

Таким образом, выделенные клинико-психопатологические, клинико-этиологические и сексопатологические особенности представляют собой дополнительные диагностические и дифференциальные критерии эндогенных и невротических депрессивных расстройств у женщин, сочетающихся с сексуальными дисфункциями. Данные аспекты делают обозначенную проблему актуальной и перспективной для дальнейшего изучения.

Список литературы

1. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства // Украинський вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4 (29). — С. 79–82.
 2. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, и лечение): Монография. — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.

3. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

4. Михайлов Б. В., Кришталь В. В., Филатова О. А. и др. Причины и условия развития нарушения сексуального здоровья у женщин // Провизор. — Спец. вып. «Здоровье женщины». — 1998. — С. 22.

5. Грачев Р. А. Неврозы и сексуальные расстройства у женщин // Международный медицинский журнал. — 1999. — Т. 5, № 1. — С. 71–74.

6. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации // Актуальные проблемы суицидологии: Сб. ст. / Под ред. А. А. Портнова. — М.: изд-во НИИП, 1978. — С. 6–28.

7. Кришталь В. В., Гульман Б. Л. Сексология. — Т. 2. — Клиническая сексология. Ч. 1. Общая сексопатология. — Харьков: Акад. сексолог. исследований, 1997. — 272 с.

8. Васильченко Г. С., Ботнева И. Л., Нохуров А. Первичное обследование женщин, страдающих сексологическими расстройствами: Метод. рекомендации. — М., 1975. — 26 с.

Надійшла до редакції 14.04.2006 р.

Є. С. Галіздра

Клініко-етологічні особливості афективних розладів, що перебігають з сексуальними дисфункціями, в жінок

Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського (Сімферополь)

У статті наведено теоретичне обґрунтування та нові рішення задач діагностики та диференційної діагностики афективних розладів, сполучених з сексуальними порушеннями, на основі комплексного підходу, який базується на клініко-психопатологічному методі, клініко-етологічній діагностиці, системно-структурному аналізі сексуального здоров'я.

E. S. Galizdra

Clinical-ethological peculiarities of affective disorders with sexual dysfunctions at women

Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky of Ministry of Health of Ukraine (Simferopol')

In this article has described theoretical foundation and new solution of tasks of diagnostic and differential diagnostics of affective disorders at women, with sexual dysfunctions. This new solution is are based on complex approach, with included clinical-psychopathological, clinical-ethological methods and system-structural analysis of sexual health.

УДК 616–083.98 (082)

В. М. Загуровский, канд. мед. наук

Харьковская медицинская академия последипломного образования (Харьков)

ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ

В настоящее время при лечении ишемической болезни сердца (ИБС) и приступов стенокардии (ПС), применяется, как правило, медикаментозная терапия. Неоспорима принадлежность этого заболевания к психосоматической патологии, обязательным компонентом патогенеза которой являются психоэмоциональные нарушения [2, 8]. Нами показано, что ПС являются психосоматическим способом реагирования личности на изменяющиеся условия существования [3, 4]. В литературе крайне скудно освещены вопросы коррекции психоэмоциональных нарушений при приступах. Как правило, это единичные данные использования препаратов с седативным эффектом [6]. В связи с этим предполагается целесообразным изучение влияния психотерапии и психофармакотерапии при купировании ПС.

Исследование посвящено изучению результатов применения трансовой психотерапии и психофармакотерапии при купировании ПС в структуре ИБС.

Трансовая психотерапия и психофармакотерапия проводилась при купировании ПС у больных ИБС, обратившихся за медицинской помощью на станцию скорой медицинской помощи по поводу приступа. Применялись следующие методы психотерапии на фоне медикаментозной терапии по показаниям:

медикаментозный гипноз — 21, нейролингвистическое программирование — 16, эриксоновский гипноз — 20, экспресс-гипноз — 15, психофармакотерапия — 24, рациональная психотерапия — 18, медикаментозная терапия — 31 человек. Для исследования использовали: тест Люшера, шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, Гиссенский опросник соматических жалоб, клинический опросник выявления и оценки невротических состояний. Катamnестическое наблюдение проводилось спустя 8–10 недель.

Нами показано ранее, что при ПС больные находятся в измененном состоянии сознания (особые состояния сознания) [4]. Это состояние несет высокий аффективный заряд, что способствует фиксации лечебных изменений структуры ПС [1, 5]. Следовательно, имеются веские предпосылки для использования этого особого состояния сознания для проведения трансовой терапии. Тем более что это особое состояние сознания напрямую связано с манифестацией механизмов болезненного способа реагирования личности в виде ПС.

