

Л. В. Рахман, асистент каф. психіатрії, психології та сексології
Львівський Національний медичний університет ім. Данила Галицького (Львів)

ТИПОЛОГІЯ ТРИВОЖНИХ СТАНІВ ПРИ СЕКСУАЛЬНІЙ ДИСФУНКЦІЇ В ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

У сучасній структурі психічної захворюваності частка, яка припадає на анкіозні стани, є доволі великою. Окрім випадків, де тривога є стрижневим та основним симптомом, значна кількість тривожних розладів спостерігається в структурі іншої патології психіки, привносячи ефект атиповості основного процесу та усугубляючи страждання пацієнтів [1].

Тривога — афект, що визначається як очікування невизначеної небезпеки, несприятливого розвитку подій, і відрізняється від страху безпредметністю. Ця особливість тривоги, можливо, є наслідком неуспішності причини для виникнення такого роду афекту. Афект тривоги спонукає людину шукати джерело можливої небезпеки, загрози її благополуччю. Звідси роль тривоги в виникненні маячних ідей, особливо персекуторного характеру. В більшості випадків тривога співіснує з депресивною симптоматикою [3, 6, 8]. На даний час статистично відомо, що афективні розлади при шизофренії часто (у 20–25 % випадків) супроводжуються копулятивними порушеннями, що виражаються у вигляді зниження лібідо та тривалості статевих актів, гіпо- та аноргазмій, гіпоерекцією або ж їх поєднанням [2, 4]. Особливо це стосується депресивно-анкіозних станів у структурі шизофренічного процесу [4, 5, 7].

Метою даної роботи було з'ясування особливостей тривожних станів при сексуальній дисфункції у хворих на параноїдну шизофренію, які можуть бути обґрунтованими при правильному виборі терапевтичної тактики.

У дослідження було включено 23 хворих на параноїдну шизофренію особи, всі чоловічої статі, вікові параметри становили від 24 до 38 років з тривалістю хворобливого процесу від 2 до 5 років. Діагноз основного захворювання верифіковано на основі критеріїв МКХ-10. Окрім цього, в даній виборці факторами включення були розлади сексуального функціонування, виявлені методом скринінгового опитування із застосуванням стандартного опитувальника СФЧ (Сексуальна функція чоловіка). Домінуючими скаргами на порушення сексуального здоров'я у хворих на шизофренію були: зниження лібідо, відсутність спонтанних ерекцій, неповна адекватна ерекція, сповільнення еякуляції, стертий оргазм.

У процесі психологічного обстеження використовувалися опитування хворих, виявлення скарг, визначення рівня тривожності за допомогою опитувальника Ч. Спілбергера, який дозволяє кількісно визначити рівень тривоги, а також проєктивний малюнковий тест «Неіснуюча тварина», що ідентифікує приховані ознаки страху і тривоги.

Виконання поставленого завдання принесло такі результати. У 9 хворих (39,1 %) була присутня впевненість, що розлади сексуального функціонування пов'язані з наслідками венеричних захворювань (насправді неіснуючих). При цьому вони були переконані в наявності «серйозних наслідків» шкідливих впливів на статеву сферу, яких в дійсності не іс-

нувало: різними видами випромінювання, телепатією, гіпнозом та іншими, в тому числі незнайомими факторами.

Висловлювані ними ідеї набували характер іпохондричного марення з високим та середнім типом ситуативної тривоги.

У 8 пацієнтів (34,8 %) виявлені скарги на обтяжливі відчуття, що локалізувались в ділянці статевих органів. При цьому хворі констатували, що вони мають відчуття «потягування, печіння та ниючий біль», «зміну забарвлення статевих органів; скаржились на «переливання всередині статевих органів», тиск, наплив крові до пахової ділянки. Описані скарги трактувались як сенестопатичний синдром, що було підтверджено відсутністю відповідних органічних патологічних відхилень. Цікавим видається те, що хворі залишаються емоційно байдужими до дійсно наявних сексуальних порушень, роблячи акцент на нестерпні для них своєрідні відчуття, від яких в першу чергу і прохають позбавити.

6 пацієнтів (26,1 %) висловлювали скарги на зниження статевого потягу, збліднення або повне притуплення оргазму з чисто формальним занепокоєнням з приводу сексуальних проблем, з невизначеним або «байдужим» типом реагування та відсутністю конструктивних прагнень щодо усунення сексуальних проблем.

В процесі психологічного обстеження було встановлено, що середній рівень тривоги був відмічений у 6 хворих (26,1 %), а високий — у 17 осіб (73,9 %). Низький рівень тривожності не був зафіксований в жодному випадку. На малюнках тесту «Неіснуюча тварина» символи страху і тривоги були знайдені в усіх без винятку досліджуваних. Причини та зміст анкіозних розладів різноманітні навіть у однієї і тієї ж особи. 82,6 % (19 хворих) відмічали екзистенційну тривогу, страх перед майбутнім. У 91,3 % (21 хворий) була наявна фабула фізичної, в тому числі сексуальної неповноцінності, 78,3 % (18 осіб) переживали соціальну тривогу, були занепокоєні негативною реакцією рідних на хворобу, несприйняттям сексуальною партнеркою, відчували страх розпаду сім'ї, втрати службового становища.

