

## НАРУШЕНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ ФЕНОМЕНА ДЕЗАДАПТАЦИИ СУПРУГОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В современном обществе долголетие становится все более значимой тенденцией, причем основная проблема заключается в его качестве. Если в 1950 г. количество пожилых людей во всем мире составляло 214 млн человек, то по перспективным расчетам ООН, к 2025 г. их количество увеличится в 5 раз и превысит 1 млрд человек. Еще более быстрыми темпами увеличивается количество людей, преодолевших 80-летний барьер: к 2025 г. их количество увеличится в 10 раз, с 13 до 135 млн человек. В связи с этим Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) даже принят новый термин — «население четвертого возраста» — это люди восьмидесяти лет и старше (люди 60 лет и старше называются «населением третьего возраста» или «лицами периода поздней зрелости») [1, 2].

Одной из характерных особенностей периода поздней зрелости является наступающая социально-психологическая дезадаптация [2]. Именно изменение социального статуса пожилого человека т. н. «третьего возраста» — выход на пенсию, утрата близких родственников, возможные трудности в связи с самообслуживанием, ухудшение экономического положения — нарушает привычные жизненные стереотипы, требует мобилизации собственных физических и психических резервов, которые в этом возрасте уже снижены.

К тому же, в условиях демографического «постарения», в развитых странах мира наблюдается рост контингента пожилых людей с психическими нарушениями [3—5]. По мнению некоторых авторов [6, 7], депрессии, впервые развившиеся в позднем возрасте, независимо от их нозологической принадлежности, в подавляющем большинстве случаев имеют психогенное начало и лишь в дальнейшем течении приобретают более или менее очерченную клиническую картину, свойственную определенной нозологической форме. Таким образом, «предпочтительность» депрессивных состояний у лиц позднего возраста — феномен, тесно связанный с возрастными биологическими и психосоциальными изменениями.

Кроме того, период поздней зрелости несет в себе и экзистенциальную составляющую [8—10] с нарастанием тревоги смерти, утратой смысла жизни, в том числе вследствие ухудшения соматического состояния и увеличения риска развития тяжелых хронических заболеваний с высокопотенциальным летальным исходом, изоляции в результате смены социального статуса, а также изменений в семейной сфере.

Результатом суммации этих факторов является резкое изменение в воображении определенной модели мира, созданной индивидом с целью адаптации к среде с дестабилизацией социального и психологического поля его функционирования. Это приводит к необходимости приспособления к новым взаимоотношениям как в социуме, так и в семье, что в ряде случаев может выйти за пределы оптимального уровня человеческих адаптационных возможностей и вызвать развитие дезадаптации в разных сферах личностного функционирования пожилого человека [10].

Исследователями установлено, что наиболее оптимальным типом функционирования и взаимодействия

с окружающим миром в этом возрасте является существование в супружеской паре (СП) [2]. По данным американских ученых, семейные отношения являются одним из самых мощных стимулов, придающих человеку в периоде поздней зрелости смысл жизни [11]. По мнению Э Фромма, именно семья дает пожилому человеку ощущение защищенности и стабильности, удовлетворяя тем самым «потребность личности в корнях» [12]. Так, пожилые СП демонстрируют большее единство в выборе целей и источников удовольствия (и меньше источников разногласий), а также, как правило, обладают приблизительно одинаковым уровнем состояния здоровья [13].

Соответственно, нарушение супружеской адаптации в пожилом возрасте оказывает значительное негативное влияние на все сферы жизнедеятельности личности. По мнению В. В. Кришталея, дезадаптация супругов пожилого возраста представляет собой сложный многофакторный и полипараметрический феномен, детерминированный сочетанием всех проявлений сексуальности супругов — психических, соматических, социально-психологических и биологических, требующий дальнейшего углубленного изучения [14].

Учитывая вышеизложенное, в рамках изучения феномена дезадаптации супругов периода поздней зрелости, целью данной работы стало исследование их психического состояния в зависимости от сексуальной адаптации СП.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе госпиталя для ветеранов войны г. Кировограда на протяжении 2007—2009 гг. были обследованы 144 СП в возрасте от 60 до 80 лет, в которых супруг находился на стационарном лечении (в структуре заболеваемости у всех обследуемых присутствовала патология сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата). Из них основную группу составили 112 СП, испытывающих психосексуальную неудовлетворенность. В качестве группы сравнения обследовали 32 СП, у которых имела место сексуальная адаптация и психосексуальная удовлетворенность. Критерием включения в исследование являлось также установленное врачом-психиатром в соответствии с критериями раздела V «Психические расстройства» МКБ-10 отсутствие у обследуемых аффективных расстройств органической природы. Критериями исключения были: тяжелое течение соматических заболеваний, суицидальные попытки в анамнезе, признаки зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ, отказ от участия в исследовании или дальнейшем лечении, тяжелые органические поражения головного мозга. В исследование также не включались пациенты, имевшие меньше 21 балла по шкале оценки когнитивного статуса Mini-mental Scale Examination (MMSE) [15].

Основанием для вывода о репрезентативности полученных результатов стала однородность базовых социально-демографических показателей и соматического состояния обследованных обеих групп.

Полученные данные регистрировались в базе данных с использованием системы управления базами данных MS Access v.8 for Windows 9x. Анализ, обработка

результатов исследования проводилась с помощью программы SPSS 10.05 for Windows 9x.

