

Розвитку усіх типів ПЗС сприяли негармонійні індивідуально-психологічні та міжособистісні властивості подружжя й, особливо — їх несприятливе сполучення у ПП.

Виявлені причини, механізми розвитку й прояви ПЗС при ГЕ у чоловіків стали основою для розроблення системи психо-профілактичних заходів.

Для запобігання конфліктів необхідно мати знання функцій сім'ї і розуміння патогенної ролі їх порушення у виникненні конфлікту і подружньої дезадаптації. З огляду на це, необхідно проводити з молодими людьми, що збираються одружитися, серію занять на такі теми: 1) правильне функціонування родини; 2) роль порушення виконання функцій родини у виникненні подружніх конфліктів; 3) трансформація конфліктів у деструктивні; 4) гармонійність вирішення конфліктів; 5) особистість і конфлікт; 6) дисгармонійні риси характеру; 7) гармонійна особистість.

З метою попередження деструктивного конфлікту доцільно проводити сімейний психотерапевтичний тренінг, спрямований на вироблення правильних форм і способів вирішення виникаючих у житті сім'ї конфліктних ситуацій.

Правильне загальне і статеве виховання, досить повна інформованість в галузі психогігієни статевого життя, адекватні уявлення про норму і фізіологічні коливання сексуальної функції, правильне спілкування були основними умовами психо-профілактики другого варіанту ПЗС за ГЕ у чоловіків.

Психо-профілактика третього варіанту ПЗС повинна включати всі заходи попередження розвитку афективних розладів при ГЕ. В основі попередження зазначених розладів лежить психо-профілактика психотравмуючих впливів. З огляду на це необхідно прагнути до попередження факторів, що ведуть до астенізації нервової системи.

Не менш важливе значення має виховання в людини вміння протистояти психотравмуючим впливам, адекватно реагувати на стресові ситуації. Основне значення щодо цього мало правильне, гармонійне виховання дитини, у тому числі правильне статеве виховання.

Для профілактики рецидивів ГЕ необхідно змінити ставлення хворого до психотравмуючих подій. Це досягалося за допомогою раціональної, суггестивної психотерапії із застосуванням сучасних її модифікацій й поведінкової психотерапії, а також використанням аутогенного тренування.

Для попередження розвитку СР важлива своєчасна профілактика ГЕ, а саме: 1) лікування судинного захворювання, що спричинило розвиток ГЕ, — артеріальної гіпертензії; 2) вплив на фактори, що погіршують перебіг ГЕ: гіперхолестеринемію, підвищену агрегацію тромбоцитів та в'язкість крові, цукровий діабет, миготливу аритмію (якщо ці захворювання приєднуються), куріння, надмірне вживання алкоголю; 3) поліпшення кровопостачання головного мозку; 4) поліпшення метаболізму нервових клітин, які перебувають в умовах ішемії та гіпоксії. А також своєчасне адекватне лікування гіпертензивної енцефалопатії на початкових стадіях.

УДК 616.45-001/3-084(1-924.1)(1-924.2/3)

Соловьева М. А.

«Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины» (г. Киев)

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У СЛУЖАЩИХ ФИНАНСОВО-КРЕДИТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА

В настоящее время в странах ЕС проведен ряд исследований, посвященных вопросам формирования у различных категорий служащих, в том числе сотрудников финансово-кредитных учреждений, стрессовых расстройств, как результата воздействия негативных производственных факторов. В странах Европейского Союза для их предупреждения разработан ряд мероприятий на государственном, отраслевом и внутриорганизационном уровне.

