

ження рівня депресії після проведеної біофідбек-терапії, абсолютне значення зменшилось з  $9,13 \pm 0,91$  до  $2,88 \pm 0,40$ , ( $p < 0,05$ ). Рівень ситуативної тривожності після проведення біофідбек-терапії становив  $36,13 \pm 2,09$  порівняно з значенням на початку терапії  $46,13 \pm 2,22$ . Показники особистісної тривоги також дещо знизились:  $49,13 \pm 1,76$  та  $42,5 \pm 2,02$  відповідно. За результатами опитувальника SF-36 спостерігалось підвищення рівня всіх показників якості життя після проведення біофідбек-терапії порівняно із вихідними показниками перед початком терапії. Зокрема, рівень фізичного функціонування на початку біофідбек-терапії становив  $67,62 \pm 8,73$ , а після сеансів релаксації підвищився до  $79,13 \pm 7,53$ . Показник рольового функціонування також після терапії суттєво збільшився — із  $25,63 \pm 14,19$  до  $56,25 \pm 13,98$ . Біофідбек-терапія також мала суттєвий вплив на суб'єктивне сприйняття болю — так, показник інтенсивності болю до релаксаційного тренування та після сеансів був  $46,88 \pm 6,16$  та  $61,88 \pm 7,23$  відповідно, що ймовірно свідчило про зменшення інтенсивності больового синдрому. Абсолютні значення соціального функціонування на початку біофідбек-терапії та після сеансів релаксації становили  $64,38 \pm 5,99$  та  $83,81 \pm 6,56$  відповідно. Значення показника емоційного функціонування було достатньо низьким на початку біофідбек-терапії ( $23,96 \pm 5,32$ ), але після терапії спостерігалось його збільшення майже вдвічі ( $45,21 \pm 12,08$ ). Достовірним було підвищення показника психічного здоров'я після сеансів біофідбек-терапії порівняно із початковим  $49,5 \pm 4,07$  та  $69,5 \pm 5,65$  відповідно ( $p < 0,05$ ).

Отже, проведення сеансів біофідбек-терапії приводить до зниження показників тривоги та депресії та поліпшення усіх складових якості життя пацієнта, як фізичної так і психічної.

УДК 616.45-001.1/.3-07«364»

**Пономарёва А. В.\***, **Панченко О. А.\*\***  
 \*ГУ «Научно-практический медицинский  
 реабилитационно-диагностический центр  
 МЗ Украины» (г. Константиновка);  
 \*\*Всеукраинская профессиональная  
 психиатрическая лига (г. Киев)

### Психодиагностика постстрессовых расстройств

Эффективным способом изучения личности является суммирование независимых результатов, которые можно получить, изучая индивида при использовании разнообразных конструированных методов. Очень важно подобрать необходимый психодиагностический материал для полного раскрытия и выявления всех показателей. Одним из этапов выявления постстрессовых расстройств личности будет применение специфических психологических средств, которые разработаны для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности. Это необходимо для точной диагностики постстрессового расстройства, предоставления необходимой комплексной помощи и дальнейшей реабилитации человека.

Вначале информацию необходимо собрать с помощью биографического метода, тем самым настроить испытуемого на сотрудничество. В ходе изучения истории развития личности, ее характерологических особенностей можно определить интеллектуальные, моральные, эмоционально-волевые особенности.

Важное значение психодиагностика приобретает при исследовании смежных постстрессовых расстройств личности.

Личностные опросники основываются на самоанализе испытуемым каких-либо собственных значимых качеств.

Различают одномерные и многомерные личностные опросники. Одномерные опросники применяют для изучения одной какой-либо грани личности. Например:

— методики изучения реактивной и личностной тревожности;

— изучение разнообразных аспектов уровня субъективного контроля;

— изучение тревожности и т. п.

Многомерные опросники разработаны для исследования и выявления обширного спектра личностных особенностей человека, например:

— изучение характерологических форм акцентуаций и психопатий;

— изучение личностных свойств и степени адаптированности обследуемого;

— выявление невротических состояний и т. п.

Для полного объективного изучения личности также используют проективные методики, с помощью которых проводят раскрытие неосознанных конфликтов личности и ее скрытых мотивов переживаний. Допускают, что в ответ на поданные проективные стимулы испытуемые реагируют проявлением неосознанных эмоций.