Психическое состояние супругов исследовали с помощью психодиагностического метода. Структуру и интенсивность эмоций исследовали с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния», проф. Н. А. Маруты [16]. Патопсихологическую готовность к развитию невротической симптоматики устанавливали с помощью объективизации уровня личностной и реактивной тревожности (по методике Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, 2001) и депрессивного реагирования (по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге, 2001) [17]. Количественную

оценку психопатологических нарушений осуществляли с помощью психометрического шкалирования с использованием стандартизированных объективных рейтинговых шкал: клинической шкалы MADRS для оценки депрессии (2003) и клинической шкалы тревоги Кови (CAS) (2003) [18].

В результате исследования установлено следующее.

При оценке эмоционального состояния обследованных выявлены патогномические особенности, присущие супругам пожилого возраста, живущих в состоянии сексуальной дезадаптации и психосексуальной неудовлетворенности (таблица).

**Сравнительный анализ частоты встречаемости и интенсивности выраженности эмоциональных проявлений у пожилых супругов в зависимости от состояния сексуальной адаптации**

Эмоция	Основная группа, n = 112		Группа сравнения, n = 32	
	Частота встречаемости % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)	Частота встречаемости % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)
1	2	3	4	5
Удовлетворение	34,1 ± 0,2	2,1 ± 0,3	74,3 ± 3,2	2,2 ± 0,3
Радость	21,9 ± 1,2	2,6 ± 0,3	70,1 ± 2,7	2,6 ± 0,4
Ликование	1,7 ± 0,5	1,1 ± 0,7	4,9 ± 0,7	1,1 ± 0,4
Увлеченность	3,6 ± 0,7	1,4 ± 0,5	17,5 ± 2,3	1,0 ± 0,3
Уверенность	31,5 ± 0,5	2,8 ± 0,5	71,7 ± 1,2	1,1 ± 0,3
Гордость	31,2 ± 3,1	1,3 ± 0,3	51,1 ± 3,4	1,5 ± 0,2
Доверие	31,4 ± 0,7	0,9 ± 0,2	86,2 ± 3,1	1,2 ± 0,5
Симпатия	57,9 ± 6,4	0,9 ± 0,3	65,1 ± 2,4	1,1 ± 0,2
Восторг	29,1 ± 1,2	1,2 ± 0,4	33,1 ± 3,5	1,2 ± 0,4
Умиление	16,1 ± 1,3	1,0 ± 0,3	14,3 ± 2,1	1,1 ± 0,3
Нежность	31,4 ± 2,3	1,1 ± 0,3	34,1 ± 1,7	1,2 ± 0,4
Самодовольство	18,5 ± 2,3	1,2 ± 0,3	19,4 ± 3,2	1,3 ± 0,2
Блаженство	0,3 ± 1,1	0,9 ± 0,2	9,0 ± 1,5	0,9 ± 0,2
Злорадность	4,9 ± 1,1	0,7 ± 0,1	1,6 ± 0,8	1,2 ± 0,3
Ощущение облегчения	23,9 ± 2,3	1,2 ± 0,3	45,0 ± 1,2	1,2 ± 0,2
Ощущение удовлетворенности собой	14,3 ± 0,9	1,3 ± 0,4	81,7 ± 2,1	1,5 ± 0,3
Ощущение безопасности	17,9 ± 3,1	1,3 ± 0,9	84,3 ± 2,3	2,5 ± 0,3
Предчувствие	10,9 ± 1,2	1,0 ± 0,3	12,4 ± 1,2	1,2 ± 0,3
Любопытство	21,3 ± 0,9	0,9 ± 0,3	22,3 ± 1,4	1,2 ± 0,4
Удивление	14,1 ± 2,7	1,2 ± 0,3	14,9 ± 1,3	0,9 ± 0,1
Безразличие	3,4 ± 0,9	1,1 ± 0,2	5,7 ± 0,9	1,0 ± 0,2
Неудовлетворенность	88,3 ± 1,4	3,8 ± 0,4	21,2 ± 2,1	1,2 ± 0,2
Горе (скорбь)	54,3 ± 0,7	1,7 ± 0,4	14,3 ± 2,1	1,4 ± 0,3
Тоска	17,2 ± 0,7	1,6 ± 0,9	5,6 ± 2,3	1,0 ± 0,3
Печаль	20,0 ± 0,3	1,2 ± 0,3	18,7 ± 1,7	1,2 ± 0,4
Отчаяние	29,1 ± 2,4	1,3 ± 0,7	7,2 ± 4,3	1,2 ± 0,4
Огорчение	10,2 ± 2,1	1,4 ± 0,9	9,1 ± 3,3	0,9 ± 0,1
Тревога	74,3 ± 3,2	2,2 ± 0,9	11,2 ± 3,6	1,2 ± 0,4
Обида	35,3 ± 5,1	1,1 ± 0,3	18,4 ± 2,5	1,4 ± 0,3
Боязнь	79,1 ± 0,7	2,7 ± 0,4	26,1 ± 2,7	1,1 ± 0,3
Испуг	24,5 ± 3,1	1,1 ± 0,5	23,2 ± 1,9	1,4 ± 0,3
Страх	67,7 ± 0,9	2,9 ± 0,7	4,6 ± 1,1	1,1 ± 0,2
Сочувствие	32,1 ± 0,5	1,2 ± 0,4	31,2 ± 2,4	1,2 ± 0,3
Жалость к себе	49,4 ± 3,1	2,9 ± 0,3	9,0 ± 2,7	1,2 ± 0,4
Досада	36,1 ± 5,3	1,0 ± 0,3	15,6 ± 2,3	1,2 ± 0,3
Гнев	22,1 ± 0,7	1,6 ± 0,4	22,4 ± 3,1	1,7 ± 0,3
Ощущение обиды	63,1 ± 0,6	1,5 ± 0,3	11,3 ± 1,7	1,3 ± 0,2
Возмущение	14,7 ± 1,3	2,1 ± 0,9	13,7 ± 1,9	1,3 ± 0,5
Ненависть	12,1 ± 0,7	1,7 ± 0,9	1,8 ± 1,3	1,2 ± 0,3