Глобальные направления по борьбе с профессиональным стрессом определены в следующих документах:

- Рамочная Директива 89/391 Европейского Союза (ЕС) 2004 года;
- Рамочная Директива «О связанном с работой стрессе» от 18 июня 2008 года;
- Рамочная Директива о предупреждении притеснений и насилия на работе;
- Лиссабонская стратегия: ЕС — цели экономического роста и конкурентоспособности. Стремление к полной занятости и большей социальной интеграции;

- Основная стратегия ЕС в области здравоохранения и безопасности на рабочем месте (2007—2012);
- Белая книга «Вместе за здоровье» (2008—2013);
- Пакт о психическом здоровье (2009);

В первую очередь они касаются широкого обследования состояния здоровья различных социальных групп населения, улучшения обмена информацией между работниками и руководством, разработки инструментов для измерения уровня стресса, широкого информирования населения о возможных последствиях действия стрессовых факторов на здоровье. Эти документы также включают рекомендации по улучшению национальных законодательств и организационные требования к компаниям по минимизации действия стресса. Кроме этого в странах Евросоюза действует ряд проектов по укреплению психического здоровья работающих. К ним относятся:

- Приоритетные стратегии по охране здоровья и безопасности на рабочем месте (Community Health and Safety at Work Strategy's priorities);
- Компания по поддержанию психического здоровья на рабочих местах (Ment Health Work);
- Проекты по поддержанию и защите психического здоровья (European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) and ProMenPol (Promoting and Protecting Mental Health) project).

В настоящее время профилактика заболеваний, связанных с профессиональным стрессом, проводится на трех этапах:

- первичный: снижение значимости фрустрирующих факторов;
- вторичный: содействие в преодолении текущего стресса, на начальном этапе формирования расстройств;
- третичный: этап социальной реабилитации работников.

Самым важным в перспективе развития назван первый этап профилактики, так как в настоящее время большинство подходов относится ко второму и третьему этапам.

УДК 616.69-008.3-08

С. Г. Сонник, В. В. Моргул

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ПЕРЕДЧАСНОЇ ЕЯКОЛЯЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ ЯК ПРИЧИНИ ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї

Передчасна еяколяція є (ПЯ) складною сексологічною проблемою, яка в багатьох випадках стає причиною розвитку порушення здоров'я сім'ї.

Метою дослідження була оцінка ефективності окремих методів лікування ПЯ.

Були обстежені 42 чоловіки у віці від 21 до 44 років (середній вік $29 \pm 3,6$ років), які звернулися в клініку зі скаргами на ПЯ. Тривалість інтравагінального періоду коїтусу становила від 22 до 78с (в середньому $43 \pm 14,4$ с). У всіх пацієнтів була виключена органічна патологія (коротка вуздечка статевого члена, запальні захворювання чоловічих статевих органів, неврологічні захворювання).

Згідно з лікувальною тактикою, хворі були поділені на 2 групи. I групу склали 22 пацієнти, яким проводилась поведінкова терапія ПЯ (техніка «сквіз-стоп»). До II групи увійшли 20 пацієнтів, яким для корекції передколяторного інтервалу призначали селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну сертралін («Золофт», Pfizer) в дозуванні 50 мг на добу протягом 2 місяців.

Поведінкова терапія була ефективною у 14 (63,6 %) пацієнтів I групи. Тривалість інтравагінального періоду статевого акту збільшилася в середньому на $58 \pm 14,2$ с (від 78 до 149 с). Необхідно відзначити той факт, що при спостереженні протягом 6 місяців від початку лікування рецидив симптоматики спостерігався у 6 (27,3 %) пацієнтів.

У II групі терапія була ефективною у 18 (90,0 %) пацієнтів (у 1 пацієнта припинення терапії було пов'язано з вираженою нудотою після прийому препарату, у 1 хворого — у зв'язку з неефективністю курсу тривалістю 1 місяць). При цьому тривалість інтравагінального періоду збільшилася в середньому на $88 \pm 14,3$ с і становила від 108 до 253 с. При контрольному обстеженні через 4 місяці після закінчення прийому препарату виявлено рецидив ПЯ у 5 (25,0 %) пацієнтів.

