

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 розглядалися 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].

Оскільки подібні методи спеціально призначені для духовного відкриття, то духовність для багатьох людей стала справою власного переживання, а не тільки чимось почутим або прочитаним. З шістдесятих років кількість осіб, котрі пережили містичні та паранормальні стани, постійно зростає. Як показує анонімне опитування [13], більша частина населення Америки та Європи зізнається в тому, що зазнала подібне переживання. І хоча поки що нема надійних статистичних даних, схоже, що число труднощів, які пов'язані з духовними переживаннями, також зростає шороку [1, 10, 12].

Широке розповсюдження психосоматичних розладів [4, 17, 18] та все вищесказане привело нас до думки про використання в психотерапії медитативних практик, які основані на принципах православної психотерапії — сукупності форм і підходів до лікування душі, що мають в основі світосприйняття, яке покоїться на православної вірі, духовному, аскетичному і літературному досвіді Православної Церкви. В її основі лежать дослідно-теоретичні знання православної антропології, гомілетики, аскетичне і святоотечеське вчення про духовне вчення, про пристрасті як джерело хвороб, про подвижництво як духовну боротьбу, а також багатовіковий позитивний досвід церкви у справі душеопікування і розуміння морально-християнського обов'язку.

Дослідження були проведені на 90 пацієнтах з психосоматичними захворюваннями (артеріальна гіпертензія — 30 чоловік, бронхіальна астма — 30 чоловік, захворювання гастродуоденальної зони — 30 чоловік). Серед хворих було 60 чоловіків і 30 жінок віком від 20 до 40 років. Віруючі хворі склали групу з 60 чоловік, 20 чоловік ставилися до віри скептично і 10 були атеїстами.

Оцінка психофізіологічного статусу і адаптації хворих базувалась на даних станів апаратів пам'яті, швидкості переробки сенсорної інформації, станів центральних механізмів управління і підтримки м'язового тону, а також інтеграційних апаратів сенсомоторного і зорового контролю. Застосовувався набір з таких тестів: час реакції на складні і прості зорові стимули (відповідно 30 і 60 подразників), динамічний і статичний тремор, пам'ять на числа, арифметичне числення і кільця Ландольта, червоно-чорні таблиці, теплінг-тест (протягом 30 с), відстеження об'єкту, який рухається в різноманітних режимах. Ці тести були запропоновані досліджуванам за допомогою психофізіологічного комплексу ПФК-1, а також персональної ЕОМ. Стан вегетативного тону оцінювали за динамікою вегетативного індексу Кердо та індексу напруженості за Баєвським. Методи психологічного дослідження були вибрані виходячи з тої обставини, що мотивація досягнення в діяльності є одним з суттєвих показників під час аналізу не тільки мотиваційної структури особистості, але і в оцінці психосоматичного статусу. З цією метою використовувались: метод Х. Хекхаузена (модифікація ТАТ) — для визначення особливості мотивації досягнення, модифікований метод Норре — для встановлення специфіки рівня претендування, складна сенсомоторна реакція — психофізіологічна методика виявлення особливостей сенсорного реагування у стресовій ситуації, яка моделюється. Під час визначення специфічних особ-

ливостей мотивації досягнення і рівня претендування у хворих в процесі релігійно-медитативної психотерапії аналізували чотири основних категорії: надія на успіх, страх перед невдачею, сумарна мотивація і чиста надія.

В основу психотерапії методом християнської медитації (ХМ) покладено практичний досвід православних монахів, описаний як «чиста молитва», «безмолвна молитва», «беспрестанна молитва», коли той, хто молиться, досягає особливого стану свідомості, при якому зникає розумова діяльність (відсутність образів, безмір'яння), припиняються нав'язливі думки («безмолвие ума»), зникають важкі спогади. В цьому стані знижується тиск парадигм свідомості при її активній присутності (відмінна риса ХМ від інших трансподібних станів, коли діяльність свідомості звужується або зникає). В цей час відбувається перебудова зв'язків між асоціативними зонами мозку, розриваються структури негативних патогенетичних домінуючих вогнищ, звільняється мозковий і психічний простір для прийняття і засвоєння нових саногенетичних настанов, економізується загальна діяльність клітин і структур мозку, систем організму і організму в цілому. Під час досягнення стану так званого «безмолв'я ума» клітини мозку набувають нових властивостей (типологічних характеристик), удосконалюється їх диференціація, створюються структури нових саногенетичних функціональних органів, діяльність яких стає системоутворюючим фактором адаптаційних систем, які кожен раз підживлюються і зміцнюються під час практики ХМ. Навчені люди спроможні самостійно застосовувати навички ХМ у профілактичних і підтримуючих цілях.