Эмоция	Основная группа, n = 112		Группа сравнения, n = 32	
	Частота встречаемости % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)	Частота встречаемости % ± m	Интенсивность (среднее значение баллов самооценки)
1	2	3	4	5
Неприязнь	9,9 ± 1,3	1,6 ± 0,4	1,6 ± 0,7	1,2 ± 0,3
Злоба	9,1 ± 2,1	1,3 ± 0,5	8,9 ± 1,9	1,3 ± 0,4
Грусть	33,1 ± 0,6	1,1 ± 0,9	11,9 ± 1,4	1,3 ± 0,4
Скука	26,1 ± 1,7	0,9 ± 1,1	5,6 ± 2,1	1,4 ± 0,2
Стыд	56,8 ± 2,3	1,6 ± 0,5	14,5 ± 2,6	1,3 ± 0,3
Ярость	4,1 ± 0,3	1,9 ± 0,7	1,9 ± 0,9	1,0 ± 0,3
Презрение	9,1 ± 0,2	1,3 ± 0,3	0,3 ± 0,9	1,2 ± 0,3
Отвращение	14,5 ± 0,9	1,4 ± 0,4	1,2 ± 0,7	1,5 ± 0,4
Недовольство собой	81,5 ± 1,1	3,1 ± 0,3	16,9 ± 0,7	1,2 ± 0,1
Горечь	19,1 ± 0,3	1,2 ± 0,4	2,2 ± 1,3	1,2 ± 0,5

Примечание.  — При сравнении частоты встречается симптомов в основной и сравнительной группах отличия достоверные (p < 0,01).

Из представленных в таблице данных видно, что у обследованных основной группы имело место преобладание негативных эмоций, структура которых представлена на рис. 1:

- неудовлетворенность (частота встречаемости — 88,3 ± 1,4 %, интенсивность — 3,8 ± 0,4 балла),
- недовольство собой (частота встречаемости — 81,5 ± 1,1 %, интенсивность — 3,1 ± 0,3 балла),
- боязнь (частота встречаемости — 79,1 ± 0,7 %, интенсивность — 2,7 ± 0,4 балла),
- тревога (частота встречаемости — 74,3 ± 3,2 %, интенсивность — 2,2 ± 0,9 балла),
- страх (частота встречаемости — 67,7 ± 0,9 %, интенсивность — 2,9 ± 0,7 балла),
- ощущение обиды (частота встречаемости — 63,1 ± 0,6 %, интенсивность — 1,5 ± 0,3 балла).

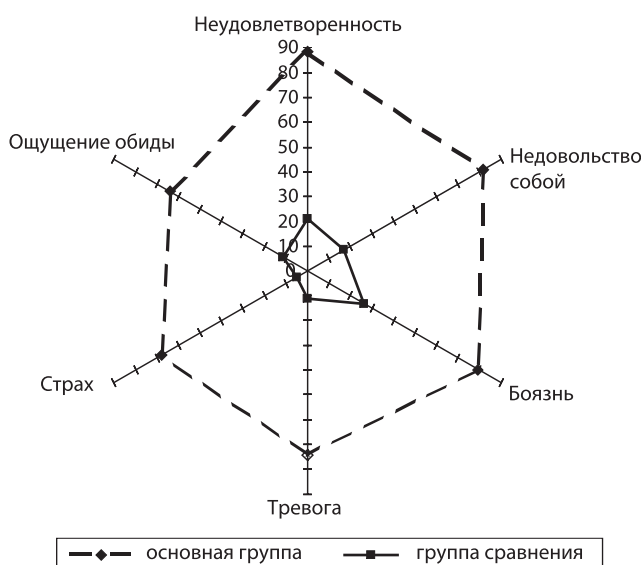


Рис. 1. Распространенность негативных эмоций среди супругов основной и сравнительной групп (данные в %)

Данные таблицы свидетельствуют также о прева-лировании среди супругов группы сравнения эмоций позитивного ряда:

- доверия (частота встречаемости — 86,2 ± 3,1 %, интенсивность — 1,2 ± 0,5 балла),
- ощущения безопасности (частота встречаемости — 84,3 ± 2,3 %, интенсивность — 2,5 ± 0,3 балла),
- ощущения удовлетворенности собой (частота встречаемости — 81,7 ± 2,1 %, интенсивность — 1,5 ± 0,3 балла),
- радости (частота встречаемости — 70,1 ± 2,7 %, интенсивность — 2,6 ± 0,4 балла),
- удовлетворения (частота встречаемости — 74,3 ± 3,2 %, интенсивность — 2,2 ± 0,3 балла),
- уверенности (частота встречаемости — 71,7 ± 1,2 %, интенсивность — 1,1 ± 0,3 балла) (рис. 2).

