

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ПРИВАТНА УСТАНОВА
ЗАКЛАД ВИЩОЇ ОСВІТИ
МІЖНАРОДНИЙ ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ІНСТИТУТ
«БЕЙТ-ХАНА»

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА

на тему: «Клініко-психопатологічні і психологічні характеристики фобічної
симптоматики при невротичних і соматоформних розладах»

Спеціальність 053 Психологія

Бакалаврська робота допущена до захисту
рішенням засідання кафедри педагогіки та
психології

Протокол № ____ від _____ 202_ р.

Завідувач кафедри

_____ д. псих. н. Самойлов О. Є.

Виконавець:

студентка групи ЗПП-17-4

Лур'є Марина Борисівна

Науковий керівник: професор, доктор
медичних наук. Первий Віктор

Станіславович

Оцінка за результатами захисту

ДНІПРО-2021

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ФОБІЧНІ СТАНИ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ І СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ	6
1.1 Основні поняття і функціональні значення.....	6
1.2 Тривожно-фобічні розлади і методи діагностики.....	9
1.3 Методи дослідження тривожно-фобічних розладів.....	17
РОЗДІЛ 2. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ І ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФОБІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ І СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ	23
2.1 Характеристика фобічної симптоматики.....	23
2.2 Клініко-психопатологічна характеристика хворих агорафобією.....	27
2.3 Психологічна характеристика хворих агорафобією.....	32
2.4 Клініко-психопатологічна характеристика хворих кардиальним неврозом	36
2.5 Психологічна характеристика хворих кардиальним неврозом.....	42
ВИСНОВКИ	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	60
ДОДАТКИ	64

ВСТУП

Проблема фобій є однією з основних в сучасній прикордонній психіатрії. В останні 10-15 років фобічний синдром займає велике місце у вивченні клініки, патогенезу та терапії психічних захворювань. Це обумовлено декількома причинами: великою частотою фобій серед населення, їх тенденцією до хроніфікації і затяжного перебігу, високим рівнем коморбідності з іншими психічними розладами, патоморфозом прикордонної психічної патології, виникненням ультрасучасних типів нав'язливих страхів (СНІДофобія, комп'ютерофобію та ін.), істотним впливом фобічної симптоматики на якість життя хворих. Крім того, синтез і індустрія новітніх анксиолітиків також значною мірою сприяють розширенню досліджень в області клініки тривожно-фобічних станів і патогенезу фобій.

У загальній популяції невротичні фобії, за даними F. Riemann (1998), зустрічаються у 8-9% населення. Різні типи даної патології (по МКБ-10) зустрічаються з різною частотою. Поширеність панічного розладу протягом життя становить від 1,2 до 3,8%; для агорафобії - 6,7%, для ізольованої фобії - 11,3% і для соціальної фобії - 13,3%. Частота фобій при неврозах коливається в межах 15-44% випадків за даними різних авторів. Підтверджуючи значну поширеність фобічних розладів, ці цифри одночасно відображають відсутність як загальноприйнятих критеріїв діагностики невротичних станів, так і єдиного визначення самих фобій.

Проблема психосоматичних співвідношень, що стосуються зв'язку між тілом і психікою, є предметом дискусій не тільки в області психіатрії, але і в загальній патології людини. Факт впливу тілесних відчуттів на психічну сферу і розвиток різних психопатологічних феноменів не підлягає сумніву, а накопичені до цього часу клінічні спостереження свідчать про те, що зміни в психічній сфері можуть викликати тілесні (в тому числі і патологічні) зміни, обумовлюючи розвиток психосоматичних захворювань.

Соматоформні розлади є складною в діагностичному та терапевтичному аспектах категорією. Це обумовлено, в першу чергу, недостатньою вивченістю патогенетичних взаємозв'язків соматовегетативних проявів і власне афективних (тривожних, депресивних), іпохондричних, істеричних порушень.

Актуальність цього дослідження зумовлена зростаючою поширеністю фобічних розладів, недостатністю відомостей про їх етіопатогенез, розрізненістю і суперечливістю результатів лабораторних досліджень фобічної симптоматики, відсутністю даних про взаємини біохімічних, індивідуально-психологічних та соціально-психологічних у осіб з тривожно-фобічними станами, а також незначною кількістю відомостей про критерії ризику виникнення і прояви фобій в структурі невротичних і соматоформних розладів.