Практика ХМ відбувається в декілька етапів:

— зосередження всієї уваги в загрудинному просторі («Постарайся войти во внутреннюю сокровищницу свою, и узришь сокровищницу небесную») до відчуття появи «крапки активізації» (найчастіше болю);

— концентрація всіх проявів психічної діяльності у внутрішньому просторі: «Полюби Господа всім серцем своїм, і всією душею своєю, і всією своєю думкою»;

— молитвословіє, тобто читання у думках канонічних молитов з вниканням в глибинний зміст молитви;

— самоспостереження за змінами емоційного стану, виникненням нових відчуттів і почуттів (любові, розчулення, радості, спокою), сповільненням дихання, соматичних і вегетативних реакцій (парасимпатичний ефект);

— очікування післядії молитвословів.

Після досягнення необхідного рівня безмовного стану пацієнтами психотерапевт проголошує оздоровчі прохання молитви. Сеанс закінчується груповою молитвою вдячності.

Таким чином, ХМ має позитивний психотерапевтичний ефект, оскільки сприяє погасанню патологічних функціональних систем [5], утворенню нових саногенетичних механізмів [6], збереженню і поновленню енергетичних резервів, виробленню нових засобів психічної і соматичної адаптації і може бути застосований в психотерапії психосоматичних розладів.

Групи хворих, які були обстежені в даному дослідженні, були сформовані методом випадкової вибірки і були репрезентативними.

Окрім традиційних засобів обчислення середніх величин, помилок середніх, а також достовірності змін, які були виявлені, нами був проведений кореляційний аналіз взаємозв'язку виділених кількісних показників. Після обчислення коефіцієнтів кореляції були складені кореляційні матриці, в яких враховувались тільки ті коефіцієнти, величина яких перевищувала граничний рівень 0,5.

У результаті проведених досліджень було показано, що психосоматична патологія формує такий психологічний статус у хворих, при якому інтенсивність мотивації досягнень, котра відображає такі особливості особистості як цілепокладання, самооцінка, адаптація, в значній степені знижена. Так, величина параметра «надія на успіх» до лікування складає $3,2 \pm 1,2$ (в нормі — $4,1 \pm 1,1$), значно знижені величини й інших мотиваційних показників (за винятком параметра «чиста надія»), внаслідок чого сумарна мотивація в групі хворих дорівнює $5,9 \pm 1,9$, а у здорових досліджуваних — $7,4 \pm 2,1$.

Під час визначення можливої участі компонентів, які входять в рівень претендування, в формуванні психосоматичних патологічних станів, було виявлено, що основні зміни даного показника полягають в різниці між величинами рівня претендування і рівня можливості, котра у здорових досліджуваних є негативною, а у хворих — позитивною.

Рівень можливостей в ході лікування підвищувався, а рівень претендувань достовірно знижувався, що, на нашу думку, відіграє важливу терапевтичну роль. Цей висновок ґрунтується на тих обставинах, що зона найближчого конфлікту особистості лежить у невідповідності вибору неадекватно підвищеного рівня мети і результату, який реально досягається. Цей конфлікт і визначає роль психосоматичних співвідношень в розвитку і в подальшому перебігу захворювань. Таким чином, регулюючи величину рівня претендування, ми знижуємо ризик формування психосоматичних захворювань з порушенням функції вегетативного забезпечення психоемоційної діяльності.

Як показують проведені нами дослідження, згідно з динамікою показника оціночного розходження, який відображає ступінь суб'єктивної самооцінки відносно реального результату, проведене лікування найбільш адекватно вирівнює рівень самооцінки і рівень можливості, що в свою чергу, забезпечує нормальне функціонування особистості в соціальному середовищі.

