

**В. І. Вовк**

**Показники самооцінки у хворих на ВІЛ-інфекцію**

*Харківська медична академія післядипломної освіти  
(м. Харків)*

Вивчення загального рівня та індивідуальних відхилень самооцінки дозволяє робити висновки про ступінь критичності, а також здатність респондентів до адекватного самоаналізу та самосприйняття. Проведено аналіз особливостей самооцінки за допомогою методики Дембо — Рубінштейн ВІЛ-інфікованих пацієнтів на різних стадіях ВІЛ-інфекції. Виявлено, що хворі із ВІЛ-інфекцією некритичні до свого стану. На пізніх стадіях ВІЛ рівень самооцінки вірогідно знижується як у чоловіків, так і у жінок. Отримані дані щодо особливостей самооцінки та самосприйняття ВІЛ-позитивних пацієнтів повинні враховуватися під час вибору психокорекційних методів.

**V. I. Vovk**

**Parameters of a self-concept of patients with HIV-infection**

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)*

The studying of the common level and individual deviations of the self-concept allows to estimate the level of self-criticism and the respondents ability to adequate introspection and self-perception. The introspection characteristics researches for the HIV-infected persons on the different stages of HIV-infection were carried out by the instrumentality of Dembo — Rubinshtein methodology. It was explore that HIV-infested patients are not critical to their state. On the last stages of HIV infection level of self-criticism expectedly decreases as for males as for females. The data concerning the characteristics of introspection and self-perception of HIV-infected patients should be used during the selection of psychocorrection methods.

УДК 616.89:301.151

**Л. Н. Гуменюк**

*Крымский государственный медицинский университет  
им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)*

**КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО (БЕЗДОМНЫЕ)**

В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы оказания медико-социальной помощи специальным целевым группам психически больных, имеющих определенные особенности психического и социального статуса [1]. Одной из таких групп являются пациенты с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (бездомные) [2]. Это объясняется тем, что стратификация общества, следствием которой стало появление большого количества бездомных — одна из главных примет нашего времени. Число психически больных среди данного контингента достигает 75,7 % [3].

Степень вовлеченности бездомных психически больных в систему оказания психиатрической помощи недостаточна [4]. Однако при всей важности данного вопроса следует признать, что попыток разработки концептуальных основ обеспечения медико-социальной помощи лицам с социальной недостаточностью, в рамках которых были бы возможны последовательность и преемственность действий, не предпринималось. В современных исследованиях по психиатрии проблемы взрослых маргиналов практически не затрагиваются, а отдельные издания носят, в основном эмпирический и фрагментарный характер [5]. Системный анализ социально-психологических детерминант, приводящих людей к бродяжничеству, и объективизированные критерии оценки вероятности формирования ограниченной способности к интеграции в сообщество отсутствуют, что актуализирует потребность выявления ряда многофакторных комплексов, действие которых приводит к ограничению способности интеграции в сообщество. Психически больные (бездомные) обладают специфическим набором клинических, психологических и социальных характеристик, знание которых позволит прогнозировать и уменьшать количество лиц с ограниченной способностью к интеграции в сообщество.

В связи с этим необходимо уделять внимание не только клиническим, но также психологическим и социальным факторам, личностным и социальным особенностям индивидуума в их взаимодействии,

и таким образом оказывать более разностороннюю и эффективную помощь.

Основная цель психиатрического лечения и социальной работы — интеграция психически больных в социальную реальность [6—8].

Изучены клинико-социальные характеристики 154 бездомных в возрасте от 20 до 62 лет, находившихся в специализированном приемнике. Обследование проводилось по принципу случайного выбора, когда все единицы генеральной совокупности имели равную возможность попасть в выборку.

В ходе работы были использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, социально-демографический и статистический методы исследования. Клинико-психопатологический включал в себя изучение жалоб, оценку психического и соматоневрологического статуса, выделение основных психопатологических синдромов и их динамики, в качестве диагностических критериев использовались критерии МКБ-10 [9]. Клинико-анамнестическое исследование являлось источником информации о преморбидности личности и ее истории, рассматриваемой в контексте социальных связей, отношений, жизненного и профессионального опыта. Полученные результаты подвергались статистической обработке.