Виявлення різноманітного спектру, особливостей тривожних станів в осіб із параноїдною шизофренією, перебіг якої обтяжений сексуальними розладами, в кожному конкретному випадку має велике значення для вирішення питання щодо вибору тих або інших терапевтичних тактик для їх корекції в умовах індивідуального підходу до хворих з метою покращання якості їх життя. В результаті отриманих даних видається очевидним, що лікувальні заходи при даній картині перебігу параноїдної шизофренії мають бути спрямовані як на основне захворювання, так і бути більш комплексними, тобто включати спеціальні методи фармакотерапії, психотерапевтичної корекції, які застосовуються в сучасній психіатрії та сексopatології.

Список літератури

1. Андрух П. Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 109–110.
2. Павлюк П. А. Особенности психосоматического соотношения при дебютантных формах сексуальной дисфункции у мужчин // Там же. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 124.
3. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.
4. Сонник С. Г. Лікування шизофренії у чоловіків з сексуальною дисфункцією та її профілактика в залежності від сезону року // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 51–53.
5. Connolly, M. & Kelly, C. (2005) Lifestyle and physical health of people with schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 11, 125–132.
6. Hudson J., Pope Y. Affective spectrum disorder // *American Journal of Psychiatry*. — 1994. — Vol. 147, № 5. — P. 552–564.
7. Leask, S. J. (2004) Environmental influences in schizophrenia: the known and the unknown. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 323–330.
8. McElroy S. Comorbidity of depression // *New direction of drug therapy of mental disorders*. — Indianapolis, 1994. — P. 56–89.

Надійшла до редакції 15.03.2006 р.

Л. В. Рахман

Типология тревожных состояний при сексуальной дисфункции у мужчин, больных параноидной шизофренией

Львовский Национальный медицинский университет им. Данила Галицкого (Львов)

Проведено клиническое, клинико-психопатологическое обследование лиц, больных параноидной шизофренией с сексуальной дисфункцией и тревожными расстройствами. Выявлен разнообразный спектр анксиозных состояний, что позволит дифференцированно подойти к выбору терапевтической тактики.

L. V. Rahman

Types of anxiety states in males with sexual dysfunction who suffer of paranoid schizophrenia

Lviv National Medical University named after Danylo Halytsky (Lviv)

Clinical and psychopathological investigation of schizophrenic patients with sexual dysfunction and anxiety disorder was done. It was shown various spectrums of anxiety states. It will help to choose an appropriate therapeutic tactic.

УДК 615.851

З. Я. Ревуцький

Харківська медична академія післядипломної освіти (Харків)

МЕДИТАТИВНІ ПРАКТИКИ В ПСИХОТЕРАПІЇ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

На даний час все більшу актуальність набувають дослідження феноменології і практичного застосування в психотерапевтичних цілях особливих станів свідомості (гіпнозу, сновидінь, фантазій, передсмертних переживань, медитацій, ритуальних трансформацій, паранормальних явищ і таке інше). В багатьох випадках це пов'язано з відсутністю «духовного виміру» в більшості сучасних психотерапевтичних методах [7, 11, 14, 20].

При цьому історія свідчить, що на всьому протязі розвитку людського суспільства взагалі та індивідуальної свідомості зокрема, особливі стани свідомості відігравали надзвичайно важливу роль. Від екстатичних трансів шаманів або знахарів до одкровення засновників великих релігій, пророків, святих і духовних вчителів, такі переживання були джерелом релігійного ентузіазму, ефективного цілительства, художнього натхнення. Тому всі древні, так звані доіндустріальні культури, високо цінували особливі стани свідомості як важливі інструменти вивчення скритих аспектів світу і зв'язку з духовними вимірами існування [9, 13, 15, 16].

З настанням промислової і науково-технічної революції це становище драматично змінилось. Рационалістична парадигма філософії стала єдиною мірою всіх речей і швидко замінила всі духовні та релігійні вірування, відкинувши їх як пережитки темних віків. Особливі стани свідомості більше не розглядались як важливе доповнення до звичайних станів. Їх стали вважати патологічними спотвореннями розумової активності. Це трактування знайшло відображення і в методах сучасної психіатрії, яка намагається подавити подібні симптоми замість того, щоб підтримувати їх і дозволити процесу йти

природним шляхом. Коли в психіатрії застосовувалась чисто медична стратегія, дослідники знаходили біологічне пояснення психологічним порушенням. З'ясувалося, що багато станів мали органічну основу: інфекції, пухлини, нехватка вітамінів, судинні або дегенеративні хвороби мозку. В доповнення до цього, медично-орієнтована психіатрія знайшла засоби контролю над симптомами і над тими станами, для котрих не було знайдено біологічної основи. Досягнутих результатів вистачило, щоб надати психіатрії статус однієї з галузей медицини, незважаючи на те, що не було знайдено біологічних основ для більшості проблем, які така психіатрія збиралася «лікувати». В результаті люди, які мають різноманітні емоційні і психосоматичні порушення, автоматично були зачислені до пацієнтів психіатричних клінік. А труднощі, яких вони зазнавали, вважались черговими хворобами невідомого походження, навіть якщо клінічні і лабораторні дані не підтверджували такого діагнозу [3, 8, 19]. Крім цього, традиційна психіатрична модель практично не робить різниці між психотичними станами та містицизмом і схильна лікувати такі незвичайні стани свідомості за допомогою заспокійливих медикаментів.

У шістдесяті роки знову відродилась хвиля інтересу до духовності і до вивчення свідомості. Цей інтерес проявився у найрізноманітніших формах: від ренесансу древньої та східної духовної практики до емпіричної психотерапії та експериментів на собі з психоделічними засобами. З цього часу багато людей під керівництвом вчителя або самостійно серйозно зайнялись медитацією та іншими видами духовної практики (йога, дзен-буддизм, суфізм і таке інше) [2, 7].