Величина показника цільового розходження також змінювалась в результаті проведеного лікування. Цей факт вказує на те, що, незважаючи на постійність таких психологічних категорій, як самооцінка і цілестворення, вони піддаються психотерапевтичній корекції і регуляції.

Особливості вегетативного забезпечення відповідних психологічних реакцій в модельованій ситуації невдачі в обстежених хворих вказують на ризик подальшого поглиблення основного захворювання, тоді як після проведеного лікування вегетативний фон, на якому розвивається діяльність хворих в ситуації

внутрішнього конфлікту, стає достатньо благоприємним.

Під час дослідження адекватності вегетативного забезпечення складної фізіологічної діяльності в осіб контрольної групи простежувався певний зв'язок вихідної структури «психофізіологічного портрета» досліджуваних з ефективністю зорово-моторного відстеження і діяльністю вегетативної нервової системи. Можна сказати, що структура «портрета», яка найчастіше зустрічається, відповідає такому стану досліджуваного, при якому розкид величини помилки відстеження на тлі відносно невеликих коливань частоти пульсу є достатньо адекватною реакцією на навантаження. При «найгіршій» структурі «психофізіологічного портрета» (максимальне відхилення від середнього рівня) стабільність помилки відстеження відображає зниження пошукової активності систем зорового та сомато-сенсорного аналізаторів при здійсненні даної діяльності. Найбільш ефективними є такі тактики відстеження, при яких початковий розкид вегетативних показників і помилки відстеження замінюються зростом їх стабільності, бо активація вегетативних регуляторних механізмів відповідає стійкому рівню відстеження.

Психофізіологічний статус досліджуваних хворих з психосоматичною патологією характеризувався значним зниженням показників, які відображають ефективність інтегративної діяльності. Найбільш важливим є різке зростання розкиду параметрів відповідей в експериментальних ситуаціях, що відображає активацію механізмів пошукової діяльності, в даному випадку — механізмів адаптації до нового патологічного стану. Кінцевий ефект діяльності цих механізмів не може бути однозначним або наперед визначеним, звідси і висока «вартість» пошуку — зниження рівня психофізіологічної адаптації. Про утруднення пошукової активності апаратів вегетативного забезпечення складної сенсомоторної діяльності свідчить і динаміка частоти дихання: у хворих конфігурація кривої її змін була досить монотонною, тоді, як у здорових досліджуваних рясніла підйомами та спадами.

Для «психофізіологічних портретів», які характеризують співвідношення показників пам'яті, часу реакції (швидкості обробки інформації), нестабільності реакцій і тремору у хворих з психосоматичними розладами, на відміну від здорових досліджуваних, у котрих було 7 кодів, відмічалась наявність десяти кодів. Більш того, жодний із «нормальних» кодів не був відмічений при дослідженні структури психофізіологічних портретів хворих.

Проведене лікування значно скоротило різноманітність «психофізіологічних портретів», залишивши тільки сім. При цьому з'явилися коди, які відповідають нормі, а з кодів, які мали місце до лікування, зберігся тільки найбільш поширений з них при загальному скороченні його представленості вдвічі. Решта кодів не зустрічались ні в нормі, ні у хворих в кінцевому періоді, що свідчить про появу проміжних між нормою та патологією психосоматичних станів.

У цілому рівень працездатності досліджуваних нами хворих, який був оцінений за функцією зорово-моторного відстеження суттєво підвищився в результаті проведеного лікування, що могло реалізуватись винятково за рахунок процесів внутрішньої

компенсації і пов'язано з механізмами функціонування вищих відділів центральної нервової системи.

Для більш повного розуміння механізмів вегетативного забезпечення психофізіологічної адаптації хворих нами проводився кореляційний аналіз взаємозв'язків між різними показниками, які його характеризують.

У нормі між вивченими показниками встановлювались сім зв'язків з коефіцієнтами кореляції, які перевищували 0,5. Це є зв'язки між систолічним і діастолічним АТ; систолічним АТ, вегетативним індексом Кердо (ВІ), часом реакції і тремором; ВІ, тремором та індексом напруження (ІН).

У хворих до тих зв'язків додаються нові кореляції, в першу чергу за рахунок показника ІН, який стає додатковим ядром кореляційного графу: він корелює з систолічним АТ, частотою дихання і часом реакції. Таким чином, формування психосоматичної патології викликає таку перебудову вегетативної регуляції, при якій, якщо судити про значимість показника ІН, її адаптаційні механізми зазнають суттєве перенавантаження, причому це відбувається на фоні ще існуючої структури взаємозв'язків в системі, яка аналізується.