Психотерапевтическое воздействие было направлено на патогенетические структуры как самого неотложного состояния, так и всего заболевания в целом.

Это, прежде всего, ПС как способ реагирования личности. Второй мишенью была стрессорная реакция, возникающая на психовегетативный синдром собственно вегетативной дисфункции. Третья — это болезненный способ поведения, к которому относится ПС, как структура патологической стратегии личности [2].

В результате проводимых лечебных мероприятий во всех группах наблюдения, независимо от вида трансовой психотерапии и психофармакотерапии, наблюдали полную инволюцию симптоматики. Достоверных различий при сравнении этих групп не выявлено, в связи с чем для анализа они были объединены в одну группу. По идентичности результатов группа с рациональной психотерапией объединена с контрольной группой (медикаментозная терапия).

Соматические симптомы ангиального характера полностью купировались во всех группах. При трансовой психотерапии и психофармакотерапии сохранялись симптомы психовегетативного или вегетовисцерального характера. Со стороны психоэмоциональной сферы проявления ПС оставались в виде слабой внутренней тревоги и напряжения, причиной которых был страх перед возобновлением ПС, развитием инфаркта, других тяжелых осложнений, внезапной смерти. Второй причиной являлось то психоэмоциональное напряжение, на фоне которого возник ПС.

При анализе регресса симптоматики ПС обнаружено, что при соматопсихическом типе ПС [2, 3] первым прекращается ангиальный синдром, а симптомы вегетовисцерального характера регрессировали на втором этапе. При психосоматическом типе [2, 3] регресс симптоматики начинался с симптомов вегетовисцерального и сенсорно-вегетативного характера, а соматические проявления ангиального приступа проходили на втором этапе. Симптомы стрессорной реакции на ПС постепенно уменьшались после полного купирования всех проявлений ПС. Следует отметить обнаруженную выраженную ригидность к терапии психовегетативных проявлений при обоих типах течения. Особенно это выражено при длительности заболевания более 5 лет и возрасте больных свыше 55–60 лет.

Применение медикаментозной терапии приводит к почти полному купированию соматической и частичному — вегетовисцеральной симптоматики ПС. Наиболее выраженный эффект наблюдался при соматопсихическом типе приступов. Психоэмоциональные симптомы приступа незначительно ослаблялись. Различий в эффективности их нейтрализации в зависимости от типа ПС не выявлено, но больные с соматопсихическим типом чувствовали себя гораздо более комфортно, чем с психосоматическим. Вероятно, это связано с более выраженными психоэмоциональными нарушениями при последнем. Это, как правило, симптомы стрессорной реакции личности на манифестацию ПС, которые возникали на втором этапе его развития. Содержание этих симптомов сводится к тревоге, напряжению, страху перед возобновлением приступа. На их фоне фиксируются единичные психоэмоциональные симптомы собственно психовегетативной дисфункции. Остаточная психоэмоциональная симптоматика часто служит пусковым фактором повторного возникновения ПС.

По данным экспериментально-психологического исследования в этой группе при психосоматическом типе ПС определялись уровни реактивной — $30,78 \pm 1,03$; личностной тревожности — $28,73 \pm 1,40$ (контроль $48,61 \pm 1,38$ и $47,69 \pm 1,62$, $p < 0,05$). При соматопсихическом типе тревожность достоверно ниже: реактивная — $26,35 \pm 1,13$, $p_1 < 0,05$, личностная — $25,27 \pm 1,39$, $p_1 < 0,05$ (контроль: $32,13 \pm 1,26$ и $34,11 \pm 1,34$, $p < 0,05$). Сохраняется достоверное различие личностной ($33,41 \pm 1,25$) и реактивной ($25,19 \pm 1,10$) тревожности, $p < 0,05$ при наличии невротической симптоматики (контроль: $30,23 \pm 1,16$ и $45,35 \pm 1,48$, $p < 0,05$).

Общий балл по результатам Гиссенского опросника соматических жалоб не превышал 30 баллов с возрастанием по шкалам: $M < G < E < H$. Отсутствовала достоверная зависимость общих баллов от типа приступа: психосоматический — $27,86 \pm 1,60$; соматопсихический — $25,01 \pm 1,43$, $p_1 > 0,05$ (контроль $39,73 \pm 1,52$ $36,17 \pm 1,49$, $p_1 > 0,05$).