Лікування ПЯ є складною сексологічною проблемою, що спричиняє розвиток порушення здоров'я сім'ї. Окреме

використання психотерапевтичних методів довело меншу ефективність порівняно з психофармакотерапією. Оптимальною терапевтичною тактикою повинно бути комплексне лікування з поєднанням психофармако- та психотерапевтичних впливів, що буде обумовлювати стійкий позитивний ефект з мінімальною кількістю рецидивів після відміни препарату.

УДК 612.821.1

*Сосин И. К., Чувев Ю. Ф., Гончарова Е. Ю.,
Франчук А. Н., Гончарь О. С., Сосина Л. И.,
Друзь О. В., Сквиря И. М., Осипов А. А.*

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

ПРОБЛЕМЫ АКТИВАЦИИ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ ВНИМАНИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ЗРИТЕЛЬНОГО ВОСПРИЯТИЯ ЦВЕТОВЫХ АНАЛОГОВ СВЕТОФОРА

По данным статистики большинство дорожно-транспортных происшествий (ДТП) происходит на регулируемых светофорами перекрестках, что в значительной степени обусловлено снижением внимания при постоянно меняющейся цветовой триаде светофора, сужением панорамного обзора параметров движения. В связи с этим актуальной проблемой современной психологии, нейрофизиологии и нейропсихиатрии является поиск средств и методов оптимизации таких жизненно важных психофизиологических функций человека как восприятие, внимание, периферическое зрение, оперативная память, которые являются интегральной основой многочисленных функций интеллекта.

Основной сутью разработанного нами нового подхода по активации психофизиологических функций явилось дополнительное включение в известный интеллектуальный тренажер на основе теста Шульте полной цветовой гаммы светофора (цифры от 1 до 25 изображены черным цветом на последовательно меняющемся в ячейках красном, желтом и зеленом фоне). Были исследованы две группы (основная и контрольная) респондентов (водителей автотранспорта) по 25 человек в каждой группе. В основной группе тренинг осуществлялся по новой технологии, базирующейся на применении модифицированной таблицы Шульте, (курс 7—10 дней с кратностью тренировочных упражнений 1—2 раза в день по 25—30 мин). В контрольной группе тренинг проводился традиционными (черно-белыми) таблицами Шульте. Эффективность тренинга в основной группе оказалась в 2,1 раза выше по сравнению с контрольной группой. Так, способность респондентов основной группы к высокой скорости переключения внимания (по усредненной оценке) была достигнута уже после 3-дневного тренинга, в то время как в контрольной группе — к 6-му дню. Значительно быстрее также в основной группе была выработана способность респондентов к панорамному восприятию цветových аналогов светофора и идентификации порядковых чисел модифицированной таблицы Шульте. Позитивный результат был преимущественным также и по другим квантификационным параметрам внимания и периферического зрения. Способ позволяет путем систематических тренингов научиться в нужное время и в нужной ситуации приводить свой интеллект в активное состояние и мгновенно получить оптимальный результат. Развивается объемное (панорамное) внимание, когда символы, находящиеся в поле зрения, воспринимаются одновременно, существенно увеличивается скорость переключения внимания и его объем — количество объектов, которые человек может хранить в кратковременной памяти. Установлено, что предложенная нами модификация таблиц Шульте улучшает: 1) интенсивность внимания; 2) объем внимания; 3) концентрацию внимания (сосредоточенность); 4) распределение внимания; 5) переключаемость внимания; 6) устойчивость внимания; 7) отвлекаемость внимания; 8) мобилизацию памяти.

Для поддержания полученных позитивных результатов показателей внимания и интеллектуального тонуса в дальнейшем проводят блиц-тренинги (по 5—10 мин ежедневно). Таким образом, разработанный нами способ активации психофизиологических функций внимания и периферического зрительного восприятия позволяет сконцентрироваться на важных информационных аспектах дорожного движения, изолировать посторонние раздражители, контролировать собственную деятельность в своем психическом пространстве. Метод предложен для апробации и внедрения в тестовые экзаменационные модули по подготовке водителей автотранспорта.