У результаті проведеного лікування хворих повністю редукувались усі взаємозв'язки індексу напруження і з'явився один новий зв'язок: між часом складної сенсомоторної реакції і тремором. Таким чином, застосування кореляційного аналізу як методу оцінки впливу немедикаментозної терапії на хворих з психосоматичною патологією показало не тільки її великі можливості для корекції їхніх функціональних станів, але й сприяло виявленню механізмів її досягнення. В цілому запропоновані лікувальні впливи спроможні чинити диференційований, але при цьому цілеспрямований вплив на центральні механізми вегетативної регуляції, які забезпечують психофізіологічну адаптацію хворих. Ці механізми, в свою чергу, активізують адаптаційні перебудови структури функціональних станів, які складають в цілому психосоматичну патологію.

Список літератури

1. Авдеев Д. А. В помощь страждущей душе. Опыт врачебного душепопечения. — М.: Русский Хронографъ, 2000. — 368 с.
2. Авдеев Д. А. Православная психиатрия. — М.: Цитадель, 1997. — 125 с.
3. Александер Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачевание от древности и до наших дней. — М.: Издат. группа «Прогресс» — «Культура», Изд. агентство «Яхтсмен», 1995. — 605 с.
4. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства. — (Руководство для врачей). — М.: Медицина, 1993. — 400 с.
5. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем — М., 1975. — 280 с.
6. Апанасенко Г. Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека. — СПб.: Петрополис, 1992. — 123 с.
7. Ахмедов Т. И. Психотерапия в особых состояниях сознания. — М.: Изд-во АСТ, 2003. — 768 с.
8. Бройтигам В., Кристьян П., Михаэль фон Рад. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 376 с.
9. Гроф. С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии — М., 1992. — 360 с.
10. Добротолубие, т. 1–5 — М.: Св.-Тр. Сер. Лавра, 1992. — 764 с., 640 с., 440 с., 649 с., 482 с.
11. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. — СПб.: Питер, 2000. — 544 с.
12. Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача.: Пер. с англ. — СПб.: Санкт-Петербургский Психоневрологический ин-т им. В. М. Бехтерева, 1996. — 250 с.
13. Маккена Т. Пища богов — М., 1995. — 240 с.
14. Мэй Р. Искусство психологического консультирования. М., 1994. — 280 с.
15. Невярович В. Терапия души. (Святоотеческая психотерапия). — Воронеж: Изд-во НПО МОДЭК, 1997. — 240 с.
16. Ревуцкий З. Я. Ревуцька О. В. Школа християнської медитації в молитвоворенні // Навчання. — 1998, № 3. — С. 16–19.
17. Тополянский В. Д., Струковская М. В. Психосоматические расстройства. — М.: Медицина, 1986. — 384 с.
18. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
19. Фуко М. Археология знания. — К., 1996. — 190 с.
20. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. — СПб., 1999. — 450 с.

Надійшла до редакції 05.04.2006 р.

З. Я. Ревуцкий

Медитативные практики в психотерапии психосоматических расстройств

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования
(Харьков)*

Статья рассматривает религиозные медитативные техники в психокоррекции и лечении психосоматических расстройств. Также в статье приведена оценка мотивационных особенностей и динамики психофизиологического статуса и адаптации больных по данным состояния аппаратов памяти, скорости переработки сенсорной информации, состояния центральных механизмов управления и поддержки тонуса мышц, а также интегративных аппаратов сенсомоторного и зрительного контроля под воздействием медитативных техник.

Z. Ya. Revutskiy

Practices of meditation in psychotherapy of psychosomatic disorders

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

The article describes prayer meditation techniques in the psychological correction and treatment of psychosomatic disorders. Also the article contains an estimation of the motivation peculiarities and dynamics of psychophysiological status, and patients' adaptation, which is based on the data of the memory apparatuses state, the rate of sensor's information processing, the state of the central mechanisms of controlling and maintaining the muscular tension and the integrative apparatuses of sensor-motor and optic control after influence of meditative techniques.