По результатам клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний данные при трансовой терапии достоверно ниже, чем в контрольной группе, с достоверно более высокими показателями по большинству шкал при психосоматическом типе ПС (табл. 1, 2).

Таблица 1
Оценка невротических состояний при трансовой психотерапии приступа стенокардии

Шкалы опросника	Тип приступа стенокардии		Среднее по обеим группам
	психосоматический	соматопсихический	
Тревога	$-3,60 \pm 0,28$	$-2,14 \pm 0,26$ $p < 0,01$	$-2,87 \pm 0,27$
Депрессия	$-4,01 \pm 0,30$	$-2,04 \pm 0,24$ $p < 0,01$	$-3,03 \pm 0,27$
Астения	$-1,40 \pm 0,20$	$-1,12 \pm 0,22$ $p > 0,05$	$-1,26 \pm 0,21$
Истерия	$-1,97 \pm 0,24$	$-1,22 \pm 0,20$ $p < 0,05$	$-1,60 \pm 0,22$
Обсессивно-фобическая	$-1,84 \pm 0,31$	$-1,31 \pm 0,20$ $p > 0,05$	$-1,58 \pm 0,26$
Вегетативная	$-6,38 \pm 0,30$	$-4,02 \pm 0,34$ $p < 0,01$	$-5,20 \pm 0,32$

Таблица 2
Оценка невротических состояний при медикаментозной терапии приступа стенокардии

Шкалы опросника	Тип приступа стенокардии		Среднее по обеим группам
	психосоматический	соматопсихический	
Тревога	$-4,93 \pm 0,34$	$-4,05 \pm 0,31$ $p > 0,05$	$-4,49 \pm 0,33$
Депрессия	$-4,80 \pm 0,30$	$-2,13 \pm 0,26$ $p < 0,001$	$-3,47 \pm 0,28$
Астения	$-1,63 \pm 0,21$	$-1,05 \pm 0,23$ $p > 0,05$	$-1,34 \pm 0,22$
Истерия	$-2,81 \pm 0,20$	$-1,39 \pm 0,22$ $p < 0,001$	$-2,10 \pm 0,21$
Обсессивно-фобическая	$-3,74 \pm 0,38$	$-2,05 \pm 0,22$ $p < 0,001$	$-2,90 \pm 0,30$
Вегетативная	$-10,30 \pm 0,34$	$-7,32 \pm 0,41$ $p < 0,001$	$-8,81 \pm 0,38$

По результатам теста Люшера при **медикаментозної терапії** стресс составил от 4 до 6 баллов. Компенсация стресса представлена в 24 % случаев ($p < 0,01$) основными цветами, в остальных — дополнительными. Обнаружено преобладание патологической компенсации при психосоматическом типе приступов. Содержание компенсации демонстрировало выраженную глубину и мощность «патологического» способа реагирования на фоне присоединения вегетативной дисфункции при психосоматическом типе ПС. При соматопсихическом типе наблюдалась стабильная выраженная вегетативная дисфункция совместно с тенденцией к нормализации «патологических» компенсаций.

По результатам теста Люшера у всех пациентов после **трансовой психотерапии и психофармакотерапии** определялся стресс от 2 до 5 баллов. Компенсация стресса представлена в 30 % случаев ($p < 0,01$) основными цветами, в 90 % носила «патологический» (дополнительные цвета) характер и оценивалась от 3 до 5 баллов.

Увеличение «патологической» компенсации происходило на фоне уменьшения стресса, во-первых, с перемещением основных цветов к началу ряда, что особенно характерно при соматопсихическом типе ПС, во-вторых, это сопровождалось ассоциацией их с темными дополнительными цветами в начале ряда, что более характерно для психосоматического типа приступов. Содержание компенсации демонстрирует выраженную глубину и мощность «патологического» способа реагирования на фоне присоединения явлений вегетативной дисфункции при психосоматическом типе приступов. При соматопсихическом типе наблюдалась стабильная демонстрация выраженной вегетативной дисфункции совместно с «патологическими» компенсаторными реакциями. Выбор сопровождается высокой нестабильностью и отклонением от нормы. Сглаживаются различия в зависимости от типа приступов с сохранением тенденций более выраженных нарушений при психосоматическом типе ПС, что подтверждает глубину нарушений.

