

выражением данного проявления дисгармонии является снижение либидо и расстройства оргазма у обоих партнеров. Реже отмечаются изолированные снижение либидо, эрекции или эякуляции у мужчин и аноргазмия у женщины. Сексуальные дисфункции носят избирательный характер и проявляется только в отношении партнеров.

Другой вариант сексуальной дисгармонии – дезинформационно-оценочная дисгамия. Дезинформационно-оценочный вариант сексуальной дисгармонии может быть обусловлен отсутствием у партнеров сексуального опыта и необходимых знаний. Развитие этого варианта носит подострый характер и не сопровождается нарушением половой функции. Наблюдается лишь снижение настроения до и после полового сношения. Неправильное поведение партнеров во время полового акта, неумение добиваться взаимного полового удовлетворения иногда из-за неопытности, недостаточного знакомства с физиологией половой жизни или чрезмерной стыдливости является одной из наиболее частых причин дисгамии, приводящей к неврозам.

Следующий вид – дисгамия в результате нарушения сексуальной функции. Сексуальная дисгармония вследствие расстройств сексуальной функции у одного из партнеров характеризуется развитием разнообразных форм невротического реагирования на проблему. Вторичные невротические реакции могут оказать отрицательное воздействие на половую функцию, замыкая таким образом «порочный круг» факторов, усугубляющих имеющееся половое расстройство.

Клинические проявления неврозов, возникающих на почве дисгамии (дисгамических неврозов, по А.М. Свядощу), многообразны. Могут быть неврастенические, тревожно-фобические, обсессивные, истерические, ипохондрические и депрессивные состояния.

Таким образом, внешне одинаковые проявления нарушений половой функции имеют различные причины. Необходимо понимать, что помимо психогенных, соматических (органических) и сочетанных вариантов сексуальных дисфункций, существуют специфические психосоматические сексуальные дисфункции. В связи с чем, для эффективного вмешательства надо четко представлять структуру сексуального нарушения и учитывать все психологические компоненты.

Литература.

1. Бочанова Е.В. и др. Психосоматические заболевания: полный справочник / под ред. Ю.Ю. Елисеева - М., 2013
2. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии – М., 2012
3. Николаева Н.В. Общество. Сексуальность. Сознание. – СПб, 2012
4. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение – СПб, 2013

РОЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ТЕЧЕНИИ И ПРОГРЕССИРОВАНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БОЛЬНЫХ ОЖИРЕНИЕМ

Паснешвили Т.М., Железнякова Н.М.

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков, Украина*

По данным ВОЗ в настоящее время более 1,5 миллиарда людей имеет избыточную массу тела, при этом треть из них страдает ожирением. В таком случае, довольно часто ожирение выступает в качестве составляющего звена коморбидной патологии при наиболее распространенных заболеваниях внутренних органов, среди которых определенное место принадлежит бронхиальной астме (БА). Основным моментом психоэмоциональных расстройств таких больных является синдром удушья, его выраженность, длительность и частота возникновения.

Цель работы: оценить психоэмоциональное состояние больных бронхиальной астмой и ожирением.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением был 31 пациент с БА, протекающей на фоне ожирения (основная группа) и 24 osoby с изолированной БА (группа сравнения). В исследование использовали стандартизированный неспецифический опросник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status) – 36 вопросов, которые отображают разные аспекты жизни пациентов.

Результаты и их обсуждение. Сопутствующее ожирение достоверно ухудшало качество жизни больных БА по шкалам: «физическое функционирование» ($47,7 \pm 3,2$ баллов против $59,9 \pm 3,2$ баллов в группе сравнения ($t=2,982$; $p<0,01$)), «ролевое физическое функционирование» ($32,1 \pm 3,1$ баллов против $49,3 \pm 4,1$ баллов соответственно ($t=3,346$; $p<0,002$)), «общее состояние здоровья» ($42,1 \pm 3,1$ и $54,1 \pm 3,8$ баллов соответственно ($t=2,293$; $p<0,05$)) и «ролевое эмоциональное функционирование» ($39,7 \pm 4,1$ баллов и $56,0 \pm 4,3$ баллов в группе с изолированной БА ($t=2,758$; $p<0,01$)). Данные изменения отображались в угнетении физической активности больных: затруднениями в выполнении обязательных повседневных физических нагрузок. При этом больные основной группы отмечали увеличение времени, необходимого для проведения определенного рода занятий и неудовлетворенность полученным результатом. Треть больных с БА и ожирением отмечали эмоциональную лабильность, частую смену настроения, депрессивные состояния, отсутствие положительных эмоций на позитивные моменты жизни.

Выводы. Таким образом, изменение психоэмоционального состояния у больных БА и ожирением происходит в результате взаимодействия как основного заболевания, так и сопутствующего коморбидного состояния. Выявленные нарушения необходимо использовать при формировании и оценке лечебно-реабилитационных программ данных больных.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЙ И БАЗИСНЫХ УБЕЖДЕНИЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Рагозинская В.Г.

*ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный университет»,
кафедра специальной и клинической психологии, г. Челябинск*

Актуальность данного исследования обусловлено широкой распространенностью язвенной болезни (ЯБ) в России и в мире и изменением структуры заболеваемости ЯБ: в последние десятилетия существенно возросла частота гастральных локализаций язвенного дефекта, которые прежде выявлялись значительно реже дуоденальных язв [3]. Раннее выявление ЯБ затруднено ее сложным этиопатогенезом, в котором наряду с относительно простыми внешнесредовыми воздействиями (нарушения питания, вредные привычки и др.) и моногенными факторами, обуславливающими наследственное предрасположение к ЯБ, важную роль могут играть особенности личности и актуального психического состояния [1]. В ряде исследований выявлены личностные особенности больных ЯБ, отличающие их как от здоровых лиц, так и от больных с другими заболеваниями желудочно-кишечного тракта [1; 5], описаны психологические характеристики больного на разных стадиях ульцерогенеза [2]. Однако специфические особенности личности больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) до конца не изучены. В частности, практически не исследована система базисных убеждений больных с ЯБ о мире и о себе, между тем, именно она во многом определяет восприятие и оценку индивидом жизненных событий как безопасных или угрожающих и обуславливает его эмоциональные реакции на них [4].

Цель исследования – изучить взаимосвязь эмоциональных состояний и базисных убеждений при язвенной болезни желудка и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Группы испытуемых и методы. В исследовании приняли участие 71 пациент с ЯБ в возрасте 20-50 лет. Среди них:

- 40 больных с ЯБДПК (28 женщин и 12 мужчин; средний возраст – $31,3 \pm 10,0$), в т.ч. 39 человек с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки, 1 человек с постбульбарной язвой;

- 31 больной с ЯБЖ (14 женщин и 17 мужчин; средний возраст – $32,5 \pm 12,9$), в т.ч. 14 человек с язвой в районе малой кривизны, 11 человек с язвой задней стенки желудка, 6 человек с препилорической язвой.

Контрольную группу составили 71 здоровый испытуемый в возрасте 20-50 лет (средний возраст – $31,6 \pm 10,9$ лет), в том числе 41 женщина и 29 мужчин.

Методы исследования: «Шкала депрессии» В. Зунга, «Шкала тревожности» Ч. Спилбергера, «Шкала агрессивности» Ч. Спилбергера, Торонтская шкала алекситимии, «Опросник выраженности психопатологических симптомов» «SCL-90-R». Методы математико-статистического анализа: критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. По данным сравнительного анализа (см. таблицу 1) у больных ЯБЖ и ЯБДПК значимо выше, чем у здоровых лиц, показатели реактивной и личностной тревожности, депрессии, алекситимии, аутоагрессии, соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной сензитивности, фобической тревожности, враждебности, паранойальности, психотизма. При этом у больных ЯБЖ значимо выше, чем у больных ЯБДПК, показатели алекситимии, соматизации, депрессии, враждебности, психотизма (для всех $p \leq 0,01$), паранойальности ($p \leq 0,05$).

Таблица 1.
Результаты сравнительного анализа показателей эмоциональных состояний

Сравниваемые параметры	ЯБЖ	ЯБДПК	здоровые
Реактивная тревожность	$47,77 \pm 9,52^{**}$	$45,33 \pm 7,97^{**}$	$37,10 \pm 7,07$
Личностная тревожность	$52,55 \pm 9,78^{**}$	$46,48 \pm 10,90^{**}$	$38,26 \pm 6,58$
Тревожность (шкала SCL-90-R)	$1,41 \pm 0,86^{**}$	$0,89 \pm 0,76^{**}$	$0,32 \pm 0,27$
Депрессия (шкала Зунга)	$46,10 \pm 8,83^{**}$	$40,38 \pm 8,02^{**}$	$35,02 \pm 5,34$
Депрессия (шкала SCL-90-R)	$1,52 \pm 0,70^{**}$	$0,96 \pm 0,64^{**}$	$0,48 \pm 0,29$
Алекситимия	$75,16 \pm 9,69^{**}$	$63,83 \pm 9,86^{**}$	$57,60 \pm 8,29$
Агрессивность-состояние	$12,77 \pm 5,05^{**}$	$11,12 \pm 2,54$	$10,65 \pm 2,11$
Агрессивность-свойство	$19,48 \pm 8,78$	$19,78 \pm 6,20^{*}$	$17,67 \pm 4,37$
Агрессивность-проявление темперамента	$7,42 \pm 3,52$	$8,55 \pm 3,43$	$7,32 \pm 2,42$
Агрессия-реакция	$8,16 \pm 2,32$	$8,75 \pm 3,16$	$7,94 \pm 2,29$
Аутоагрессия	$16,81 \pm 5,19^{**}$	$15,20 \pm 4,65^{**}$	$12,21 \pm 2,76$
Гетероагрессия	$16,10 \pm 4,47$	$16,20 \pm 4,90^{*}$	$14,64 \pm 3,03$
Контроль агрессии	$21,19 \pm 5,80$	$20,28 \pm 6,34$	$21,72 \pm 3,87$