

АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ В СТРУКТУРІ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПОДРУЖЖЯ ЛІТНЬОГО ВІКУ ТА ЇХ КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ

На основі дослідження з позицій системного підходу 144 подружніх пар (ПП) віком від 65 до 82 років, в яких чоловіки проходили стаціонарне лікування внаслідок соматичних захворювань (патології серцево-судинної і/або ендокринної систем, а також опорно-рухового апарату), серед яких 112 ПП із психосексуальною незадоволеністю склали основну групу, а 32 із психосексуальною задоволеністю — групу порівняння, доведено важливість сексуальної адаптації для подружжя літнього віку та розроблено систему комплексної терапії її порушення. На основі отриманих даних розроблена система комплексної терапії дезадаптації подружжя літнього віку, впровадження якої дозволило ліквідувати психопатологічні прояви тривожно-депресивно-фобічного вмісту у 91,1 ± 2,9 % чоловіків та 87,5 ± 3,3 % жінок, нормалізувати сексуальну функцію — у 65,2 ± 4,8 % чоловіків і 73,2 ± 4,4 % жінок та відновити подружню адаптацію у 71,4 ± 4,5 % ПП.

Ключові слова: дезадаптація, подружжя, літній вік, комплексна терапія.

Україна належить до найбільш демографічно «старих» країн світу: кожен четвертий житель — пенсіонер за віком, а кожен п'ятий переступив 50-річний рубіж. І, якщо за питомою вагою в структурі населення осіб старше 65 років Україна займає 11 місце серед країн світу, то за середньою тривалістю життя — 108 місце [1]. Враховуючи наявні демографічні тенденції, перед медичною наукою гостро встала проблема здоров'я і якості життя населення літнього віку, від 60 років і старше [2, 3].

Встановлено, що найбільш оптимальною формою адаптації в навколишньому світі в цьому віці є існування в подружній парі (ПП) [4, 5].

За даними вчених, саме сім'я дає літній людині відчуття захищеності і стабільності, задовольняючи тим самим «потребу особистості в коріннях» [6, 7]. Крім того, біологічна і психологічна потреба людини в близькості, радісних переживаннях, сексуальній насолоді, яка в літньому віці в більшості випадків реалізується в рамках ПП, не зникає з віком [8, 9].

Щорік в Україні реєструється 12 тисяч шлюбів серед літніх людей [10]. Згідно з результатами наукових досліджень, в США близько 40 % чоловіків у віці від 75 до 85 років ведуть статеве життя, причому кожен четвертий з них має коїтус щонайменше раз на тиждень; серед жителів Німеччини відсоток статево активних чоловіків старше 70 років складає 54 % [11]. При цьому серед основних причин неблагополуччя сексуального життя літні люди відзначають дві найбільш серйозні проблеми: по-перше, погіршення соматичного стану, по-друге — наявність соціально-психологічних проблем у стосунках з дружиною [11].

Враховуючи актуальність, проте, нерозробленість у вітчизняній науковій та клінічній практиці проблеми дезадаптації, що виникає при старінні подружжя, метою даного дослідження було наукове обґрунтування, розроблення та впровадження системи комплексної терапії дезадаптації подружжя літнього віку на основі вивчення з позицій системного підходу причин та механізмів її формування.

З дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі Кіровоградського обласного шпиталю для ветеранів Вітчизняної війни впродовж 2007—2009 рр. було обстежено 144 ПП, в яких подружжя були у віці від 65 до 82 років (70 % осіб були у віці 76—82 років) та чоловік перебував на стаціонарному лікуванні (в усіх обстежуваних діагностовано патологію серцево-судинної і / або ендокринної систем, а також опорно-рухового апарату). Основну групу склали 112 ПП, що потерпали від психосексуальної невдоволеності. Як групу порівняння обстежено 32 ПП, в яких мала місце психосексуальна задоволеність. Критерієм включення в дослідження була також встановлена лікарем-психіатром відповідно до критеріїв розділу V «Психічні розлади» МКХ-10 відсутність в обстежуваних афективних розладів органічної природи. Критеріями виключення були: важкий перебіг соматичних захворювань, суїцидальні спроби в анамнезі, ознаки залежності від алкоголю або інших психоактивних речовин, відмова від участі в дослідженні або подальшому лікуванні, важкі органічні ураження головного мозку. У дослідження також не включали пацієнтів, що мали менше 21 балу за шкалою оцінки когнітивного статусу Mini-mental state examination (MMSE). В цілому, аналіз соціально-демографічних характеристик обстежених груп виявив однорідність основних показників, що стало підставою для висновку про репрезентативність отриманих результатів.

Всім ПП було проведено комплексне обстеження. Клінічне дослідження включало аналіз анамнезу і вивчення соматичного статусу.

Психічний стан подружжя досліджували за допомогою психодіагностичного методу. Структуру і інтенсивність емоцій досліджували за допомогою «Карти самооцінки емоційного стану» Н. О. Марути [12]. Патопсихологічне тло розвитку невротичної симптоматики встановлювали за допомогою об'єктивізації рівня особистісної (ОТ) і реактивної (РТ) тривожності (за методикою Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна) і депресивного реагування (за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге) [13]. Кількісну оцінку психопатологічних порушень здійснювали за допомогою психометричного шкалування з використанням стандартизованих об'єктивних рейтингових шкал: клінічної шкали MADRS для оцінки депресії і клінічної шкали тривоги CAS [14].