Метою роботи є оптимізація діагностичного процесу і лікувально-профілактичної допомоги хворим з фобічним синдромом на основі інтегративного (клініко-анамнестического, клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного) аналізу фобічної симптоматики в структурі невротичних і соматоформних розладів і вивчення особливостей клінічних проявів агорафобії у взаємозв'язку з індивідуально-психологічними і соціально-психологічними показниками; визначення структурно-компонентної архітектоники агорафобічного синдрому з обґрунтуванням його диференційно-діагностичних критеріїв.

Для досягнення поставленої мети були поставлені такі *завдання*:

- 1) позначити місце фобічного синдрому в структурі невротичних і соматоформних розладів;
- 2) оцінити роль соціально-психологічних факторів у формуванні і прояві агорафобії при невротичних і соматоформних розладах;
- 3) дослідити клініко-анамнестичні та клініко-психопатологічні особливості агорафобіческого синдрому в структурі невротичних і соматоформних розладів;
- 4) дослідити сексологічні та індивідуально-психологічні характеристики хворих з агорафобічною симптоматикою;
- 5) визначити і науково обґрунтувати диференційно-діагностичні критерії агорафобії.

Об'єктом дослідження є процес/явище агорафобічного синдрому при невротичних і соматоформних розладах.

Предмет дослідження - клініко-анамнестичні, клініко-психопатологічні, сексологічні і психологічні особливості агорафобії в структурі невротичних і соматоформних розладів, методи її первинної та диференціальної діагностики, а також лікування і профілактики.

Методи дослідження: Клініко-анамнестичний (для збору інформації пропреморбідний період і особливості формування фобічного синдрому), клініко-психопатологічний (для аналізу наявних хворобливих проявів і верифікації діагнозу), експериментально-психологічний (для оцінки індивідуально-психологічних особливостей особистості), математико-статистичний (для обробки отриманих результатів).

Наукова новизна отриманих результатів. Вперше на основі комплексного клінічного та психологічного обстеження хворих з агорафобічним синдромом при невротичних і соматоформних розладах проведено інтегративний (клініко-психопатологічний та психологічний) аналіз особливостей формування та проявів агорафобії і їх зв'язку з рівнем тривоги. Вперше науково обґрунтовано і розроблено комплексні алгоритми діагностики агорафобічного синдрому в структурі невротичних і соматоформних розладів, а також запропоновані його диференційно-діагностичні критерії.

Практична значимість отриманих результатів. Практичне значення результатів дослідження полягає в підвищенні якості діагностики та лікування хворих з агорафобічним синдромом в структурі невротичних і соматоформних розладів.

Робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел із 50 джерел, містить 7 рисунків, 12 таблиць і 2 додатки.

РОЗДІЛ 1. ФОБІЧНІ СТАНИ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ І СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ

1.1 Основні поняття і функціональні значення

Сучасна література [2 - 8] свідчить про патоморфоз багатьох психічних захворювань, в тому числі неврозів і соматоформних розладів. До причин цього явища, крім внутрішніх і особистісних [9 - 13], можуть бути віднесені і такі чинники, як соціально-політична і економічна нестабільність [4 - 9], зростання безробіття [8, 10, 11], розшарування людей по фінансовому становищу, зниження рівня матеріального добробуту, зубожіння колись благополучних груп населення [2], зростання соціальної напруженості, криміналізація суспільства, екологічні катастрофи тощо [7].

Фобічні розлади займають одне з провідних місць в клініці малої психіатрії. Схильність цих розладів до тривалого перебігу, часта терапевтична резистентність, порушення соціальної адаптації у значної частини хворих з фобіями визначають інтерес до їх вивчення. Основна увага при цьому приділяється диференціації фобій за структурою, змістом та їх зв'язків з іншими психопатологічними феноменами [3]. Автори, які вивчали фобічні розлади з тривалим перебігом, виділяють затяжний і рецидивуючий варіанти динаміки цих станів [8 - 14]. При цьому спостерігається тенденція до розширення фабули страхів, стійкою іпохондричною фіксацією на тілесних відчуттях, приєднання obsесивно-компульсивних, депресивних, стер-конверсійних порушень.