Таким образом, медикаментозная терапия, как самостоятельно, так и в сочетании с рациональной психотерапией, позволяет эффективно купировать вегетативные (соматические) составляющие психовегетативных синдромов, почти не затрагивая психоэмоциональные симптомы. Это относится как к собственно вегетативной дисфункции, так и к стрессорной реакции. Следовательно, данный метод психотерапии не позволяет достигнуть положительных изменений в купировании психоэмоциональных нарушений в клинике ПС.

Применение психофармакотерапии, трансовой терапии и их сочетания на фоне медикаментозной терапии ПС приводило к полному купированию клинических проявлений обоих структурных психовегетативных синдромов. Все показатели применяемых методов исследования устанавливались на уровне таковых в межприступном периоде. Данные экспериментально-психологических исследований даже проявляли положительную динамику с таковыми в межприступный период. При этом более выраженный эффект нормализации наблюдался при психосоматическом типе ПС. По некоторым показателям исчезают различия между типами приступов.

Повторное обследование пациентов этих групп спустя 8–10 недель после проведенных методов купирования ПС позволило выявить определенные особенности. Отсутствие изменений ПС, течение межприступного периода, данные всех методов исследования свидетельствуют о том, что медикаментозное лечение и психофармакотерапия являются способом купирования соматических и психоэмоциональных нарушений при ПС и не оказывают при разовом применении влияния на дальнейшее течение заболевания.

Применение трансовой терапии как самостоятельно, так и с психофармакотерапией, приводит к изменению как межприступного течения ИБС, так и ее острых проявлений в виде ПС, которые у части пациентов полностью исчезали, у другой — значительно урежались и носили более легкий, abortивный характер. Результаты экспериментально-психологических исследований показывают уменьшение уровня патологических отклонений, однако изменяется лишь степень их отклонения от границ нормы, и они носят патологический характер. Эти изменения более выражены при психосоматических типах ПС.

Полученные результаты можно объяснить следующим образом. В группах с полным исчезновением ПС трансовая терапия привела к полному блокированию болезненного способа реагирования в виде приступов. В случаях со значительным урежением ПС и заменой их abortивными формами, вероятно, приступы запускаются не истинными пусковыми моментами, а начинают манифестировать при актуализации болезненной формы поведения [2, 4]. Наталкиваясь на программу запрета, блокирования приступов как способа реагирования, клинические проявления принимают abortивную форму. Кроме того, вероятно, произошла трансформация ПС в универсальный способ реагирования, который используют другие стратегии поведения.

Таким образом, именно воздействие на механизмы приступов в момент их манифестации позволяет добиться положительного эффекта. Этот факт и наличие в межприступном периоде более низкого уровня патологических отклонений в сравнении с контрольной группой подтверждают концепцию о двухуровневой организации патологической стратегии поведения личности. Блокирование одного уровня (способа реагирования личности в виде ПС) значительно ослабляет патологическую стратегию поведения личности [2, 7]. Для дальнейших и полных ее изменений или нейтрализации требуется, вероятно, психотерапевтическая коррекция личности в межприступный период.

Выводы

1. Стандартная медикаментозная терапия ПС позволяет полностью нейтрализовать соматические, частично — вегетативные, не влияя на большинство симптомов психоэмоционального характера.

2. Трансовая психотерапия и психофармакотерапия позволяет купировать все клинические составляющие ПС.

3. Медикаментозная терапия ГК, включая и психофармакотерапию, эффективно влияет на течение собственно ПС, не оказывая воздействия на дальнейшее течение заболевания.

4. Трансовая психотерапия самостоятельно и в сочетании с психофармакотерапией при лечении ПС

оказывает положительное влияние на дальнейшее течение заболевания, полностью устраняет или значительно уменьшает частоту и тяжесть приступов.

Список литературы

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. — М.: Медицина, 1975. — 447 с.
2. Загуровский В. М. Патогенетическая модель механизмов развития психосоматических нарушений // Медицина неотложных состояний. — 2006. — № 1 (2). — С. 106 — 110.
3. Загуровский В. М. Экспериментально-психологические и клинико-психопатологические характеристики гипертонических кризов // Клінічна та експериментальна патологія. — 2005. — Т. 4, № 2. — С. 37–41.
4. Загуровский В. М. Место критических состояний в клинике психосоматической патологии сердечно-сосудистой системы // Патология. — 2005. — Т. 2, № 3. — С. 39–40.
5. Судаков К. В. Общая теория функциональных систем. — М.: Медицина, 1984. — 208 с.
6. Сыропятов О. Г. Психотерапия в общей медицинской практике (пособие для врачей общей практики). — К., 1998. — 24 с.
7. Функциональные системы организма: Руководство / Под ред. Судакова К. В. — М.: Медицина, 1987. — 432 с.
8. Rozanski A., Blumenthal J. A., Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy // Circulation. — 1999. — Apr 27; 99 (16). — P. 2192–2217.