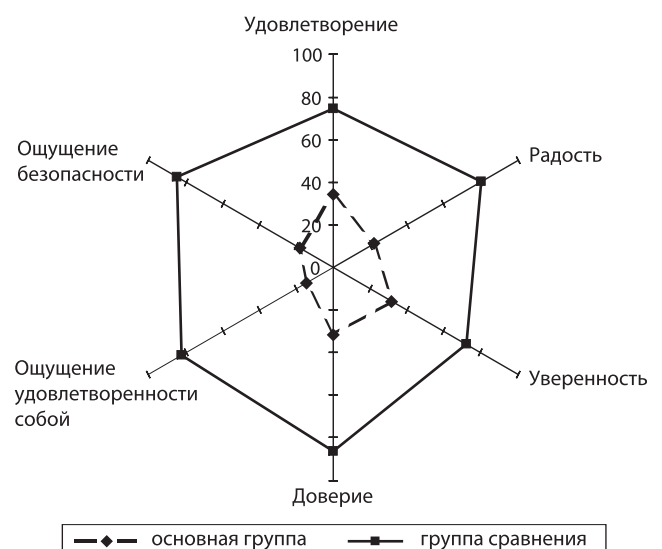


Рис. 2. Распространенность позитивных эмоций среди супругов основной и сравнительной групп (данные в %)

Обобщая результаты анализа структуры и интенсивности эмоций у пожилых супругов с сексуальной дезадаптацией, можно утверждать, что им было присуще наличие негативно окрашенных эмоциональных переживаний с преобладанием депрессивного, тревожного и фобического компонентов ( $p < 0,01$ ). При этом особенностью депрессивного компонента была направленность негативных переживаний на собственную личность, а фобического — политематический характер. Все это сопровождалось чрезвычайно низким уровнем распространенности позитивных эмоций, что явилось достоверным отличием между обследованными обеими группами ( $p < 0,01$ ).

Анализ уровня личностной (ЛТ) и реактивной (РТ) тревожности выявил различия между показателями пациентов основной и сравнительной групп.

Так, среди мужчин основной группы высокий, средний и низкий уровни ЛТ распределились примерно в одинаковых соотношениях ( $31,3 \pm 4,6\%$  —  $31,3 \pm 4,6\%$  —  $37,5 \pm 4,8\%$ , соответственно) (рис. 3), тогда как среди обследованных группы сравнения преобладали средний и низкий (по  $43,8 \pm 5,0\%$ , соответственно) уровни ЛТ (рис. 4). У  $62,5 \pm 4,8\%$  женщин основной группы выявлен средний уровень ЛТ, высокий диагностирован у  $25 \pm 4,3\%$ , низкий — у  $12,5 \pm 3,3\%$  (рис. 3). Среди обследованных женщин группы сравнения низкий уровень ЛТ установлен у  $56,3 \pm 5,0\%$ , средний — у  $34,4 \pm 4,7\%$ , высокий, соответственно — у  $9,4 \pm 2,9\%$  (см. рис. 4).

При сравнительном анализе распределения ЛТ у обследованных обеих групп (рис. 5) установлено, что среди супругов основной группы высокий уровень ЛТ достоверно превышал показатели у супругов группы сравнения ( $p < 0,01$ ). Среди мужчин основной группы преобладали высокий и средний уровни ЛТ, а у мужчин группы сравнения — средний и низкий. Для большинства женщин с сексуальной дезадаптацией преобладающим был средний уровень ЛТ, в то время как для сексуально успешных более характерным выявился низкий ее уровень.

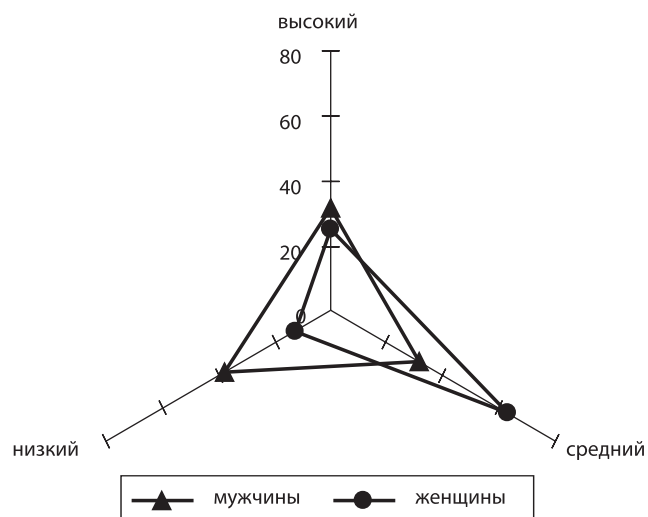


Рис. 3. Показатели личностной тревожности у супругов основной группы (данные в %)

Показатели уровня РТ среди супругов основной группы распределились следующим образом: высокий — у  $31,3 \pm 4,6\%$  мужчин и  $12,5 \pm 3,3\%$  женщин; средний — у  $43,8 \pm 5,0\%$  и  $68,8 \pm 4,6\%$ ; низкий — у  $25 \pm 4,3\%$

и  $18,7 \pm 3,9\%$ , соответственно (рис. 6). Обследованные группы сравнения выявили преобладание среднего ( $40,6 \pm 4,9\%$  мужчин и  $65,6 \pm 4,7\%$  женщин) и низкого ( $43,8 \pm 5,0\%$  мужчин и  $28,1 \pm 4,5\%$  женщин) уровней РТ (рис. 7).