Більшість сучасних досліджень присвячено проблемам агорафобії [5 - 10] і соціальної фобії [1 - 5]. У зазначених дослідженнях описуються клінічні прояви та

особливості терапії фобічних розладів. Автори сходяться на думці, що динаміка і результат захворювання визначаються тяжкістю фобічної симптоматики, коморбідних психічних розладів, а також соціально-демографічним статусом пацієнтів. У ряді досліджень показано, що прогноз агорафобії багато в чому визначається психічними порушеннями, що виходять за рамки тривожно-фобічних. В першу чергу мова йде про депресію, яка виявляється у 24-91% хворих агорафобією [6]. Іншою поширеною формою коморбідної психічної патології є особистісні розлади, частота яких серед хворих агорафобією набагато вище, ніж серед населення, і становить приблизно 70% [17]. Показано, що патохарактерологічні порушення тривожного кола зустрічаються найбільш часто і співвідносяться з більш сприятливим перебігом [14], в той час як розлади особистості шизотипічного і параноїдного типів визначають менш сприятливий перебіг захворювання [18]. На думку ряду дослідників [9], хроніфікація симптомів агорафобії визначається виключно динамікою панічного розладу. У числі прогностично несприятливих ознак вказують на ранній вік початку хвороби (до 20 років), часті й тривалі панічні атаки [9], високу інтенсивність нападів паніки [5], що визначає потребу в госпіталізації [7].

У багатьох методично трудомістких, описових епідеміологічних дослідженнях, проведених в різних країнах світу [2-6], було показано, що захворюваність панічними розладами протягом усього життя відносно постійна і становить 2,5-3,2%. Для агорафобії, через мінливі діагностичні критерії, коливання більш істотні - між 2,1 і 10,9%. У наявних на сьогоднішній день дослідженнях, проведених відповідно до критеріїв DSM-IV[7-9], захворюваність агорафобією протягом усього життя склала (незалежно від того, супроводжували її панічні атаки чи ні) 7%. Однак напади паніки без розвитку повної клінічної картини зустрічаються істотно частіше і в залежності від дослідження і підходу до визначення нападу паніки становлять від 9 до 15%. Дані, представлені в різних дослідженнях, щодо соціально-демографічних чинників практично не відрізняються - жінки хворіють панічними розладами майже в два рази частіше,

ніж чоловіки. Однак соціологічні фактори ризику не є настільки однорідною картиною.

Перша поява вегетативних пароксизмів і маніфестація панічних розладів відноситься найчастіше до дитячого віку, до ранньої дорослості, проте у чоловіків вони можуть відбутися і після 40 років. Виникнення агорафобії відбувається зазвичай двома роками пізніше; середній вік людини, вперше хворого агорафобією, становить 28 років. З особливою ретельністю в каузальних епідеміологічних дослідженнях перевіряється гіпотеза, відповідно до якої панічні атаки можуть мати виняткове значення не тільки для появи більш пізніх панічних розладів, але і для виникнення агорафобії або інших форм тривожно-фобічних станів[14].

В рамках психологічних теорій навчання найбільшим впливом серед теоретичних підходів до пояснення фобічних розладів, в тому числі і агорафобії, користується, насамперед, так звана «теорія двох факторів» (Zwei-Faktoren-Theorie). Ще й сьогодні ця теорія використовується як основа для визначення показань до терапії агорафобічної поведінки. Теорія двох факторів[6] передбачає, що при фобіях спочатку нейтральний подразник, що виник в результаті травматичної події, асоціюється з основною цільовою тривогою станом (класичне обумовлення) і наступне за цим уникнення такого - вже аверсивного - подразника підкріплюється зникненням цього неприємного тривожного стану (оперантне обумовлення). Однак, незважаючи на те, що це добре узгоджується з даними, отриманими в результаті експериментів на тваринах, ця теорія виявилася недостатньою для пояснення клінічних проявів агорафобічної симптоматики. По-перше, багато пацієнтів з фобіями не пам'ятають, щоб у них відбувалися травматичні події до початку розладів, а по-друге, у людей не вдалося спровокувати розвиток відповідної фобії.

У своїй переробленій версії цієї теорії про виникнення агорафобії AJ Goldstein і DL Chambless (1978) дійшли висновку, що слід розрізняти дві форми агорафобії:

- 1) проста агорафобія, пов'язана з травматичними подіями,

2) істотно більш поширена комплексна агорафобія, яку найчастіше визначають як «страх перед страхом» [19].

