

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

отношению к сверстникам, девочки проявляют уже с раннего возраста. С 6—7 лет у них все отчетливее обнаруживаются аффективная взрывчатость, приступы дисфории, во время которых они издеваются над животными, стараются ударить или оскорбить каждого, с кем сталкиваются в то время, когда испытывают психический дискомфорт. Такой способ разрядки психического напряжения приносит облегчение, вызывает положительные эмоции и, становясь стереотипом, способствует развитию садистских наклонностей.

Для больных эмоционально неустойчивым расстройством личности характерно ускоренное сомато-сексуальное и преждевременное психосексуальное развитие.

Типологические особенности личности — конфликтность, завышенный уровень притязаний и стремление к лидерству через подавление, отсутствие эффективных навыков коммуникации, упрощенные поведенческие схемы, стремление к немедленному удовлетворению собственных, нередко ситуационно возникающих потребностей, при вязкости, тугоподвижности, инертности всех проявлений психики, сосуществующих с сенситивностью и стремлением к лидерству, приводят к нарушению процесса социализации, в том числе и формирования полоролевого поведения. У девочек-подростков происходит частичная или полная его трансформация, формируется маскулинное поведение.

Этап формирования психосексуальной ориентации отличается у больных эмоционально неустойчивым расстройством личности структурной сложностью. У большинства из них редуцирована платоническая стадия либидо, почти у половины первый половой акт произошёл очень рано — в 11—13 лет, и сопровождался элементами принуждения со стороны более старших лиц из асоциальных групп. Обычно эти женщины и рано приобщаются к спиртному.

Раннее половое созревание, рано пробуждающиеся либидо и интерес к сексуальной сфере, ранние половые связи типичны для женщин с эмоционально неустойчивым расстройством личности, так же как агрессия, садизм, лесбиянство. В детстве они выступают инициаторами сексуальных игр, у них отмечается ранняя мастурбация, приводящая к оргазму, а эротические фантазии, ласки и игры через минимальные сроки трансформируются в сексуальные.

Для этих больных характерны безразличие к косметике, отсутствие женственности. Их интересы носят мужской характер, так же как и сексуальное поведение, в котором проявляется агрессивность с садистскими элементами.

Половая жизнь больных характеризуется интенсивностью, склонностью к беспорядочности и к немедленной реализации влечения. Алкоголизация усугубляет сексуальные особенности больных, нередко у них возникают идеи ревности.

Описанные особенности психики и сексуальности женщин с эмоционально неустойчивым типом расстройства личности обуславливают сексуальную и психологическую дезадаптацию их в браке. У мужей больных наблюдаются эмоциональные сдвиги — ухудшение настроения перед половым актом и после него, а также ослабление либидо, притупление оргазма, часто возникает сексуальная аверсия к жене. Все эти нарушения имеют относительный характер и обостряются в периоды декомпенсации расстройства личности у жены.

Большинство женщин с рассматриваемым типом расстройства личности относятся к сильному типу половой конституции, реже — к среднему, слабой половой конституции не было ни у одной из наших пациенток.

Мотивация сексуального поведения больных чаще всего агрессивно-эгоистическая, мотив полового акта — получение оргазма. Нередко встречающееся несоответствие этих характеристик у супругов способствует развитию у них сексуальной дезадаптации. Столь же дезадаптирующую роль играет и тип сексуальной культуры больных — как правило, гиперролевой или оргиастический.

В качестве дисгармонирующего фактора выступает и неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, связанное с тем, что все большие эмоционально неустойчивым расстройством личности женщины относятся к агрессивному варианту типа женщина-женщина. Единственная возможность достижения относительной гармоничности супружеской пары при данном варианте психосексуального типа — тот случай, когда муж больной относится к пассивно-подчиняемому варианту типа мужчина-мужчина, поскольку лица агрессивного типа склонны к насилию, грубости, причинению боли, а лица пассивно-подчиняемые предпочитают агрессивность, силу, вплоть до испытывания боли. Все возможные другие сочетания психосексуальных типов с этим типом, характерным для наших пациентов дисгармоничны как в психологическом, межличностном, так и в сексуально-эротическом плане. Однако среди мужей больных пассивно-подчиняемыми были лишь $11 \pm 4\%$.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим выявляет у всех супружеских пар сочетанное их поражение. Социальный компонент нарушен вследствие недостаточной и неправильной информированности супругов в области психогигиены половой жизни, несоответствия их мировоззрения, уровня общей и типов сексуальной культуры, установок личности, морально-этических и эстетических норм. Психологический компонент сексуального здоровья поражен у всех больных из-за наличия у них внутриличностного конфликта и типичных для них черт характера — повышенной возбудимости, агрессивности, злобности, приводящих к частым конфликтам и психологической дезадаптации; нарушение социально-психологического компонента связано с межличностным конфликтом супругов. Искажение полоролевого поведения больных приводит к сексуально-поведенческой дезадаптации супругов.

Анатомо-физиологический компонент сексуального здоровья поражен у всех женщин за счет его психической составляющей вследствие их основного заболевания — эмоционально неустойчивого расстройства личности. Его стержневое поражение наряду со стержневым поражением психологического компонента становится непосредственной причиной сексуальной дезадаптации супружеской пары при данной психопатологии у жены. Нейрогуморальная составляющая этого компонента нарушена у подавляющего большинства больных в результате преждевременного полового созревания, нейрорегуляторная и генитальная составляющие сохранны.