Полученный клинический материал, составивший группу исследования, был сгруппирован в соответствии с диагностическими разделами МКБ-10. Распределение нозологической принадлежности обследованных (табл. 1) показывает, что среди выявленных нарушений психического здоровья 48,7 % патологии составили психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (F10), 37,6 % — депрессивные расстройства, 12,7 % — легкая умственная отсталость (F70) и 2,0 % — расстройства личности. Для обследованных была характерна значительная длительность заболевания (около 78 % случаев) — более 15 лет.

Среди выделенных ведущих психопатологических синдромов с учетом степени их выраженности, наибольший удельный вес приходится на долю эмоционально-волевых нарушений (92,8 %).

Таблиця 1

**Распределение обследованных по нозологической принадлежности**

| Диагностические категории  | Абс. число | %    |
|--|------------|------|
| Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдромом зависимости (F 10.2) | 75         | 48,7 |
| Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F 32.01)  | 26         | 16,9 |
| Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F 32.11)   | 31         | 20,1 |
| Легкая умственная отсталость (F 70)  | 19         | 12,3 |
| Шизоидное расстройство личности (F 60.1)   | 3          | 2,0  |

Среди обследованных нами 154 бездомных в возрасте от 20 до 30 лет было 42 (27,2 %), от 31 до 40 лет — 90 (58,3 %), от 41 до 50 — 17 (10,9 %), от 51 до 60 лет — 5 (3,1 %). Распределение исследуемых по полу и возрасту представлены на рис. 1.

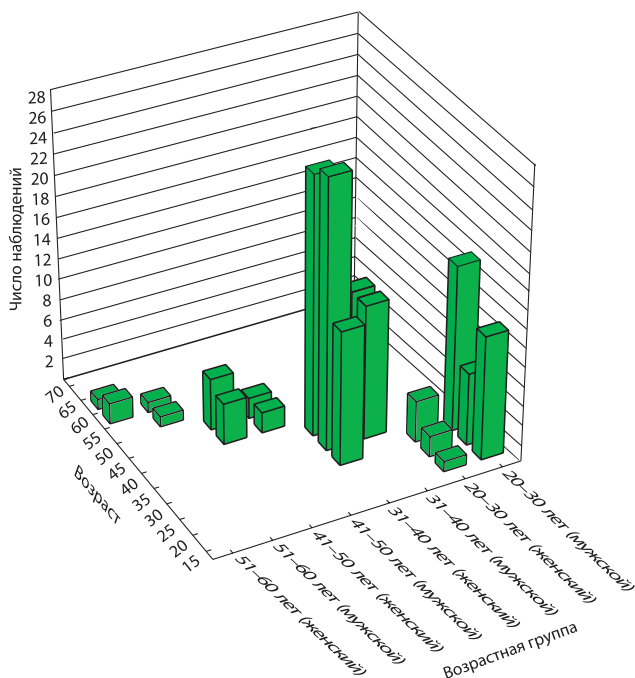


Рис. 1. Распределение испытуемых по возрастным группам и половому признаку

Отмечалось значительное преобладание мужчин (74,5 %,  $p < 0,001$ ). Гендерные отличия представленности бездомных показаны на медиане (рис. 2).

Средний возраст исследуемых составлял у женщин —  $37,43 \pm 9,6$  года, у мужчин —  $32,22 \pm 7,26$ , причем в выборке достоверно чаще встречались лица в возрасте от 31 до 40 лет (58,3 %), наименьшее количество обследованных отмечено в возрастном диапазоне от 51 до 60 лет (3,1 %).

Большинство испытуемых в исследованной группе имели в анамнезе отягощенную наследственность — 117 (76,0 %). Характеристики наследственной отягощенности: наличие психических расстройств — 13 (11,1 %); алкогольная зависимость — 97 (82,9 %); сочетание психических расстройств и алкогольной зависимости — 7 (6,0 %) (рис. 3).

