
 Database Syst. Rev.

Підсумок:

- вітамін С із пролонгованим вивільненням
- протизапальний лікопін із помідорів
- N-ацетил-L-цистеїн для підсилення синтезу ендогенного глутатіону
- M плюс: L-аргінін попередник L-цитруліну