Нами была изучена также типология супружества при эмоционально неустойчивом расстройстве

личности у жены. Оказалось, что среди обследованных семей резко преобладает антагонистический вариант дисгармоничного супружества, отражающий низкий уровень психологической и сексуальной адаптации супругов, он наблюдался у $79 \pm 6\%$ супружеских пар.

Таким образом, проведенное системное исследование позволило выявить причины и механизмы формирования и проявления сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает эмоционально неустойчивым расстройством личности, и установить, что основную роль в ее генезе играют личностные особенности больных, препятствующие сексуально-эротической и психологической адаптации.

Это необходимо учитывать при разработке методов диагностики и коррекции нарушений сексуального здоровья при рассматриваемой патологии у женщин.

М. А. Денек

Сексуальна дезадаптація подружньої пари за емоційно нестійкого розладу особистості у жінки

*Полтавська обласна психоневрологічна лікарня
ім. А. Ф. Мальцева*

Виявлено причини, механізми розвитку й клінічні прояви подружньої дезадаптації за емоційно нестійкого розладу особистості у жінок. Показано роль особистісних відмінностей хворих у її генезі. Обґрунтовано необхідність враховувати виявлені особливості у процесі діагностики і корекції порушення сексуального здоров'я за таких умов.

Список литературы

1. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Медгиз, 1933. — 186 с.
2. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин. — Харьков: Основа, 2001. — 273 с.
3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
4. Сексопатология: Справочник / Под ред. проф. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
5. Нарушения сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Уч. пособие / Под ред. В. В. Кришталь. — Сочи, 1988. — 118 с.
6. Келли Г. Ф. Основы современной сексологии. 6-е междунар. изд.: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2000. — 896 с.
7. Crooks R., Baur K. Our Sexuality. — The Benjamin Cummings Publishing Company, 1990. — 850 p.
8. Кришталь В. В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. I всес. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 7—9.

Надійшла до редакції 10.09.2007 р.

М. А. Deneko

Sexual disadaptation of a spousal couple in emotionally unstable personality disorder in wife

*Poltava Regional Psychoneurological Hospital
named after A. F. Maltsev*

Causes, mechanisms of development and clinical manifestations of spousal disadaptation in emotionally unstable personality disorder in women were defined. A Role of personality peculiarities of patient in genesis of the disadaptation was demonstrated. It was grounded a necessity to take into account these peculiarities in diagnosis and correction of disorders of a sexual health under such conditions.

УДК: 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

Д. М. Корошніченко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО ОПІОЇДІВ У ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ГЕРОЇНУ, І ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД МЕТАДОНУ

На 01.01.2007 р. органами охорони здоров'я України [1] було зареєстровано 82 863 хворих на наркоманії (177,25 на 100 тис. населення). З них 70 231 страждають на залежність від опіоїдів, тобто на один з найбільш важких її видів. Відповідно до розрахунків фахівців Інституту неврології, психіатрії та наркології Академії медичних наук України реальна поширеність опіоманій в Україні становить близько 130—140 тис. хворих [2].

Хоча починаючи з 1996 року темп розвитку епідемії опіоманій зменшується [3], епідеміологічна обстановка, обумовлена поширенням залежності від опіоїдів, залишається напруженою. Це пов'язано, зокрема, із змінами у структурі популяції хворих на опіоманії. Спостерігається перехід від вживання екстрактів, які кустарно виготовляються з макової соломки, до використання синтетичних опіоїдів, таких як трамадол, декстропропоксифен та метадон [4, 5].

З перелічених хімічних сполук найбільшу загрозу становить метадон [6]. Це обумовлено, з одного боку, особливою важкістю залежності, що виникає в результаті його застосування (достить сказати про те, що синдром відміни метадону може тривати місяць і більше), а з іншого боку — програмою розгортання в Україні метадонових програм замісної терапії, що, як очікується, приведе до зростання кількості осіб, залежних від цього препарату.

Метадон має як спільні з іншими опіоїдами, так і специфічні властивості, наприклад, відносно тривалу дію й наявність своєрідного стимулюючого ефекту протягом наркотичного сп'яніння. Як можна очікувати, особливості фармакологічної дії метадону мають супроводжуватися специфічною структурою психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання цієї психоактивної речовини, насамперед, — специфікою патологічного потягу до неї. Із клініки психічних захворювань іншого генеза відомо, що адекватне урахування структури психічних і поведінкових розладів під час вибору терапевтичної тактики, безумовно, сприяє підвищенню ефективності лікування.

Тому метою цієї роботи стало дослідження особливостей патологічного потягу до опіоїдів (ППО) у хворих, залежних від метадону, у порівнянні із хворими, залежними від героїну.

Усього було обстежено 124 особи (чоловіки), залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F 11.2 за МКХ-10), у тому числі 63 особи, що вживали героїн (I група порівняння) і 61 особа, що вживали метадон (II група порівняння). Особи, що вживали героїн, використовували «вуличний» препарат, який містив у собі, окрім «цільової» субстанції, різні домішки: анальгін, фармацевтичну білу глину, цукрову пудру тощо. Середня добова доза