Крім того, AJ Goldstein і DL Chambless (1978) підкреслювали роль інтероцептивного обумовлення. Фізичні відчуття, такі як прискорене серцебиття, стають умовними подразниками для панічних атак, які знову можуть бути пов'язані з зовнішньою ситуацією шляхом обумовлення більш високого порядку. Хоча багато аспектів цього підходу пройшли хорошу емпіричну перевірку, гіпотеза про специфічну схильності і пускових факторах як і раніше залишалися спірними. Такі фактори, як підвищена тривожність, невпевненість в собі, залежність і нездатність адекватно ідентифікувати пусковий механізм неприємних емоцій цілком здатні надавати диспозиційний вплив, але все ж у переважній більшості пацієнтів з цим діагнозом не зустрічаються. [19].

Фактори, значимі для етіології і патогенезу фобічного розладу, можуть перебувати на різних рівнях - нейропсихологічному, нейробіохімічному, генетичному та нейроендокринологічному. Фактори, значимі для агорафобії, окремо не виділяються, оскільки вона розглядається в біологічних концепціях як побічний феномен панічного розладу. Імпульсом для цього дослідження послужила клінічна робоча гіпотеза DF Klein (1980), правда, експериментально недостатньо добре підтверджена. Вона стверджує, що трициклічний антидепресант іміпрамін скоріше придатний для лікування нападоподібних тривожних станів, ніж генералізованого тривожного синдрому [7]. Вихідна гіпотеза цієї моделі розглядає спонтанно виникаючі (несподівані) панічні атаки як прояв нейробіологічного детермінованого функціонального розладу. Якщо вони виникають повторно, то це призводить до панічного стану і в подальшому до агорафобічної поведінки (агорафобії), неадекватній поведінці впорання (зловживання алкоголем і седативними засобами) і деморалізації (депресії). Непрямі вказівки на участь різних нейрохімічних процесів ЦНС можуть бути отримані за допомогою добре доведеної ефективності фармакологічних речовин, що впливають на норадренергічну і серотонінергічну системи ЦНС [6].

1.2 Тривожно - фобічні розлади і методи діагностики

Загальна характеристика обстежених

В основу роботи покладено результати обстеження 87 чоловіків у віці від 17 до 65 років, які перебували на амбулаторному або стаціонарному обстеженні та лікуванні в приватній клініці «Medical Plaza» (м Дніпро) в період з листопада 2020 року по травень 2021 року з діагнозами : «Агорафобія з панічним розладом» (код за МКХ-10 - F 40.01), «Кардіальний невроз» (код за МКХ-10 - F 45.30), «Без психічних розладів» (код за МКХ-10 - Z 00). Верифікація діагнозу була проведена за критеріями МКБ-10 [7].

У досліджувану вибірку включалися лише ті клінічні випадки захворювання, при яких діагноз встановлювався в період амбулаторного або стаціонарного обстеження на підставі детального аналізу наявних клінічно виражених психопатологічних розладів і пов'язаних з ними порушеннями соціального функціонування, преморбідних особливостей особистості, даних анамнезу захворювання з урахуванням наявності та ступеня вираженості психоемоційного перенапруження (в констеляції з конкретною особистістю пацієнта); результатів психологічного тестування (опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлор, шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна); даних клініко-лабораторних досліджень, дозволили підтвердити нозологічну приналежність наявних розладів або виключити невротичні або соматоформні прояви в рамках інших нозологічних форм. З досліджуваної вибірки були виключені особи з супутньою соматичною або ендокринною патологією.

За клінічними варіантами фобічного синдрому в структурі невротичних і соматоформних розладів пацієнти були розподілені на 4 групи, що відображено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1

Розподіл хворих в залежності від клінічних варіантів тривожно-фобічних розладів

(n = 432)

Тривожно-фобічні розлади	номер групи	Абсолютна кількість обстежених	% До загальної кількості обстежених
агорафобія	1	94	21,76
кардіальний невроз	4	253	58,56
всього		432	100

Контрольну (5-у) групу склали 195 осіб без ознак психічної та соматичної патології.