Причини і механізми порушення сексуальної функції виявляли, використовуючи системно-структурний аналіз сексуального здоров'я за В. В. Кришталем (1995—2008) [15]. Вивчали індивідуально-психологічні характеристики подружжя (рівень самооцінки подружжя за допомогою методики Н. П. Фетіскіна, В. В. Козлова, Г. М. Мануйлова [16], суб'єктивне відчуття самотності за методикою Д. Рассела, М. Фергюссона [13], самоповагу за шкалою М. Розенберга [17], задоволеність основних життєвих потреб за шкалою О. С. Копіної [18]), а також проводили оцінку стану подружніх стосунків (ступеня задоволеності подружніми стосунками за методикою В. В. Століна, Т. Л. Романової, Р. П. Бутенко [19], успішності сімейної комунікації за допомогою методики Ю. Є. Альошиної, Л. Я. Гозмана, Є. М. Дубовської [20],

функціонування сім'ї відповідно до методики, розробленої В. В. Кришталем, І. А. Семенкіною [21]).

Отримані дані реєстрували в базі даних з використанням системи управління базами даних MS Access v.8 for Windows 9x. Аналіз, оброблення результатів дослідження проводили за допомогою програми SPSS 10.05 for Windows 9x.

В ході клінічного обстеження встановлено, що у переважній більшості пацієнтів спостерігались ті або інші хронічні соматичні захворювання, які могли стати причиною ослаблення сексуальної функції. Так, в абсолютній більшості чоловіків мала місце ішемічна хвороба серця (90,2 ± 3,0 %), в багатьох випадках коморбідна з захворюваннями опорно-рухового апарату (остеохондроз, остеоартроз) (40,2 ± 4,9 %) або з цукровим діабетом II типу (19,6 ± 4,0 %), іноді (9,8 ± 3,8 %) — з доброякісною гіперплазією передміхурової залози (90,2 ± 3,0 % чоловіків перенесли аденомектомію). Крім того, при урологічному дослідженні чоловіків основної групи у більшості з них (73,2 ± 4,4 %) було виявлено ознаки андрогенної недостатності — зниження тургора і еластичності семенників, депігментація і недостатня складчастість мошонки. Таким чином, соматичні захворювання, що були в обстежених чоловіків, обумовлювали зниження ерекtilьної функції. В той же час, дана патологія діагностована у пацієнтів як основної, так і групи порівняння, в якій, однак, усі подружжя відзначали психосексуальну задоволеність.

Під час дослідження психічного стану встановлено, що в обстежених основної групи мало місце переважання негативних емоцій: загальної невдоволеності (частота зустрічаємості — 88,3 ± 1,4 %, інтенсивність — 3,8 ± 0,4 бали), незадоволення собою (частота зустрічаємості — 81,5 ± 1,1 %, інтенсивність — 3,1 ± 0,3 бали), боязні (частота зустрічаємості — 79,1 ± 0,7 %, інтенсивність — 2,7 ± 0,9 бали), тривоги (частота зустрічаємості — 74,3 ± 3,2 %, інтенсивність — 2,2 ± 0,9 бали), страху (частота зустрічаємості — 67,7 ± 0,9 %, інтенсивність — 2,9 ± 0,7 бали), відчуття образи (частота зустрічаємості — 63,1 ± 0,6 %, інтенсивність — 1,5 ± 0,3 бали).

Серед подружжя групи порівняння превалювали емоції позитивного ряду: довіра (частота зустрічаємості — 86,2 ± 3,1 %, інтенсивність — 1,2 ± 0,5 бали), відчуття безпеки (частота зустрічаємості — 84,3 ± 2,3 %, інтенсивність — 2,5 ± 0,3 бали), відчуття задоволеності собою (частота зустрічаємості — 81,7 ± 2,1 %, інтенсивність — 2,5 ± 0,3 бали), радість (частота зустрічаємості — 80,1 ± 2,7 %, інтенсивність — 2,6 ± 0,4 бали), загальне задоволення життям (частота зустрічаємості — 74,3 ± 3,2 %, інтенсивність — 2,2 ± 0,3 бали), упевненість (частота зустрічаємості — 71,7 ± 1,2 %, інтенсивність — 1,1 ± 0,3 бали).

Серед чоловіків основної групи переважали високий і середній рівні особистісної тривожності, а у чоловіків групи порівняння — середній і низький. У більшості жінок з сексуальною дезадаптацією превалював середній рівень ОТ, тоді як для сексуально успішних характернішим виявився низький її рівень ($p < 0,01$). На відміну від показників ОТ, тенденція в розподілі РТ з превалюванням середнього її рівня, виявилася схожою серед жінок обох груп. Для чоловіків з сексуальною дезадаптацією виявилася характерним домінування високого і середнього рівнів РТ, тоді як у чоловіків групи порівняння встановлено переважання середнього і низького її рівнів ($p < 0,01$).

Суб'єктивний стан легкої депресії ситуативного генезу діагностовано у 56,3 ± 5,0 % жінок основної групи, у 12,4 ± 3,3 % — масковану депресію ($p < 0,01$). Серед чоловіків основної групи близько 20 % потерпали, за їхньою

суб'єктивною оцінкою, від субдепресивного стану, така ж кількість — від ситуативної депресії ($p < 0,01$).

Під час аналізу результатів об'єктивного дослідження психопатологічної симптоматики, в основній групі встановлено дисоціацію між самооцінкою проявів і реальним станом обстежених. При об'єктивізації психопатологічної симптоматики за допомогою клінічної шкали MADRS в основній групі в 25 ± 4,3 % чоловіків і жінок діагностовано помірний, а у 37,5 ± 4,8 % чоловіків і 50 ± 5,0 % жінок — легкий депресивний епізод (рис. 1). У 37,5 ± 4,8 % чоловіків і 25 ± 4,3 % жінок основної групи і в усіх обстежених в групі порівняння не виявлено депресивного розладу. При верифікації ознак тривожного розладу за шкалою CAS виявлено (рис. 2), що, незважаючи на наявність в 31,3 ± 4,6 % чоловіків з сексуальною дезадаптацією високого рівня ситуативної тривожності, клінічно виражений тривожний стан був діагностований лише у 12,4 ± 3,3 %, що свідчило про схильність чоловіків основної групи переоцінювати ступінь своїх тривожних проявів. Серед жінок тенденція виявилася зворотною: високий рівень РТ встановлений лише в 12,5 ± 3,3 %, але, клінічно значимий тривожний стан був характерний для 31,2 ± 4,6 % осіб, а 62,3 ± 4,8 % відчували симптоми тривоги. Це свідчило про те, що жінки з сексуальною дезадаптацією свої психопатологічні порушення не схильні були вважати проявами тривожного розладу, трактуючи їх як депресивні або загальносоматичні.