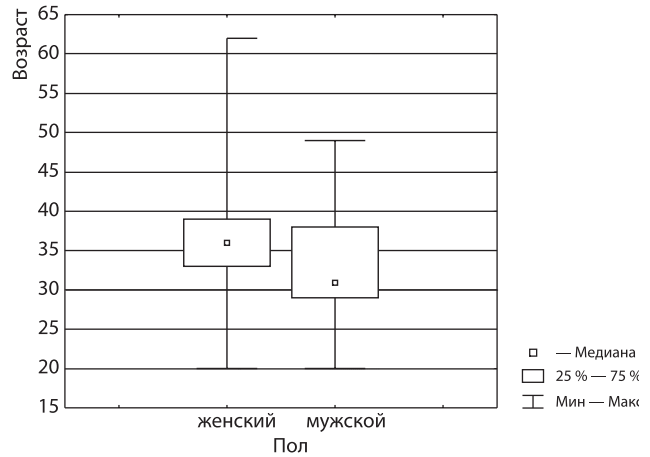


Рис. 2. Гендерные отличия представленности исследуемых



Рис. 3. Характеристики наследственной отягощенности исследуемых

Уровень образования является одним из важных показателей социальной адаптации психически больных. Анализ уровня образования исследуемых приведен на гистограмме (рис. 4). Как видно из приведенных на рисунке данных, наибольшее количество исследуемых получили среднее образование (53,2 %), неполное среднее (14,3 %), начальное (11,0 %) и обучение во вспомогательной школе было у 21,4 %.



Рис. 4. Уровень образования исследуемых

Таким образом, исследуемый контингент имеет крайне низкий уровень образования.

Социальная микросреда, в которой воспитывались исследуемые, наложила отпечаток на характер социальных контактов, нормы поведения, интересы, стиль жизни в дальнейшем. Исследование периода пубертата, как одного из значимых этапов не только динамики

имеющихся психических расстройств, но и этапа формирования личности в целом, позволило обнаружить среди исследуемых большое количество лиц — 129 (83,7 %) с нарушениями поведения, проявлявшимися девиантными и делинквентными формами поведения.

Показателем социального функционирования, характеризующим социальную среду, круг общения, интересы, является профессиональная категория. Отражая профессиональную деятельность, данный показатель позволяет определить социальную принадлежность и значимое окружение, в котором находится или находился пациент (рис. 5).

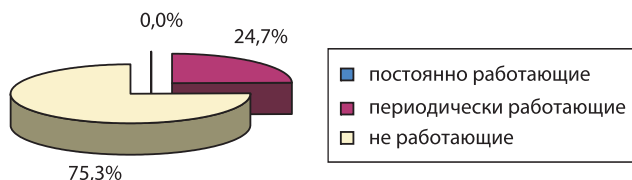


Рис. 5. Занятость трудовой деятельностью в исследуемой группе

При анализе показателей уровня образования и его реализации в профессиональной деятельности установлено, что испытуемые в подавляющем большинстве (64,2 %) не смогли овладеть какой-либо специальностью и не были охвачены трудовой деятельностью, даже некалфицированной, что свидетельствует о затруднении трудовой адаптации у лиц данной категории.

Для изучения глубины социально-семейного неблагополучия мы использовали специально разработанную анкету, охватывающую следующие функции семьи: воспитательную; хозяйственно-бытовую; эмоциональную; функцию духовного (культурного) общения; функцию первичного социального контроля. При оценке социально-психологических условий, в которых проходило воспитание испытуемых, обнаружено, что большинство исследуемых воспитывались в семьях с антиобщественной — 98 (63,6 %) и противоречивой направленностью — 56 (36,4 %). 57 человек (37,0 %) не могли дать информацию о родителях по следующим причинам: 27 (17,5 %) не знали отца, 5 (3,2 %) видели мать лишь в раннем детском возрасте; 25 (16,2 %) воспитывались в домах-интернатах.

В ходе исследования нами выделены 4 основных типа дисфункциональности семьи: первый — проблемная семья — 19 (12,3 %), второй — конфликтная — 25 (16,2 %), третий — педагогически несостоятельная — 92 (59,7 %) и четвертый — нарушение структуры семьи 78 (50,6 %).