Віковий діапазон обстежених знаходився в межах 17-65 років. Особи у віці 17-19 років склали 23,13% (145 осіб), 20-24 роки - 21,21% (133 особи), 25-29 років - 11,97% (75 осіб), 30-34 роки - 8,93% (56 осіб), 35-39 років - 8,13% (51 осіб), 40-44 роки - 7,81% (49 осіб), 45-49 років - 7,5% (47 осіб), 50-54 роки - 5,1% (32 людини), 55-59 років - 3,19% (20 осіб) і 60-65 років - 3,03% (19 осіб), що відображено в табл. 1.2. Слід зазначити, що більшу частину ($p < 0,05$) хворих (69,91%) становили особи найбільш активного працездатного віку (20-50 років).

Економічне і соціальне неблагополуччя в країні активно впливає на контекст розвитку сім'ї, групи і окремих людей, на відносини між ними, створює труднощі в процесах побудови конструктивних інтер-персональних відносин. У свою чергу відповідним чином змінюється виховання особистості, вона відторгається від нормальних зв'язків і відносин, формуються особистісні особливості (високий рівень особистісної та реактивної тривожності, низька фрустраціона толерантність і т.д.), що детермінують виникнення психопатологічних, зокрема фобічних, розладів.

Таблиця 1.2

Розподіл обстежених за віком на момент проведення досліджень ($n = 627$)

вік (Роки)	Групи обстежених					всього	
	агорафобія	Інші фобічні тривожні розлади	специфічні фобії	кардіальний невроз	контрольна група	Абсолютна кількість обстежених	% До загальної кількості обстежених
17-19	19	21	18	31	56	145	23,13
20-24	19	14	12	45	43	133	21,21
25-29	13	3	5	37	17	75	11,97

30-34	11	-	1	29	15	56	8,93
35-39	8	-	1	31	11	51	8,13
40-44	7	-	2	30	10	49	7,81
45-49	8	-	4	22	13	47	7,50
50-54	2	-	1	16	13	32	5,10
55-59	2	-	-	9	9	20	3,19
60-65	5	-	3	3	8	19	3,03
всього	94	38	47	253	195	627	100
Середній вік в групі (M +σ)	31,77 + 12,81	19,55 + 2,34	27,47 + 13,34	33,32 + 11,67	30,80 + 13,96		

При аналізі показників соціального походження, які характеризують вибірку в цілому, були отримані наступні дані (табл. 1.3).

Таблиця 1.3

Розподіл обстежених в залежності від соціального походження (n = 627)

Соціальне походження	Агорафобія	Інші фобічні тривожні розлади	Специфічні фобії	Кардіоний невроз	Контрольна група	всього
З сім'ї робітників	22 (23,40%)	2 (5,26%)	9 (19,15%)	92 (36,36%)	129 (66,15%)	254 (40,51%) *
З сім'ї селян	3 (3,19%)	1 (2,63%)	1 (2,13%)	10 (3,96%)	25 (12,82%)	40 (6,38%) *
З сім'ї службовців	69 (73,41%)	35 (92,11%)	37 (78,72%)	151 (59,68%)	41 (21,03%)	333 (53,11%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	38 (6,06%) *	47 (7,50%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

Як видно з табл. 1.3, в групі обстежених без ознак психічних розладів переважали особи з сімей робітників ($p < 0,05$). Навпаки, більшість чоловіків з фобічним синдромом в структурі невротичних і соматоформних розладів (59,68 - 78,72%, $p < 0,05$) відбувалося з сімей службовців. При цьому виявлено наявність достовірного ($\chi^2 = 21,8$; $p < 0,001$) зв'язку між соціальним походженням і клінічними проявами фобічної симптоматики (ДОДАТОК А табл А.1).

Незаперечним є факт, що сімейні умови, в яких виховується індивід, значною мірою детермінують адекватність подальшої соціалізації особистості і формування відповідного соціального статусу, а також є одним з найбільш важливих соціально-демографічних чинників в етіопатогенетичних процесах невротичних і соматоформних розладів.

При аналізі показників умов виховання, що характеризують вибірку в цілому, були отримані наступні дані (табл. 1.4).