Крім того, відмінною рисою афективних порушень в структурі дезадаптації подружжя літнього віку виявилася астенизація та соматизація клінічних проявів.

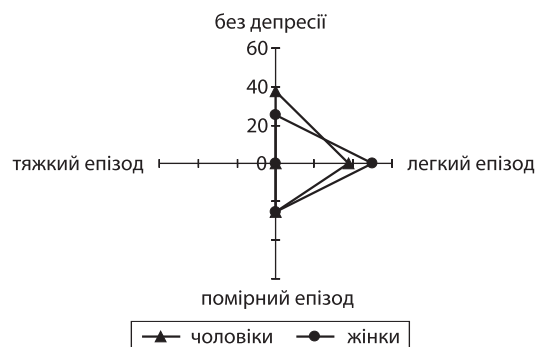


Рис. 1. Наявність і важкість депресивної симптоматики в обстежених основної групи за даними MADRS (дані в %)

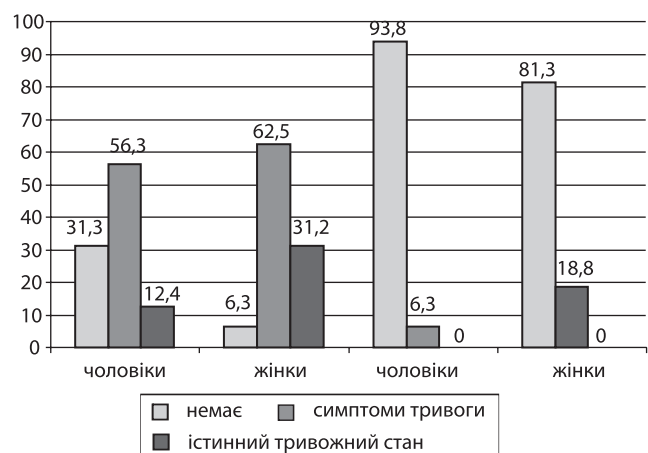


Рис. 2. Показники психопатологічних проявів тривоги у обстежених обох груп за CAS (дані в %; 1 — основна група, 2 — група порівняння)

Так, психофізіологічним наповненням астеничного компонента афективних розладів були: швидка втома, низька продуктивність, зниження пам'яті, нестійкість уваги, вегетативні порушення та диссомнія, втрата психічної рівноваги: подразливість, нетримання афекту, прискипливість, тонкосльозливість та ін.

У подружжя основної групи достовірно встановлено наявність стану психологічного неблагополуччя з перевалюванням негативних емоційних переживань з переважанням депресивного, тривожного і фобічного компонентів (загальної невдоволеності, незадоволення собою, боязні, тривоги, страху, відчуття образи) при низькій вираженості позитивних емоцій. Крім того, характерними для них виявилися переважання високого рівня особистісної і реактивної тривожності і наявність вираженої психопатологічної депресивної і тривожної симптоматики. В той же час, у подружжя групи порівняння не виявлено клінічно окреслених порушень психічного стану і психологічного благополуччя.

Таким чином, результати дослідження свідчать про наявність стану психічної дезадаптації у подружжя основної групи (що у деяких випадках доходило до клінічно виражених порушень психічного здоров'я у вигляді тривожних і депресивних проявів), на відміну від подружжя групи порівняння, в яких не виявлено порушень психічного стану і психологічного благополуччя.

У всіх подружжя основної групи спостерігалось поєднане ураження компонентів і складових сексуального здоров'я. Порушення соціального компонента і у чоловіків, і у жінок відбувалося за рахунок обох його складових: інформаційно-оціночної — внаслідок недостатньої і неправильної обізнаності в галузі психогігієни статевого життя; соціокультурної — через низький рівень загальної і, особливо, сексуальної культури обстежених. Психологічний компонент був уражений

внаслідок наявності у подружжя рис характеру та особистості, що утруднювали комунікацію, і внутрішньо-особистісного конфлікту, обумовленого цим чинником. Соціально-психологічний компонент був порушений внаслідок міжособистісного конфлікту, що виникав через труднощі спілкування одного з одним. Психічна складова біологічного компонента була уражена внаслідок наявності у обстежених психопатологічних проявів тривожно-депресивно-фобічного спектра. Ураження нейрогуморальної і нейрорегуляторної складових у чоловіків було обумовлене ретардацією статевого розвитку і інволюційним періодом хворих, наявністю діабету, андрогенної недостатності. Генітальна складова була уражена внаслідок ураження судин статевого пруття, обтяженого в частини пацієнтів наявністю доброякісної гіперплазії передміхурової залози.

У подружжя групи порівняння усі компоненти і складові сексуального здоров'я (за винятком нейрогуморальної, нейрорегуляторної і генітальної складових біологічного компонента) були збережені, а ослаблення останніх компенсувалося правильною поведінкою один одного.

Крім того, в ході дослідження встановлено, що для подружжя (і для чоловіків, і для жінок) з сексуальною дезадаптацією виявилася характерною знижена самооцінка (рис. 3, 4), високий ступінь самотності (рис. 5, 6), низька самоповага (рис. 7, 8), низький рівень задоволення основних життєвих потреб (рис. 9, 10) ($p < 0,01$).

Під час вивчення задоволення основних життєвих потреб за структурними компонентами у подружжя основної і порівняльної груп встановлено достовірну різницю між показниками задоволеності за параметром «стосунки в сім'ї», а також параметром «любов і сексуальна задоволеність», які були основним джерелом невдоволеності в основній групі та головним джерелом підтримки для групи порівняння (рис. 11—14).