При изучении характера семейных взаимоотношений установлено, что лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя и расстройствами личности достоверно чаще воспитывались в «проблемных» семьях; исследуемые с умственной отсталостью — в «конфликтных» и обследованные с депрессивными расстройствами — в педагогически несостоятельных или в семье с «нарушением структуры».

Длительность бездомного существования к моменту обследования была весьма значительной, причему 33,1 % лиц — свыше 10 лет; у 43,5 % — от 5 до 10 лет (рис. 6).

Проведенный анализ позволил выделить причины, приведшие людей к бездомному существованию (табл. 2): в связи с семейными обстоятельствами (59,1 %), в результате осуждения (39,0 %) и вследствие психического заболевания (1,9 %).

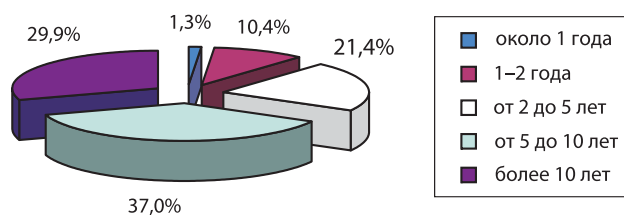


Рис. 6. Продолжительность отсутствия жилья и регистрации по месту жительства

Таблица 2  
Причины утраты прав на жилые помещения и регистрации по месту жительства

| Причины                              | Абс. число (n = 154) | %    |
|--------------------------------------|----------------------|------|
| В связи с семейными обстоятельствами | 91                   | 59,1 |
| В результате осуждения               | 60                   | 38,9 |
| Вследствие психического заболевания  | 3                    | 1,9  |

Клинико-социальное исследование позволило выделить целый комплекс проблем, в совокупности затрудняющих, а в большинстве случаев — делающих невозможной интеграцию в сообщество данного контингента. К ним относятся: 1) ранние расстройства социальной дезадаптации, обусловленные неблагоприятными условиями воспитания; 2) низкий уровень образования; 3) трудовая дезадаптация; 4) отсутствие документов, жилья; 5) высокий уровень отягощенной наследственности психическими расстройствами и алкоголизмом; 6) наличие психических расстройств; 7) преобладание в клинической картине эмоционально-волевых расстройств; 8) отсутствие комплекса организационных мероприятий для оказания помощи лицам данного контингента.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Контингент психически больных без определенного места жительства формируется на протяжении многих лет, обнаруживая определенные клинические особенности, недостаточную степень оказания психиатрической помощи, накопившиеся социальные проблемы, последствия длительной социальной депривации, образующие комплекс взаимно потенцирующих неблагоприятных факторов, препятствующих их интеграции в сообщество.

2. Все исследуемые (100,0 %) страдают психическими расстройствами. Для них характерен значительный срок заболеваний (свыше 15 лет;  $p < 0,001$ ). Наибольший удельный вес нарушений психического здоровья приходится на психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (48,7 %).

3. Среди данной выборки статистически достоверно ( $p < 0,001$ ) преобладают мужчины (74,5 %) в возрастном диапазоне от 31 до 40 лет, что указывает на распространенность изучаемого социально-психологического феномена среди лиц мужского пола.

4. Результаты комплексной оценки клинико-социальных характеристик лиц с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (бездомных) позволяют в дальнейшем разработать систему стандартов психосоциальной работы, интегрирующей различные подходы и нормативные требования и внедрить

систему психосоціального лікування і реабілітації, орієнтуючись на проблеми і потреби осіб даної категорії.

**Список літератури**

1. Ромм М. В. Соціальна робота: ницета ідеології і політика боротьби з ницетою. — Новосибірськ: Изд-во НГТУ, 2000. — Ч. II. — 14 с.
2. Соціальна психологія особистості / Под ред. В. А. Лабунської. — М., 1999. — С. 15.
3. Основи соціальної і клінічної психіатрії: Уч. посібник для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Изд. центр Академія, 2001. — 224 с.