Таблиця 1.4

Розподіл обстежених в залежності від умов виховання (n = 627)

умови виховання	Агорафобія	Інші фобічні тривожні розлади	Специфічні фобії	Кардіоний невроз	Контрольна група	всього
У повній сім'ї	66 (70,21%)	30 (78,95%)	39 (82,98%)	213 (84,19%)	154 (78,97%)	502 (80,06%) *
У неповній сім'ї	28 (29,79%)	8 (21,05%)	6 (12,76%)	39 (15,41%)	40 (20,51%)	121 (19,30%) *
Без батьків	-	-	2 (4,26%)	1 (0,40%)	1 (0,52%)	4 (0,64%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	38 (6,06%) *	47 (7,50%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

Як видно з табл. 1.4, в більшості спостережень (502 людини - 80,06%) виховання здійснювалося в повній сім'ї ($p < 0,05$). У неповних сім'ях частіше виховувалися пацієнти з агорафобічною симптоматикою ($p < 0,05$). Виявлено наявність достовірного ($\chi^2 = 8,8$; $p < 0,05$) зв'язку між показником умов виховання та клінічними проявами фобічного синдрому в структурі невротичних і соматоформних розладів. (ДОДАТОК А табл. А.2).

Домінування в сімейних відносинах - одна з найбільш істотних соціально-психологічних характеристик сім'ї, що набуває особливого значення в питаннях виховання, а також подальшої організації інтерперсональних комунікацій (табл. 1.5).

Таблиця 1.5

Розподіл обстежених в залежності від осіб, що домінували в сім'ях обстежених в період виховання (n = 627)

Домінуюча в сім'ї особистість	Агорафобія	Інші фобічні тривожні розлади	Специфічні фобії	Кардіоний невроз	Контрольна група	всього
батько	5 (5,32%)	5 (13,16%)	11 (23,40%)	55 (21,74%)	132 (67,68%)	208 (33,18%) *
матір	57 (60,64%)	15 (39,47%)	13 (27,66%)	103 (40,71%)	58 (29,73%)	246 (39,24%) *
Дідусь по батьковій лінії	1 (1,06%)	2 (5,26%)	2 (4,26%)	5 (1,98%)	1 (0,52%)	11 (1,75%) *
Бабуся по батьковій лінії	12 (12,77%)	5 (13,16%)	6 (12,77%)	30 (11,86%)	1 (0,52%)	54 (8,61%) *
Дідусь по материнській лінії	1 (1,06%)	1 (2,63%)	3 (6,38%)	6 (2,37%)	1 (0,52%)	12 (1,91%) *
Бабуся по материнській лінії	18 (19,15%)	10 (26,32%)	12 (25,53%)	54 (21,34%)	2 (1,03%)	96 (15,31%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	38 (6,06%) *	47 (7,50%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

З табл. 1.5 видно, що практично вихованням обстежених займалися особи жіночої статі, в більшості випадків ($p < 0,05$) матері (39,24%). У контрольній групі, на відміну від груп хворих, ініціатива в питаннях виховання належала батькам ($p < 0,001$). Превалювання домінуючої позиції матері зазначалося в сім'ях хворих агорафобією - 60,64% випадків ($p < 0,05$). Односторонній характер виховання, на думку А.І. Захарова, особливо несприятливий для особистісного розвитку осіб чоловічої статі, оскільки виключення батька зі сфери виховання порушує вироблення навичок поведінки, адекватної гендерної самоідентифікації. Описувана ситуація ускладнюється інверсією виховних ролей, коли бабуся грає роль матері, мати - батька, а останній - роль «прийомного сина» [8]. Виявлено

вплив ($\chi^2 = 24,3$; $p < 0,001$) показників домінування осіб, які займали в сім'ях чільне місце, на формування фобічного синдрому (ДОДАТОК А. табл. А.3), пов'язане, перш за все, з роллю батьків у вихованні.

При аналізі показників сімейного стану, що характеризують вибірку в цілому, були отримані такі дані (табл. 1.6).

Таблиця 1.6

Розподіл обстежених в залежності від сімейного стану (n = 627)

Сімейне становище	Агорафобія	Інші фобичні тривожні розлади	Специфічні фобії	Кардіоний невроз	Контрольна група	всього
неодружений	26 (27,66%)	33 (86,85%)	29 (61,71%)	85 (33,60%)	82 (42,05%)	255 (40,67%) *
одружений	22 (23,41%)	2 (5,26%)	12 (25,53%)	145 (57,31%)	91 (46,67%)	272 (43,38%) *
Розлучений	43 (45,74%)	3 (7,89%)	6 (12,76%)	20 (7,91%)	19 (9,74%)	91 (14,51%) *
Видавець	3 (3,19%)	-	-	3 (1,18%)	3 (1,54%)	9 (1,44%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	38 (6,06%) *	47 (7,50%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