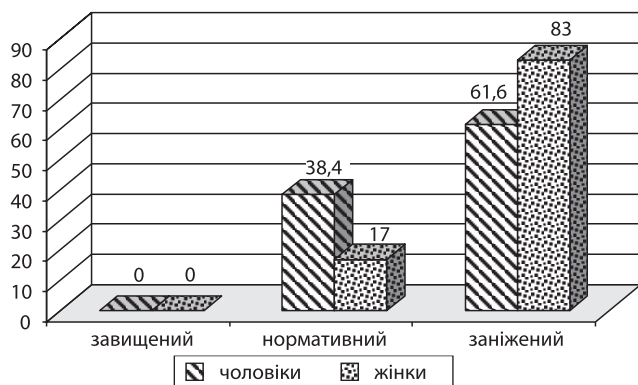


Рис. 3. Рівень самооцінки у подружжя основної групи (%)

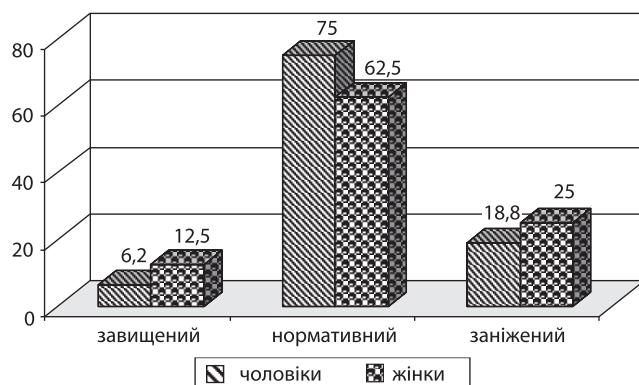


Рис. 4. Рівень самооцінки у подружжя групи порівняння (%)

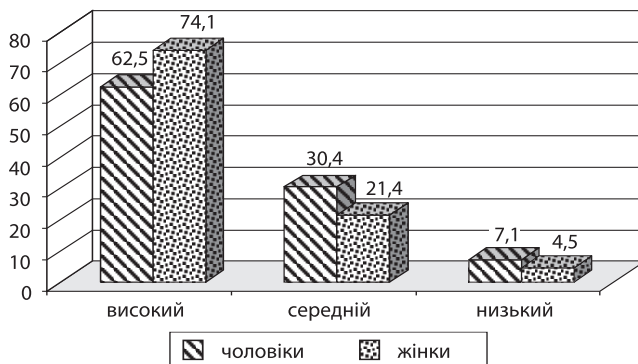


Рис. 5. Рівень суб'єктивного відчуття самотності у подружжя основної групи (%)

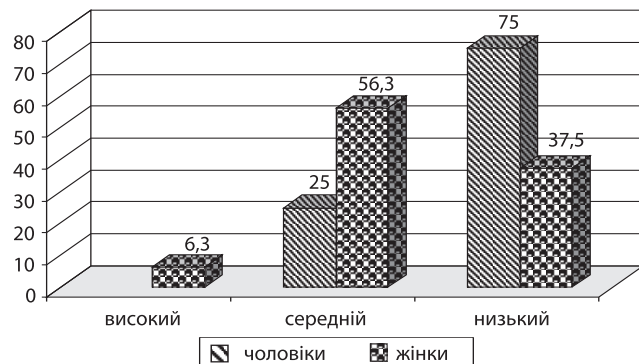


Рис. 6. Рівень суб'єктивного відчуття самотності у подружжя групи порівняння (%)

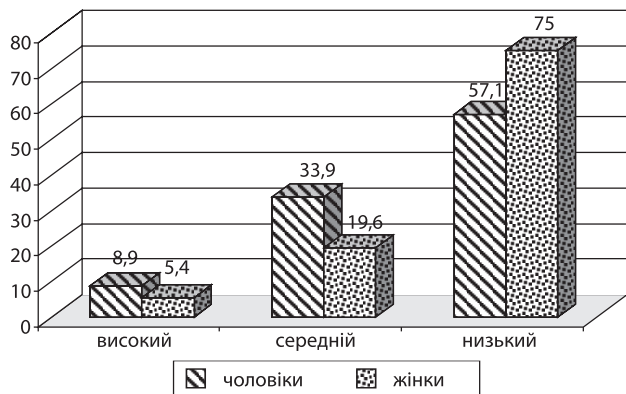


Рис. 7. Рівень самооцінки в обстежених основної групи (%)

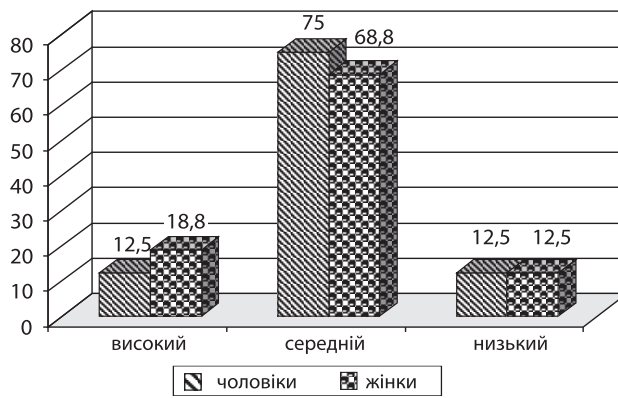


Рис. 8. Рівень самооцінки в обстежених групи порівняння (%)