4. Стивенсон С. Бездомные в социальной структуре большого города. — М.: ИНИОН РАН, 1997. — 432 с.
5. Леннер-Аксельсон Б., Тюлефорс И. Психосоциальная помощь населению / Пер. со швед. — М., 1998.
6. Красик Е. Д. Психическое здоровье общества и реабилитация психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — Т. 2. — Вып. 1.
7. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа. — М., 1999.
8. Медицинская реабилитация / Под ред. В. М. Богомолова: В 3 т. — М., 1998. — Т. 1.
9. Руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Д. Э. Купера. — К.: Сфера, 2000. — 441 с.

*Надійшла до редакції 24.12.2007 р.*

**Л. М. Гуменюк**

**Клініко-соціальна характеристика осіб, що страждають на психічні розлади з обмеженими здібностями до інтеграції в суспільство (безпритульні)**

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

У статті представлені результати дослідження клініко-соціальних характеристик осіб, що страждають психічними розладами з обмеженою здібністю до інтеграції в суспільство.

**L. N. Gumenyuk**

**Clinical and social characteristic of persons with the psychological disorders and the limited ability of integration to society (homeless)**

*Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky (Simferopol')*

The results of investigation the clinical and social characteristic of persons with the psychological disorders and the limited ability of integration to society are represented in the article.

УДК 616.69:618.17: 616.89-008.19

**М. А. Денекко**, канд. мед. наук

Полтавская областная психоневрологическая больница им. А. Ф. Мальцева

**СЕКСУАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ СУПРУЖЕСЬКОЇ ПАРИ ПРИ ЕМОЦІОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОМУ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЬ**

К проблеме нарушения сексуальной функции у больных специфическим расстройством личности обращались многие русскоязычные [1—5] и зарубежные авторы [6, 7], рассматривая в основном сексуальные расстройства у мужчин. Нарушения сексуальной сферы женщин с этой психопатологией не были предметом специального исследования, этот вопрос в той или иной степени затрагивается лишь в единичных работах [5]. При этом авторы не уделяют должного внимания роли выявленных нарушений сексуальности больных в формировании супружеской дезадаптации, которую они неизбежно влекут за собой в силу парного характера сексуальной функции. Между тем исследование нарушения сексуального здоровья при расстройствах личности имеет большое медицинское, медико-психологическое и социальное значение, поскольку расстройство эмоционально-волевой сферы и адаптации больных при этом страдании во многом определяют семейно-брачные отношения, подрывая прочность брака, а нередко и приводя к его разрушению.

Целью настоящей работы явилось исследование причин, механизмов формирования, течения и клинических проявлений нарушения сексуального здоровья супругов при эмоционально неустойчивом расстройстве личности у женщин.

Нами были обследованы 53 дезадаптированные супружеские пары, в которых жены страдали указанным типом расстройства личности. Супруги были в возрасте от 22 лет до 41 года, давность пребывания в браке составляла от 1 года до 15 лет, причем 1/3 женщин состояла во втором браке и 9 ± 4 % — в третьем браке.

Сексуальная дезадаптация возникла у обследованных с самого начала или в течение первого года, но не позднее чем через два года супружеской жизни.

При эмоционально неустойчивом расстройстве личности (F 60.3) у больных наблюдается ярко выраженная склонность действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях. Для них типичны неустойчивость настроения, выражающаяся в непредсказуемых, ничем не обусловленных его изменениях, тенденция к эмоциональным вспышкам и неспособность контролировать «поведенческие взрывы». Характерны для больных с этим типом расстройства сварливость, конфликтность, они не выносят, если окружающие препятствуют их импульсивным действиям или выражают порицание.

Все находившиеся под нашим наблюдением супруги были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [8], который дает возможность установить роль в его нарушении биогенных, социогенных, психогенных и патогенных социально-психологических факторов.

Анализ по интегральным критериям сексуального здоровья показал, что у женщин с эмоционально неустойчивым расстройством личности уже с детства можно проследить, наряду с отклонениями в общем психическом, нарушения психосексуального развития.

Половое самосознание адекватно и формируется в основном вовремя — в 2—4 года. Но такие характерные для эмоционально неустойчивого расстройства личности черты, как агрессивность, жестокость по