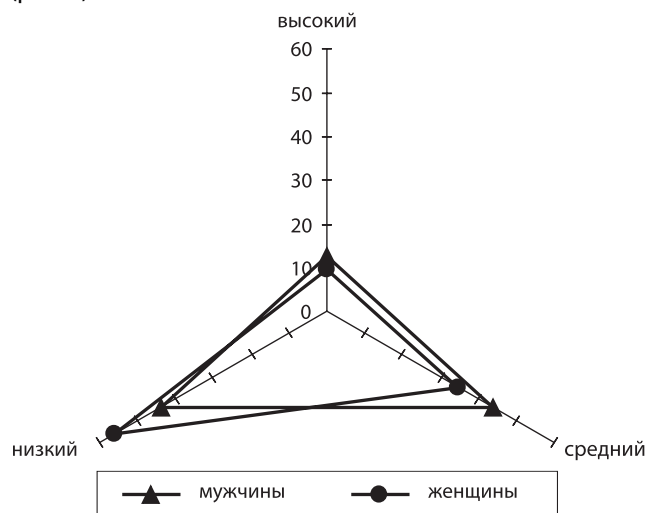


Рис. 4. Показатели личностной тревожности у супругов группы сравнения (данные в %)

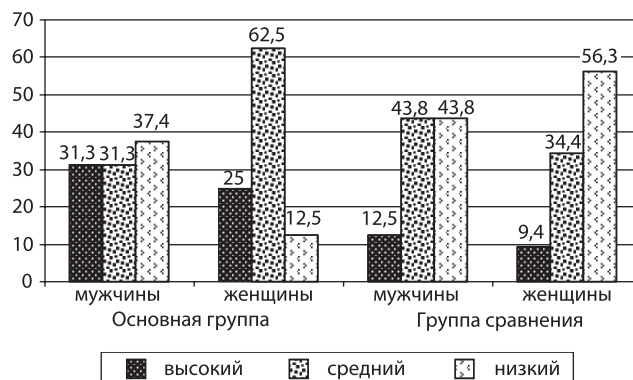


Рис. 5. Результаты сравнительного изучения распределения уровня личностной тревожности у обследованных обеих групп (данные в %)

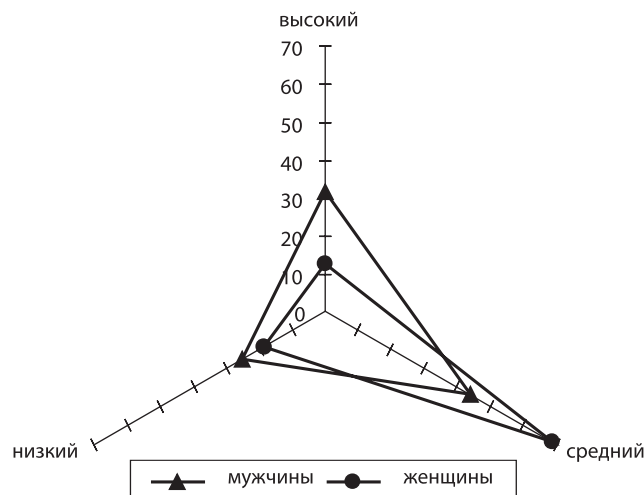


Рис. 6. Распределение показателей реактивной тревожности у пациентов основной группы

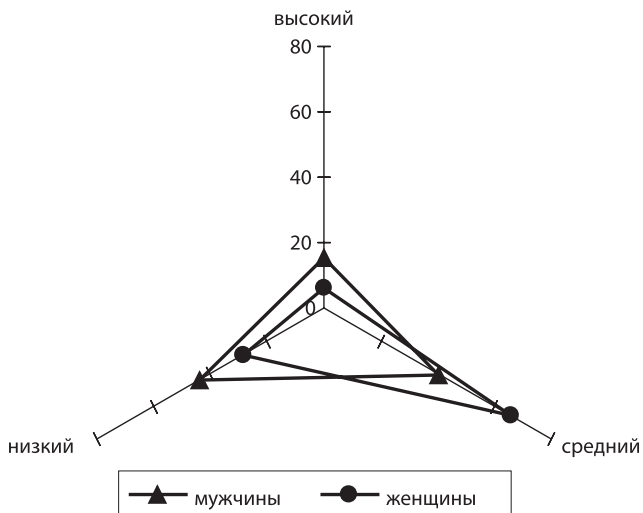


Рис. 7. Распределение показателей реактивной тревожности у пациентов группы сравнения

В отличие от показателей ЛТ, тенденция в распределении РТ с превалированием среднего ее уровня выявилась сходной среди женщин обеих групп. Для мужчин с сексуальной дезадаптацией выявилось характерным доминирование высокого и среднего уровня РТ, в то время как у мужчин группы сравнения установлено преобладание среднего и низкого ее уровня ( $p < 0,01$ ) (рис. 8).