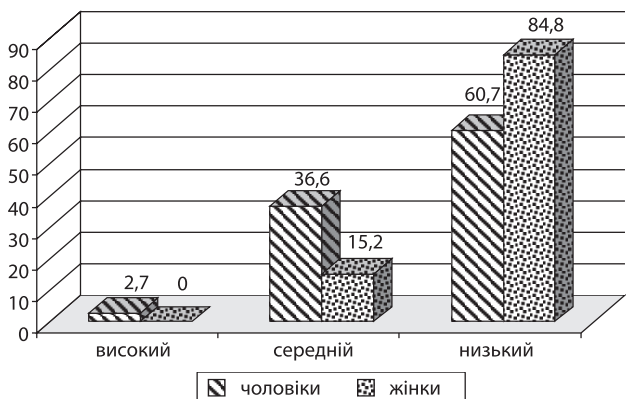


Рис. 9. Загальний показник задоволення основних життєвих потреб подружжя основної групи (%)

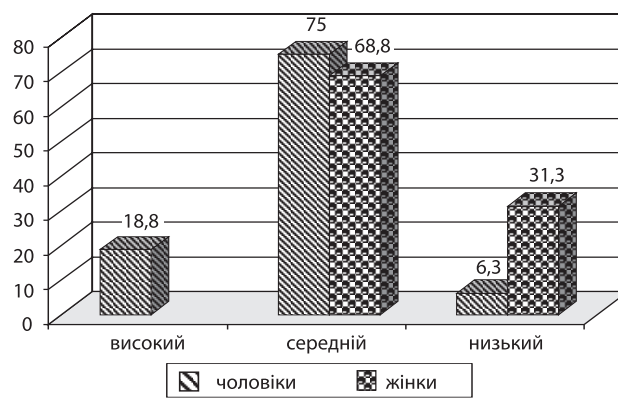


Рис. 10. Загальний показник задоволення основних життєвих потреб подружжя групи порівняння (%)

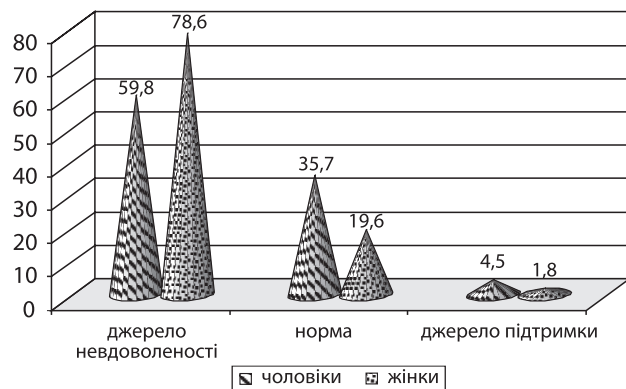


Рис. 11. Рівень задоволення потреби в родинних стосунках у подружжя основної групи (%)

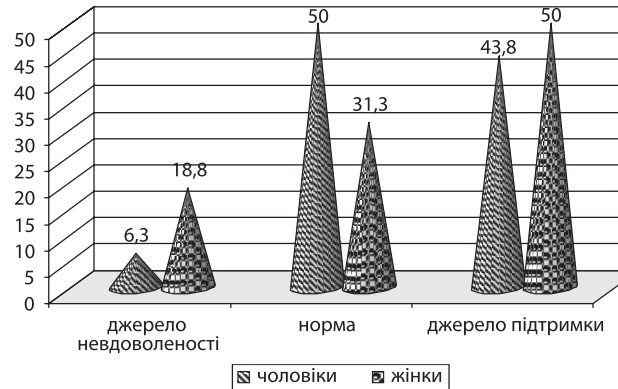


Рис. 12. Рівень задоволення потреби в родинних стосунках у подружжя групи порівняння (%)

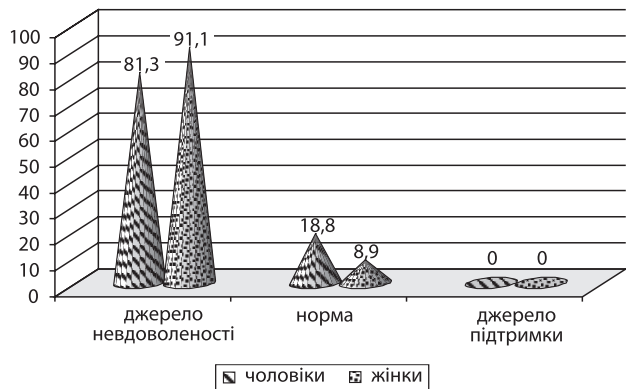


Рис. 13. Рівень задоволення потреби в любові і сексуальній задоволеності у подружжя основної групи (%)

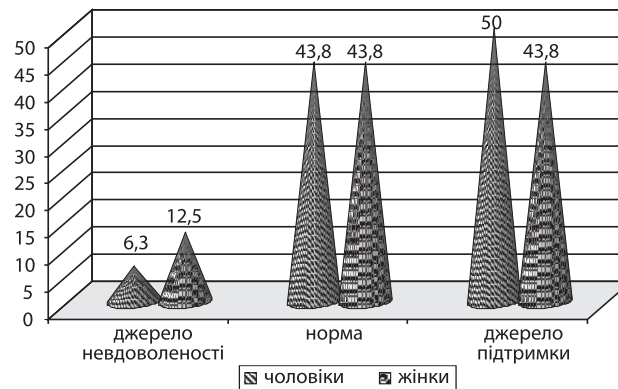


Рис. 14. Рівень задоволення потреби в любові і сексуальній задоволеності у подружжя групи порівняння (%)

Результати дослідження дають підставу для висновку про надзвичайну важливість гармонійних сексуальних стосунків і сексуальної адаптації в будь-якому, у тому числі літньому, віці. Виходячи з наведених даних, можна зробити висновок, що якими би вагомими не були біологічні передумови, розвиток дезадаптації в пізньому віці — явище багатофакторно обумовлене, в якому, поряд з біологічними особливостями, велике значення мають психологічні характеристики особистості.

Під час вивчення задоволеності шлюбом встановлено, що 57,1 ± 4,9 % подружжя основної групи були не задоволені своїми шлюбними стосунками (жінки при цьому були категоричніші в оцінці ступеня незадоволеності своїми шлюбними стосунками), інші оцінювали свій шлюб як частково задовільний. У групі порівняння всі ПП відзначили «практично повну задоволеність» своїми шлюбними стосунками.