Разработанный психодиагностический комплекс позволяет своевременно диагностировать свойства личности, а также отслеживать их динамику в процессе проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

УДК 616.8-085.851:176

**Пономарёва В. В.**

Харьковская медицинская академия последипломного  
 образования МЗ Украины (г. Харьков)

### Мишени когнитивной терапии компульсивного расстройства сексуального поведения

Рабочая группа ВОЗ по МКБ-11, ответственная за классификацию обсессивно-компульсивных расстройств и родственных состояний, объявила о своих планах включить «компульсивное расстройство сексуального поведения» в раздел F63 новой редакции МКБ (J. E. Grant, M. Atmaca, N. A. Fineberg, 2014). Планируется, что такой шаг будет способствовать преодолению терминологической неопределенности в (настоящее время как субститутивные используют термины «сексоголизм», «сексуальная аддикция», «усиленное половое влечение», «чрезмерное» сексуальное поведение и пр. (цит. по: М. В. Маркова, 2013) и улучшит понимание патологического феномена нарушения контроля над побуждениями в сексуальной сфере человека.

В настоящее время исследовании предпринята попытка выделить терапевтические мишени при компульсивном расстройстве сексуального поведения (а также предложить возможные способы воздействия на них), на основании методов поведенческой диагностики, а именно — функционального анализа поведения по Ф. Н. Канфер, Г. Саслоу. Указанный вид поведенческой диагностики основан на понимании основной мишени терапии — реактивного поведения *R* (зависимой переменной) как функции независимых переменных (*S*, *O*, *K*, *C*), и личностных установок *E*, изучаемых в процессе диагностического этапа терапии. В случае компульсивного расстройства сексуального поведения в качестве *R* выступает феномен «сексуального транса» и его эмоциональные, когнитивные и моторные составляющие. Соответственно, индивидуальные условия возникновения сексуального транса (подразумевающего переживание гратуальных — особо приятных сладострастных переживаний) — подлежат внимательному изучению и являются вторичными,

но не менее важными факторами, эффективное воздействие на которые определяет, в конечном счете, успех терапии. Предложенные ниже возможные методы коррекции в основном принадлежат когнитивно-поведенческому направлению психотерапии как признанному подходу, широко применяемому при лечении зависимостей (Р. МакМаллин, 2001). Однако несомненно, что воздействие на те или иные факторы, особенно принадлежащие регистру *E*, может успешно осуществляться и в рамках других методологических моделей — психодинамической терапии, трансактного анализа, гештальт-терапии и т. д. В целом, как нам кажется, спектр представленных методов хорошо иллюстрирует современную тенденцию к мультимодальности и творческому соединению различных терапевтических школ (см. таблицу).

**Функциональный анализ поведения при компульсивном расстройстве сексуального поведения и возможные методы терапии**

Символ	Описание	Симптомы компульсивного расстройства сексуального поведения	Возможные методы коррекции
S	Стимулы (физические, социальные и поведенческие), запускающие нежелательное поведение человека	- Навязчивое фантазирование на тему секса с реальными или воображаемыми людьми; - просмотр порнографии; - вид мужчины/ женщины, которые воспринимаются исключительно как объекты сексуальной реализации; - скука; - состояние алкоголизации или опьянения иным ПАВ; - конфликт в семье / с постоянным сексуальным партнером; - лично значимые негативные жизненные события	- Десенсибилизация, - образная сенсбилизация, - контроль стимулов, - планирование поведения, - тренинг уверенности в себе, - семейная/партнерская терапия, - семейный договор
O	Биологические особенности организма	Врожденные или приобретенные особенности регуляторных систем организма (нарушение обмена дофамина, серотонина), особенности половой конституции	Отказ от употребления ПАВ, сексуальных стимуляторов; Методы саморегуляции (медитация, самогипноз, релаксация), психофармакотерапия
R	Моторная, эмоциональная и когнитивная реакция	Сексуальный транс; переживание особо приятных (гратуальных) сладострастных ощущений, эйфория; ложное чувство самоконтроля; постоянный или перманентный поиск новых сексуальных партнеров или виртуальных объектов для сексуальной реализации	Техники отвлечения внимания, контроль эмоций и автоматических мыслей рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ), «серфинг влечения», условно-рефлекторная терапия, техники визуализации
K	Типичные последствия поведения	Рискованное сексуальное поведение	Минимизация ущерба путем планирования поведения, соблюдения границ безопасности
C	Последствия поведения (кратковременные и долгосрочные)	Идеи самообвинения, замкнутость, депрессия, прием ПАВ, суицидальные попытки	Коррекция патологических мыслей методом РЭПТ, выполнение семейного договора
E	Личностные установки и ожидания (внутренние когнитивные процессы)	Отношение к сексу как к серии разовых эпизодов (анозогнозия, непонимание континуальности заболевания); «мифологическая» внутренняя картина заболевания (фантазирование про собственную сексуальную успешность и исключительность; персонафикация сексуальных атрибутов, неадекватная самооценка); иллюзия контроля за собственным поведением, снижение критичности к собственному поведению; дисфункциональные семейные/партнерские отношения	Континуальная психотерапия, мотивационное консультирование, клиент-центрированная терапия, коррекция патологических мыслей методом РЭПТ, работа в сообществах самопомощи (12-шаговая программа), системная семейная терапия, экзистенциальная терапия, лечение зависимости