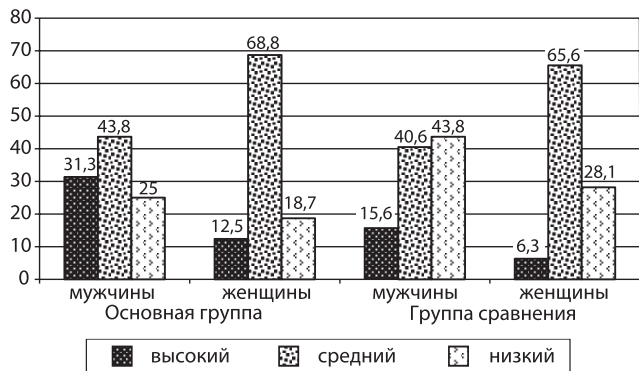


Рис. 8. Результаты сравнительного изучения распределения уровня реактивной тревожности у обследованных обеих групп (данные в %)

При изучении уровня депрессивного реагирования по данным самооценки пациентов, субдепрессивное состояние установлено у  $18,8 \pm 3,9\%$  мужчин и  $12,5 \pm 3,3\%$  женщин основной группы, ситуативная депрессия — у  $18,8 \pm 3,9\%$  мужчин и  $56,3 \pm 5,0\%$  женщин основной и  $12,5 \pm 3,3\%$  мужчин и  $21,9 \pm 4,1\%$  женщин группы сравнения (рис. 9, 10).

Сравнительный анализ уровня депрессивного реагирования обследованных выявил следующее. Супруги группы сравнения в большинстве случаев не испытывали депрессивных переживаний, хотя у 21,9 % женщин выявлено состояние легкой депрессии ситуативного генеза. Это же состояние выявилось присущим для более чем половины женщин основной группы, а у 12,4 % обследованных с сексуальной дезадаптацией установлена маскированная депрессия ( $p < 0,01$ ). Большая часть мужчин обеих групп не осознавали наличия у себя депрессивных переживаний, однако, среди остальных

почти 20 % мужчин основной группы испытывали, по их мнению, субдепрессивное состояние или маскированную депрессию ( $p < 0,01$ ) (рис. 11).

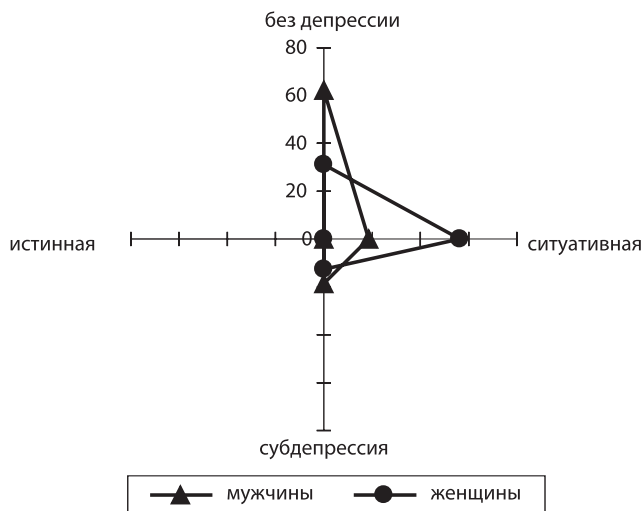


Рис. 9. Уровень депрессивного реагирования по данным самооценки обследованных основной группы

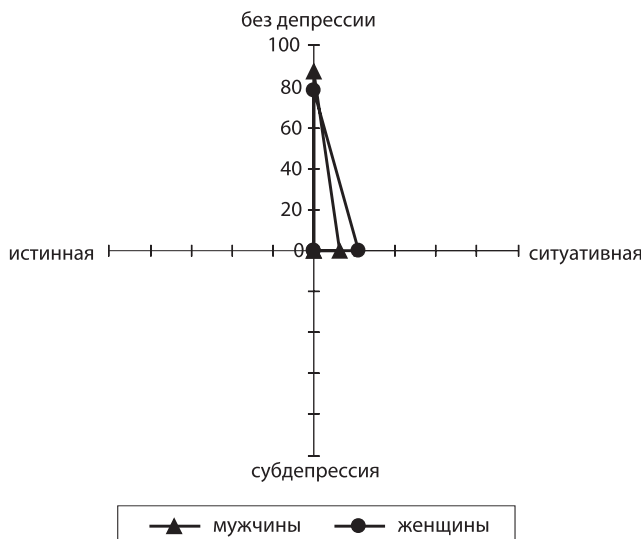


Рис. 10. Уровень депрессивного реагирования по данным самооценки обследованных группы сравнения



Рис. 11. Результаты сравнительного изучения уровня депрессивного реагирования по данным самооценки обследованных обеих групп (данные в %)

Таким образом, у супругов основной группы, в отличие об обследованных группы сравнения, диагностирована патопсихологическая готовность к невротическому реагированию, обусловленная высокой личностной и/или реактивной тревожностью, а также субъективной оценкой наличия депрессивных переживаний, достигающих уровня ситуативной или маскированной депрессии.