В результаті проведення системно-структурного аналізу дезадаптації подружжя літнього віку, виділені такі її варіанти і форми.

I. Невротичний варіант дезадаптації подружжя літнього віку (31,3 ± 4,6 %).

A. Тривожно-депресивно-фобічна форма (25,5 ± 4,4 %, безпосередня причина — стрижньове ураження психічної складової біологічного компонента, а також психологічного компонента адаптації подружжя; порушення інших складових біологічного, а також соціального і соціально-психологічного компонентів, сприяло розвитку даної форми дезадаптації і посилювало її перебіг).

Б. Комунікативна форма (6,3 ± 2,4 %, безпосередня причина — стрижньове ураження соціально-психологічного і психологічного компонентів подружньої адаптації; порушення біологічного і соціального компонентів посилювало її перебіг).

II. Соматичний варіант дезадаптації подружжя літнього віку (47,3 ± 5,0 %, безпосередня причина — стрижньове ураження нейрогуморальної, нейрорегуляторної і генітальної складових біологічного компонента у чоловіків; порушення психологічного, соціального і соціально-психологічного компонентів посилювало перебіг сексуальної дисфункції і дезадаптації подружжя).

III. Змішаний дезактуалізаційний варіант дезадаптації подружжя літнього віку (21,4 ± 4,1 %, безпосередня причина — стрижньове ураження біологічного компонента подружньої адаптації: психічного — у жінок, психічного, нейрогуморального і генітального — у чоловіків; порушення останніх компонентів і їх складових було чинником, що посилювало перебіг даного варіанту дезадаптації).

Розроблена нами система комплексної терапії дезадаптації подружжя літнього віку базувалася на принципах комплексності, диференційованості, послідовності і етапності терапевтичних втручань. Вона відповідала структурі міжособистісної взаємодії і складалася з чотирьох компонентів: когнітивного, афективного, поведінкового і особистісного. При цьому терапевтичні дії були адресовані до трьох підсистем особистості — інтраіндивідуальної, інтеріндивідуальної і метаіндивідуальної. Терапевтична робота була побудована за єдиним загальним принципом, проводилася у декілька етапів, проте зміст кожного етапу диференціювався залежно від варіанту і форми

дезадаптації. Комплексну терапію проводили у декілька етапів, спрямованих спочатку на встановлення і формування комплайенсу, потім — на нівеляцію психопатологічної симптоматики, наприкінці — на відновлення сексуального здоров'я і нормального рівня подружньої адаптації.

Основними складовими системи комплексної терапії були психофармакотерапевтичні, психотерапевтичні заходи, а також заходи з формування навичок «самопсихотерапії» (рис. 15). При проведенні психофармакотерапії використовувались антидепресанти. Психотерапевтичні втручання передбачали сімейні, когнітивно орієнтовані і когнітивно-поведінкові впливи, які реалізовувалися в індивідуальній та груповій формах. Формування навичок «самодопомоги» включало в себе заходи, спрямовані на трансформацію способу життя пацієнтів: зміну системи харчування, рухової активності і комунікації, пошук способу самовираження у хобі, сінема-, бібліотерапія

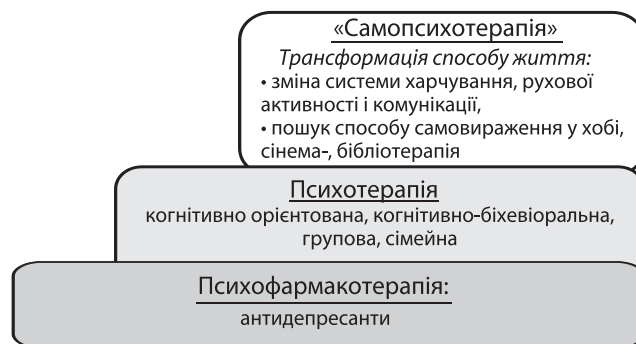


Рис. 15. Складові (етапи) системи комплексної терапії дезадаптації подружжя літнього віку

При призначенні антидепресантів перевага надавалась новим препаратам, враховуючи їх більшу безпеку та менший ризик міжмедикаментозної взаємодії з урахуванням супутньої фармакотерапії. Для купірування тривожно-депресивно-фобічної симптоматики в структурі дезадаптації подружжя літнього віку нами було обрано антидепресант Депривокс (флувоксамін) виробництва компанії STADA, Німеччина, який належить до групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (рис. 16).

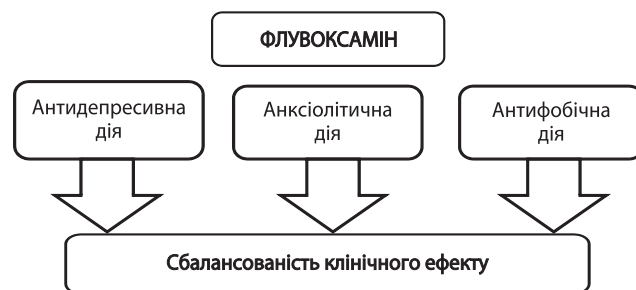


Рис. 16. Спектр дії Депривоксу (флувоксаміну)

Вибір препарату Депривокс обумовлений особливостями діючої речовини: помірний седативний ефект у поєднанні з психостимулюючою дією, позитивний

вплив на симптоми тривоги і покращання сну, сприятливий вплив на когнітивні функції, безпечність у пацієнтів похилого віку та мінімальні побічні дії [22].

Крім того, Депривокс не має кардіотропних ефектів, тобто є безпечним по відношенню до серцево-судинної системи, не має також й негативного впливу на стан сексуальної функції та забезпечує швидку редукцію соматичних проявів депресії.