УДК 364.444:616.89-008

*Спіріна І. Д., Леонов С. Ф., Рокутов С. В.,
Ніколенко А. Є., Шустерман Т. Й.*

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
(м. Дніпропетровськ)*

МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНИЙ ПІДХІД В ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ПСИХОСОМАТИЧНИМИ ТА СОМАТОПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Лікування психосоматичних розладів в загальносоматичних відділеннях без залучення лікарів-психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів недостатньо ефективне. Одним з ключових організаційних перетворень в умовах реформування системи охорони здоров'я може стати перехід до мультидисциплінарної моделі та бригадного підходу її надання, що особливо актуально при лікуванні психосоматичних і соматопсихічних розладів. Розроблена лікувально-реабілітаційна програма, що ґрунтується на послідовній реалізації таких етапів: переддіагностичного (попередньої діагностики), діагностичного, невідкладної психотерапевтичної допомоги (при необхідності), базової психотерапії, реабілітації та реінтеграції хворого у суспільство, підтримуючого лікування. Перший етап здійснюється сімейним лікарем, подальші — мультидисциплінарною бригадою фахівців, включаючи лікаря-психотерапевта, медичного психолога. Модель, що пропонується, достатньо пластична та універсальна, як у відношенні набору етапів, їх тривалості, так і в кількості залучених спеціалістів.

Таким чином, мультидисциплінарний підхід до формування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів дозволяє підбирати необхідний та достатній вплив на організм з метою максимально можливого усунення симптомів захворювання, відновлення професійного та соціального функціонування пацієнта, а також мінімізації ризику виникнення рецидивів.

УДК 616.89-008.459-085

*Сташинова Е. А., Селезнева С. В.,
Максименко О. Л., Мамедалиева С. А.
Донецкий Национальный медицинский университет
им. М. Горького (г. Донецк)*

КОРРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ НАРУШЕНЬ У СОМАТОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

По данным ВОЗ до 5 % населения земного шара страдают депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15—20 %. Важнейшей отличительной чертой депрессивных состояний на современном этапе является их выход за пределы психиатрической патологии, неуклонное повышение удельного веса невротических и соматогенных форм по сравнению с классическими депрессиями.

Виды депрессии у больных неврологического профиля весьма многообразны. Возможные проявления депрессии у пациента неврологического профиля: ипохондрические расстройства; кардиалгии; головные боли; вегетативные кризы; панические атаки; липотимические состояния; абдоминальные проявления; инсомнии; астении.

Под нашим наблюдением находилось 45 пациентов в возрасте от 33 до 62 лет (средний возраст $41 \pm 2,5$ года) с тревожно-депрессивными расстройствами на фоне соматоневрологической патологии. Из них женщин — 58 %, мужчин — 42 %. Всем больным проводилось клинико-инструментальное обследование, а также характер и тяжесть неврологических жалоб и объективной неврологической симптоматики оценивали в баллах (от 0 до 4), с подсчетом тяжести субъективных расстройств (ТСР) и тяжести объективных расстройств (ТОР). Выраженность депрессии и тревоги оценивали с помощью психологического тестирования: опросник Тейлора и госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). ТСР составила $4,3 \pm 0,5$ балла и была выше у женщин, чем у мужчин на 25 %. Проведенное психологическое тестирование позволило обнаружить аффективные расстройства тревожно-депрессивного характера.

Больные были рандомизированы на 2 группы. Пациентам 1 группы назначали Триттико (тразодон) — атипичный антидепрессант с преимущественным седативным и анксиолитическим видами действия, являющийся представителем класса АИОЗС (SARI) — антагонист серотониновых рецепторов/ингибитор обратного захвата серотонина. Режим дозирования: 150 мг/сутки (начальная доза составляла 50 мг/ночь в течение 3 дней, затем 100 мг в течение 4—6 дней и 150 мг на 7 день приема). Больным 2 группы назначали типичные бензодиазепины.