При объективизации психопатологической симптоматики с помощью клинической шкалы MADRS, в основной группе у  $25 \pm 4,3$  % мужчин и женщин диагностирован умеренный, а у  $37,5 \pm 4,8$  % мужчин и  $50 \pm 5,0$  % женщин — легкий депрессивный эпизод (рис. 12). Состояние без депрессии установлено у  $37,5 \pm 4,8$  % мужчин и  $18,8 \pm 3,9$  % женщин основной группы и у всех обследованных в группе сравнения. Таким образом, у обследованных установлены различия между субъективной и объективной оценкой депрессивной симптоматики.

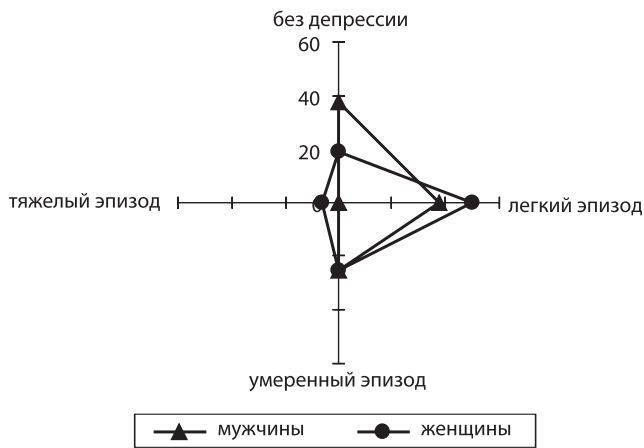


Рис. 12. Наличие и тяжесть депрессивной симптоматики у обследованных основной группы (по данным MADRS) (данные в %)

Психопатологические проявления тревоги в виде истинного тревожного состояния (по данным шкалы CAS) выявились характерными для  $12,5 \pm 3,3$  % мужчин и  $31,3 \pm 4,6$  % женщин основной группы (рис. 13). Наличие симптомов тревоги установлено у  $56,3 \pm 5,0$  % мужчин и  $62,5 \pm 4,8$  % женщин и основной группы, а также  $6,3 \pm 2,4$  % мужчин и  $18,8 \pm 3,9$  % женщин из группы сравнения (рис. 14).

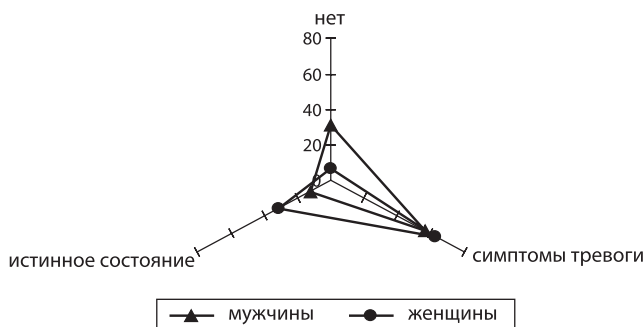


Рис. 13. Психопатологические проявления тревоги у обследованных основной группы (данные в %)

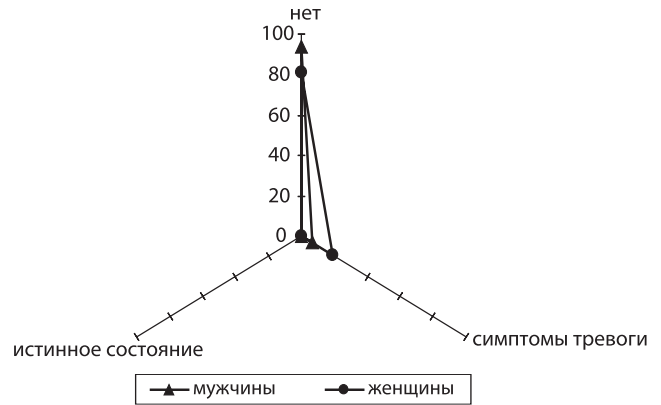


Рис. 14. Психопатологические проявления тревоги у обследованных группы сравнения (данные в %)

При сравнительном изучении результатов объективного исследования психопатологических проявлений тревоги установлена диссоциация между самооценкой своих тревожных проявлений обследованными основной группы и их реальным состоянием (рис. 15). Так, несмотря на наличие у  $31,3$  % мужчин с сексуальной дезадаптацией высокого уровня ситуативной тревожности, клинически выраженное тревожное состояние было диагностировано только у  $12,4$  %. Это свидетельствовало о склонности мужчин основной группы переоценивать степень своих тревожных проявлений. Среди женщин тенденция выявилась обратной: высокий уровень ситуативной тревожности установлен только у  $12,5$  %, однако истинное клинически значимое тревожное состояние было характерным для  $31,2$  %, а  $62,3$  % испытывали симптомы тревоги. Это свидетельствовало о том, что женщины с сексуальной дезадаптацией свои психопатологические нарушения не склонны были считать проявлениями тревожного расстройства, трактуя их как депрессивные.



Рис. 15. Результаты сравнительного изучения психопатологических проявлений тревоги у обследованных обеих групп (данные в %)

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о наличии состояния психической дезадаптации у супругов основной группы (в ряде случаев доходящей до клинически выраженных нарушений психического здоровья в виде тревожных, фобических и депрессивных проявлений), в отличие от супругов группы сравнения.