Депривокс призначався нами за схемою, запропонованою співробітниками відділу неврозів та пограничних станів ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» [22]: з початку лікування у дозі 50 мг ввечері протягом перших 2 тижнів, потім — із збільшенням дози препарату до 100 мг на добу та розподілом на 2 прийоми по 50 мг через 12 годин. Тривалість загального лікувального курсу становила не менше 6 місяців.

Після досягнення первинного позитивного ефекту щодо зменшення психопатологічних проявів (через місяць від початку прийому Депривоксу) до психофармакотерапевтичного впливу приєднували психотерапевтичні впливи, диференційовані в залежності від варіанту і форми дезадаптації, та формували навички «самопсихотерапії», спрямовані на трансформацію способу життя пацієнтів. Таким чином, психотерапевтичні та психокорекційні впливи супроводжували психофармакотерапію на усьому періоді лікування.

Так, при тривожно-депресивно-фобічній формі психотерапевтичне втручання мало вигляд сугестивних впливів і групової (парної) психотерапії; при комунікативній формі дезадаптації психотерапію було спрямовано, з одного боку, на вирішення конкретної проблеми, з іншого — на навчання подружжя вмінню правильно будувати спілкування і знаходити правильний вихід з конфліктних ситуацій, що неминуче виникали в сімейному житті, для чого застосовували групову психокорекцію та модифікацію комунікаційного тренінгу (Г. П. Сябренко, 2010); при соматичному варіанті дезадаптації базову психотерапію, яку проводили на тлі лікування основного захворювання, доповнювали інформаційно-освітніми заходами, спрямованими на подолання проблем, пов'язаних з несприятливим соматичним станом подружжя і підвищення їхнього комунікативного і сексуального потенціалу; при змішаному дезактуалізаційному варіанті дезадаптації психотерапевтичні втручання проводилися диференційовано: у чоловіків вони були спрямовані на усунення дезактуалізації сексуальної сфери, а у жінок — на нівелювання патологічного реагування на байдужість чоловіка до сексуальних потреб дружини. На останньому етапі всім подружжям проводили сексуально-еротичний тренінг, що мав на меті оптимізацію загальної і сексуальної комунікації подружжя і відновлення їх сексуальної адаптації, що підкріплювалось набутими навичками «самопсихотерапії» зі зміною їх способу життя.

Впровадження вказаної системи комплексної терапії дезадаптації подружжя літнього віку дозволило ліквідувати психопатологічні прояви тривожно-депресивно-фобічного вмісту у 91,1 ± 2,9 % чоловіків та 87,5 ± 3,3 % жінок, нормалізувати сексуальну функцію — у 65,2 ± 4,8 % чоловіків і 73,2 ± 4,4 % жінок та відновити подружню адаптацію у 71,4 ± 4,5 % подружніх пар.

Список літератури

1. Маньковский, Б. Н. На пути от геронтологии к медицине антистарения / Маньковский Б. Н., Трифонова Ю. П., Ионеску Д. // Здоров'я України. — 2007. — № 7. — С. 60—62.
2. Кожина А. М. Аутоагрессивное поведение при непсихотических депрессивных расстройствах (механизмы формирования и подходы к коррекции) / А. М. Кожина // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 78—79.
3. Горпинченко, И. И. Андрологические проблемы пожилых мужчин / И. И. Горпинченко // Medicine science and education (Scientific and informational journal of Yerevan Medical university after M. Heratsi). — 2009. — April, № 1. — P. 83—86.
4. Краснова, О. В. Социальная психология старости / О. В. Краснова, А. Г. Лидерс. — М.: «Олма-пресс», 2002. — 288 с.
5. Крайг, Д. Психология развития / Д. Крайг, Д. Бакум. — СПб.: Питер, 2004. — 940 с.
6. Фромм, Э. Бегство от свободы. Человек для себя : пер. с англ. / Э. Фромм. — М.: АСТ: АСТ-МОСКВА, 2006. — 571 с.
7. Марута, Н. А. Патопсихологические закономерности формирования суицидального поведения у пожилых больных депрессиями / Н. А. Марута, М. В. Шестакова // Медицинская психология. — 2009. — Т. 4, № 2—3. — С. 4—10.
8. Кришталь, В. В. Любовь и секс как лечебный фактор / В. В. Кришталь // Медицинская психология — 2006. — № 2. — С. 14—19.
9. Максименко, С. Д. Личность начинается с любви / С. Д. Максименко // Медицинская психология — 2006. — № 2. — С. 3—13.
10. Чайковська, В. В. Демографічні прогнози для України / В. В. Чайковська, І. Я. Пінчук // Новости медицины и фармации. — 2010. — № 13—14 (333—334). — С. 16—18.
11. Kontula O. J. Sexual Activity And Sexual Desire At The Age Over 45 [Электронный ресурс] / O. J. Kontula. — Sydney, Australia, April 2007. — Режим доступа: <http://www.wasvisual.com/presenter.html?presenter=72>.
12. Марута, Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография / Н. А. Марута. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
13. Практическая психодиагностика (методики и тесты) ; под ред. Д. Я. Райгородского. — Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1999. — 672 с.
14. Подкорытов, В. С. Депрессии (Современная терапия) / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. — Харьков: Торнадо, 2003. — 350 с.
15. Кришталь, В. В. Сексология: навч. посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь — Харків: Фоліо, 2008. — 990 с.
16. Фетискин, Н. П. Экспресс-диагностика уровня самооценки / Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. / В кн.: Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. — С. 53—54.
17. Rosenberg, M. Self-Esteem Scale / M. Rosenberg. In: Measures of Social Psychological Attitudes / Ed. Robinson J. P., Shaver P. R. Ann Arbor: Institute for Social Research, 1972. — P. 98—101.
18. Копина, О. С. Экспресс-диагностика уровня психоэмоционального напряжения и его источников / О. С. Копина, Е. А. Сулова, Е. В. Заикин // Вопросы психологии. — 1995. — № 3. — С. 119—132.
19. Ильин, Е. П. Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2002. — 544 с.
20. Алешина, Ю. Е. Методика «Общение в семье» / Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман, Е. М. Дубовская. — В кн.: Сизанов А. Н. Познай себя: Тесты, задания, тренинги, консультации. — Мн., 2001. — С. 78—80.
21. Кришталь, В. В. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи / В. В. Кришталь, И. А. Семенкина // Международный медицинский журнал. — 2000. — Т. 6, № 1. — С. 11—15.
22. Панько, Т. В. Клініко-психопатологічні особливості помірного депресивного епізоду та його терапія у хворих похилого віку / Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. — 2009. — Т. 17, вип. 4 (61). — С. 43—48.