Надійшла до редакції 10.04.2006 р.

В. М. Загуровський

Зміни емоційної сфери під час психотерапії і психофармакотерапії приступів стенокардії

Харківська медична академія післядипломної освіти (Харків)

Використання трансової психотерапії і психофармакотерапії на тлі медикаментозної під час лікування приступів стенокардії дозволяє нейтралізувати в повному обсязі клінічні прояви приступу. Психотерапевтичний вплив на приступ як на психосоматичний спосіб реагування особистості дозволяє блокувати їх виникнення та послабити подальший перебіг, що не вдається при психофармакотерапії. Найкращий ефект досягли завдяки поєднанню застосуванню цих методів терапії.

V. M. Zagurovskiy

Modifications of an emotional sphere at a psychotherapy and psychopharmacotherapy of attacks of a stenocardia

Medical Academy of Postgraduate Educations (Kharkiv)

Usage trance psychotherapy and psychopharmacotherapy of attacks of a stenocardia on a background medicinal allows to neutralize its developing processes. Psychotherapeutic influence on an attack as on a psychosomatic mode of reacting of the person allows to block their beginning and to loosen the further developing processes that is not possible at a psychopharmacotherapy. The best effect reached at combined usage of these methods of therapy.

УДК 616.85

Г. Ю. Каленська, мол. наук. співробітн.

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (Харків)

ВИВЧЕННЯ ПОКАЗНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ

Наявність численної кількості невротичних розладів, різноманітність форм порушень у структурі особистості, що приводять до розладів соціально-психологічної адаптації і зниження показників якості життя, демонструють, що дослідження в цьому напрямі є актуальними і мають велике медико-соціальне значення [1, 2, 4]. Ті або інші психологічні особливості і специфіка реагування на психотравмуючі ситуації можуть впливати на сприйняття хворими якості свого життя, виникнення і характер перебігу невротичних розладів. Вивчення проблеми якості життя при різних формах патології набуває різного відтінку залежно від специфіки захворювання, реакції пацієнтів на психотравмуючу ситуацію і особливостей соціального функціонування [4, 7–9]. Як відомо, невротичні розлади в структурі психічних захворювань займають особливе місце, обумовлене як специфікою психопатологічної симптоматики, так і тим чинником, що ця форма патології приводить до вираженої соціальної дезадаптації хворих практично в усіх сферах життя: трудової, сімейної, сфері соціальних контактів і в матеріально-побутовій сфері [1, 3, 5, 7, 10]. Якість життя є одним з ключових понять, яке дозволяє дати багатоплановий аналіз біологічних, індивідуально-особистісних і соціальних проблем хворої людини [1–10]. У даний час в психологічній літературі відсутні систематизовані уявлення щодо психологічних особливостей оцінки хворими на невротичні розлади якості свого життя, що, у свою чергу, підкреслює

необхідність проведення спеціального комплексного психодіагностичного дослідження, спрямованого на аналіз оцінки якості життя.

Все вищевикладене визначило мету дослідження — вивчити специфіку самосприйняття якості життя у хворих на невротичні розлади.

Дослідження проводилося в клініці неврозів та пограничних станів ІНПН АМН України, де було обстежено 203 хворих на невротичні розлади, серед них 70 хворих на розлад адаптації (F 43.2), 70 хворих на неврастенію (F 48.0) та 63 хворих на тривожно-фобічні розлади (F 40.0). Усі групи поділялися на контрольну та основну за статтю. Так, у хворих на розлад адаптації основну групу склали 35 жінок, контрольну — 35 чоловіків. У хворих на неврастенію в дослідженні взяли участь 35 жінок та 35 чоловіків. У хворих на тривожно-фобічні розлади в основну групу увійшли 33 жінки та 30 осіб чоловічої статі склали контрольну групу. У цілому, за віком та характером праці основні та контрольні групи не мали суттєвих розбіжностей.

Згідно з поставленою метою дослідження використовувалась шкала «Якість життя» [11]. Аналіз отриманих даних проводився за допомогою методів математичної статистики SPSS.

Результати, отримані за методикою визначення якості життя, дозволили виявити, що існують вірогідні розбіжності та загальні закономірності в оцінці якості життя між жінками та чоловіками, хворими