Так, у подружжя основної групи достовірно встановлено наявність стану психологічного неблагополуччя з переважанням негативних емоційних переживань з переобладнанням депресивного, тривожного та фобічного компонентів (неудовлетвореності, недовольства собою, боязні, тривоги, страху, почування обиди) при дуже низькій вираженості позитивних емоцій. Крім того, для них виявилися характерними переобладнання високого рівня особистісної та реактивної тривожності та наявність вираженої психопатологічної депресивної та тривожної симптоматики.

В той же час, у подружжя групи порівняння не виявлено порушень психічного стану та психологічного благополуччя.

Таким чином, проведене дослідження дає підстави утверджувати, що порушення психічного стану у похилих подружжя, які відчувають психосексуальну неудовлетвореність, є складовою феномену дезадаптації подружжя похилого віку, що необхідно враховувати при розробці системи медико-психологічних заходів для даної категорії пацієнтів.

#### Список літератури

1. Маньковський, Б. Н. На шляху від геронтології до медицини антистаріння / Б. Н. Маньковський, Ю. П. Трифонова, Д. Іонеску // Здоров'я України. — 2007. — № 7. — С. 60—62.
2. Психологія людини від народження до смерті / Під заг. ред. А. А. Реана — СПб.: Прайм-Еврознак, 2002. — 656 с.
3. Вперше звернутися до психоневрологічного диспансеру похилого віку / Медведєв А. В., Огнев А. Е., Трифонов Е. Г. [і др.]. // Журн. невропатології та психіатрії ім. С. С. Корсакова. — 2000. — № 10. — С. 51—56.
4. Bollerup, T. R. Prevalence of Mental Illness among 70-Year Olds Domiciled in Nine Copenhagen Suburbs / T. R. Bollerup // Acta Psychiat. Scand. — 1999. — P. 57, 327—339.
5. Feldmann, M. D. Психічні розлади у практиці сімейного лікаря: Депресія / М. D. Feldmann, Н. М. Зал // Медицина світу. — 2001. — Т. 11, № 2. — С. 63—74.

6. Тибилова, А. У. Прогностичне значення особистісних рис при психотерапії депресивних хворих похилого віку / А. У. Тибилова, І. В. Цыцарева. В кн.: Возрастные аспекты групповой психотерапии при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1988. — С. 131—137.

7. Трифонов, Е. Г. Дневной геронтопсихиатрический стационар: анализ 5-летней деятельности / Е. Г. Трифонов, А. Е. Огнев // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1997. — № 3. — С. 26—29.

8. Гаврилова, С. И. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте / С. И. Гаврилова, Я. Б. Калыш // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — № 6. — С. 212—215.

9. Полищук, Ю. И. Состояния смыслоутраты в позднем возрасте и их роль в формировании затяжных депрессивных реакций и дистимий / Ю. И. Полищук, З. В. Летникова, И. В. Баранская // Соц. и клин. психиатрия. — 2002. — № 4. — С. 10—13.

10. Будза, В. Г. Психогенные факторы невротических расстройств в позднем возрасте [Электронный ресурс] / В. Г. Будза, Е. Ю. Антонин // Обзорное психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. — 2005. — Т. 2, № 1 — Режим доступа: <http://consilium-medicum.com/magazines/magazines/special/psychiatryoverview/article/6982>.

11. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. — СПб.: Прайм-Еврознак, 2000. — 497 с.

12. Фромм, Э. Бегство от свободы. Человек для себя: пер. с англ. / Э. Фромм. — М.: АСТ, 2006. — 571 с.

13. Levenson, R. W. Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction / R. W. Levenson, L. L. Carstensen, J. M. Gottman // Psychology and Aging. — 1993. — Vol. 8. — P. 301—313.

14. Кришталь, В. В. Сексологія: навч. посіб.: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь — Харків: Фоліо, 2008. — 990 с.

15. Folstein, G. N. Mini-mental state examination / G. N. Folstein // J. Psychiatry Research. — 1975. — V. 12. — P. 189.

16. Марута, Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: монография / Н. А. Марута. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.

17. Практическая психодиагностика (методики и тесты) / Под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Бахрах, 1999 — 672 с.

18. Подкорытов, В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.

Надійшла до редакції 22.07.2009 р.

Г. П. Сябренко

#### Порушення психічного стану як складова феномену дезадаптації подружжя похилого віку

Шпиталь для ветеранів війни  
(м. Кировоград)

У роботі наведені дані вивчення психічного стану подружжя похилого віку в залежності від наявності/відсутності сексуальної адаптації та психосексуальної задоволеності. Встановлено, що і в чоловіків, і у жінок похилого віку з сексуальною дисгармонією мають місце порушення психічного стану та психологічного благополуччя із розладами тривожно-депресивного спектра. Зроблено висновок, що порушення психічного стану є складовою розвитку феномену дезадаптації подружжя похилого віку.

G. P. Syabrenko

#### The violation of mental condition as constituent of the phenomenon of disadaptation of old age married couples

Hospital for the veterans of war  
(Kirovograd)

In work these studies of mental condition of old age married couples depending on presences or absences of sexual adaptation and psychosexual satisfaction are presented. It is set that and for old age men, and for women with sexual disharmony, the violations of mental condition and psychological prosperity with disorders of anxious-depressive spectrum take place. A conclusion that violation of mental condition is the constituent of development of the phenomenon of disadaptation of old age married couples is done.