Надійшла до редакції 13.04.2011 р.

М. В. Маркова, Г. П. Сябренко

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Аффективные нарушения в структуре дезадаптации супругов пожилого возраста и их комплексная терапия

На основе исследования с позиций системного подхода 144 супружеских пар (СП) в возрасте от 65 до 82 лет, в которых мужчины проходили стационарное лечение вследствие соматических заболеваний (патологии сердечно-сосудистой и/или эндокринной систем, а также опорно-двигательного аппарата), среди которых 112 СП с психосексуальной неудовлетворенностью составили основную группу, а 32 с психосексуальной удовлетворенностью — группу сравнения, доказана важность сексуальной адаптации для супругов пожилого возраста и разработана система ее комплексной терапии. На основе полученных данных разработана система комплексной терапии дезадаптации супругов пожилого возраста, внедрение которой позволило ликвидировать психопатологические проявления тревожно-депрессивно-фобического содержания у 91,1 ± 2,9 % мужчин и 87,5 ± 3,3 % женщин, нормализовать сексуальную функцию — у 65,2 ± 4,8 % мужчин и 73,2 ± 4,4 % женщин и восстановить супружескую адаптацию у 71,4 ± 4,5 % СП.

Ключевые слова: дезадаптация, супруги, пожилой возраст, комплексная терапия.

M. V. Markova, G. P. Syabrenko

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

Affective disorders in structure disadaptation means of elderly and complex therapy

Based on the systems research approach 144 married couples aged from 65 to 82, which men were hospital patients for the reasons of somatic disease (cardiovascular pathology and/or pathocrine and support-motor apparatus pathology) were analyzed. 112 testees representing sexually dissatisfied married couples made up main group, the rest of 32 sexually satisfied married couples made up control group of a research. This analysis showed up importance of sexual adaptation for the elderly aged married couples and contributed to the elaboration of its complex therapy system. Its implementation enabled disposition of psychopathological features of depressive phobic-anxious origin within 91.1 ± 2.9 % men and of 87.5 ± 3.3 % women, as well as improved sexual function of 65.2 ± 4.8 % men and of 73.2 ± 4.4 % women and renewed marital adaptation of 71.4 ± 4.5 % married couples.

Key words: disadaptation, married couple, elderly age, complex therapy.

УДК 616.832-004.2:616.895.4-008.47

Н. А. Марута, д-р мед. наук, проф., зам. директора по НИР, зав. отд. неврозов и пограничных состояний, М. В. Данилова
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»
 (г. Харьков)

**ДЕПРЕССИВНЫЕ РЕАКЦИИ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ
 (Клинико-психопатологические и патопсихологические особенности
 и факторы формирования)**

Обследовано 167 больных рассеянным склерозом, из них основную группу составили 38 больных с депрессивными реакциями в клинической картине, контрольную — 129 больных без признаков депрессивной патологии. На основании комплексного клинико-психопатологического и патопсихологического исследования выделены основные особенности протекания и факторы формирования депрессивных реакций у больных рассеянным склерозом. Описан патопсихологический механизм развития депрессивной реакции.

Ключевые слова: депрессивные реакции, рассеянный склероз, клинико-психопатологические особенности, патопсихологические факторы

Неутешительная статистика последних лет свидетельствует о значительном росте и тенденции к прогрессирующему увеличению депрессивных расстройств в общей популяции населения планеты. В 50-х годах XX века в популяции определялось 2—5 % депрессивных пациентов. Сейчас тех, кто хотя бы раз в жизни пережил депрессивный эпизод, уже около 30 %, а к концу XXI века риск возникновения таких «эпизодов» в популяции населения планеты, по прогнозам, приблизится к 100 % [4, 7]. Подобная динамика позволяет некоторым авторам говорить о своеобразной «большой эпидемии депрессий».

В общей популяции депрессивные расстройства занимают 5—17 %, причем в условиях специализированных психиатрических учреждений амбулаторного звена они составляют примерно 1 %, при массовом

обследовании на промышленных предприятиях обнаруживаются уже у 26 % людей, а среди обратившихся к специалистам общей практики — у 68 %, в неврологии — у 86 % [2, 5, 6]. Наличие депрессии значительно усугубляет течение основного заболевания, снижает эффективность лечения и увеличивает суицидальный риск [4—7]. В связи с чем проблема депрессивных расстройств при соматической и неврологической патологии является одним из актуальнейших направлений исследовательской и лечебно-диагностической работы.

Целью данного исследования явилось изучение клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей депрессивных реакций при рассеянном склерозе.

В исследовании приняли участие 38 больных рассеянным склерозом, осложненным расстройством адаптации в виде депрессивных реакций (F 43.21—43.22), которые составили основную группу. В группу контроля вошли больные рассеянным склерозом без депрессивных проявлений в количестве 129 человек.

В качестве инструментария использовались *клинико-психопатологический метод*, включающий оценку психического состояния больного; *психометрические методы:* шкала Монтомери — Асберга — для объективной оценки тяжести депрессии (MADRS) [12]; опросник депрессии Бека — для субъективной оценки тяжести депрессии [10]; клиническая шкала тревоги (CAS) — для объективной оценки степени выраженности тревожной симптоматики [11]; шкала самооценки

© Марута Н. О., Данилова М. В., 2011