Рубрика *E*, описывающая внутренние когнитивные процессы — внутренняя картина заболевания, локус контроля, ценностные ориентации индивида — может рассматриваться как точка приложения патогенетической терапии, в то время как остальные предложенные мишени терапии в большей степени симптомоцентрированы. Такая позиция согласуется с общим подходом к оценке рубрик, предложенным М. В. Бурдиным (URL: [http://www.burdin.perm.ru/view\\_science.php?id=6](http://www.burdin.perm.ru/view_science.php?id=6)).

Проведение поведенческого анализа согласно приведенной схеме позволяет одновременно решать диагностические и терапевтические задачи.

УДК 616-052:616.839-008

*Пономарёв В. И.\**, *Вовк В. И.\**, *Матвиенко Ж. И.\*\**

*\* Харьковський національний університет*

*імені В. Н. Каразіна (г. Харків);*

*\*\*Консультативно-діагностический центр, Броварська ЦРБ (г. Бровари, Київська область)*

**Личностные особенности при соматоформной вегетативной дисфункции**

Соматоформная вегетативная дисфункция (шифр F45.3 по МКБ-10) представляет собой группу расстройств, проявляющихся симптомами поражения одного либо нескольких органов, при отсутствии объективно регистрируемой основы для появления таких симптомов. Распространенность данной патологии среди населения достаточно высока — более 50 % пациентов обращаются к врачам общей практики с жалобами, не имеющими достаточной органической основы. Лечение данного контингента больных составляет значительную трудность, поскольку в первую очередь они попадают к специалистам общей практики и терапевтам, и в самую последнюю очередь — к психиатрам и психотерапевтам. Кроме медикаментозной коррекции, должна проводиться психокоррекция. Известно, что особенности личностной сферы могут оказывать влияние на исход терапии, и в том числе психотерапии. В связи с этим, цель данного исследования — изучить личностные особенности у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией.

Было обследовано 30 пациентов, у которых была диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция. Средний возраст пациентов составлял 33 года. Жалобы больных относились в основном к сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и дыхательной системе. Отягощающих психологических факторов во всех случаях выявлено не было. Были зарегистрированы жалобы на чувство напряженности и озабоченности, убежденности в своей социальной непривлекательности или малоценности по сравнению с другими, повышенную озабоченность неприятием себя в социальных ситуациях и нарастание напряженности из-за критики в свой адрес, и т. д.

Все пациенты прошли обследование личностных особенностей с помощью теста СМИЛ — модифицированного Л. Собчик варианта опросника ММРІ (Миннесотский многоаспектный личностный опросник, Minnesota Multiphasic Personality Inventory — методика, созданная в 1940 г. С. Хатуэем и Дж. Маккинли в университете Миннесоты). При проведении исследования обращало на себя внимание повышение (а в большинстве случаев пики) по 2-й и 7-й шкалам (шкала тревожности/депрессии и психастении соответственно) с одновременным снижением по 9-й шкале (гипомании).

Таким образом, можно утверждать, что все обследованные пациенты с диагнозом соматоформная вегетативная дисфункция имеют личностные особенности, способствующие развитию и поддержанию заболевания.