

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	- Десенситизация, - 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).

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.***

** Харьковский национальный университет*

имени В. Н. Каразина (г. Харьков);

*** Консультативно-диагностический центр, Броварская ЦРБ (г. Бровары, Киевская 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 MMPI (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.