Як видно з табл. 1.6, переважна кількість неодружених чоловіків ($p < 0,05$) відзначалась серед осіб з іншими фобічними тривожними розладами і хворими специфічними фобіями. Це можна пояснити тим, що основний масив обстежених в зазначених групах склали особи у віці $19,55 \pm 2,34$ і $27,47 \pm 13,34$ років відповідно, які ще не встигли створити власних сімей. Більше половини ($p < 0,05$) пацієнтів з кардіальним неврозом (57,31%) були одруженими, в той час як хворі агорафобією - розведеними або холостими (73,40%). Виявлено відмінності між показником сімейного стану та клінічними проявами фобічного синдрому при невротичних і соматоформних розладах ($\chi^2 = 133,5$; $p < 0,001$). Розподіл чоловіків

контрольної групи за сімейним станом було практично симетричним (ДОДАТОК А табл. А.4).

У той час як процес утворення може розглядатися в якості одного з можливих етіологічних факторів виникнення і подальший розвиток фобій, переконливих доказів наявності взаємозв'язку між рівнем освіти і частотою захворюваності тривожно-фобічні розлади в структурі неврозів або соматоформні патології в проведених дослідженнях виявлено не було.

При аналізі показників освіти, що характеризують вибірку в цілому, були отримані наступні дані (табл. 1.7).

Таблиця 1.7

Розподіл обстежених в залежності від освіти (n = 627)

Освіта	Агорафобія	Інші фобічні тривожні розлади	Специфічні фобії	Кардіоний невроз	Контрольна група	всього
початкова	-	-	-	-	1 (0,52%)	1 (0,16%) *
середня	11 (11,70%)	7 (18,42%)	9 (19,15%)	26 (10,28%)	76 (38,97%)	129 (20,57%) *
Середньо-спеціальна	26 (27,66%)	9 (23,68%)	13 (27,66%)	97 (38,34%)	78 (40,00%)	223 (35,57%) *
Незакінчена вища	16 (17,02%)	20 (52,64%)	15 (31,91%)	31 (12,25%)	15 (7,69%)	97 (15,47%) *
вища	41 (43,62%)	2 (5,26%)	10 (21,28%)	99 (39,13%)	25 (12,82%)	177 (28,23%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	38 (6,06%) *	47 (7,50%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

Як видно з табл. 1.7, домінуюче число ($p < 0,05$) обстежених становили особи з середньо-спеціальною (223 особи - 35,57%) і вищою освітою (177 осіб - 28,23%). Особи з середньою освітою переважали в контрольній групі ($p < 0,01$), з вищою освітою - в групах хворих агорафобією ($p < 0,01$) і кардіальним неврозом ($p < 0,05$).

Виявлено достовірний ($\chi^2 = 56,4$; $p < 0,001$) зв'язок між показником освіти і виникненням фобічного синдрому при невротичних і соматоформних розладах (ДОДАТОК А. табл. А.5).

1.3 Методи дослідження тривожно – фобічних розладів

Для збору інформації про фобічну симптоматику використовувався метод полуструктурованого інтерв'ю. Зазначений метод призначався для встановлення конкретних проявів фобічного синдрому у пацієнта, особливостей реакцій останнього на виникнення фобії, існуючої у нього системи відносин, пов'язаних з його власної тривою і різними формами поведінки оточуючих. За допомогою карти клініко-психопатологічного обстеження вивчалися фактори, які імовірно беруть участь у формуванні фобічного синдрому в структурі невротичних і соматоформних розладів. Відомості, отримані від пацієнта, доповнювалися інформацією, яка надається родичами, службовими характеристиками, а також шляхом спостереження за поведінкою обстежуваного в амбулаторних або стаціонарних умовах.

При проведенні клініко-психопатологічних досліджень застосовувався Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised; SCL-90-R), розроблений в 1974 р LR Derogatis і співавт. і адаптований в 1999 р V. Starcevic і співавт. [9]. Опитувальник містить 90 пунктів. Його призначення полягає в тому, щоб оцінювати патерни психопатологічних ознак у психічно хворих і здорових осіб. Кожен з 90 питань оцінюється за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4), де 0 відповідає позиція «зовсім немає», а 4 - «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів підраховуються і інтерпретуються по 9 основними шкалами симптоматичних розладів: соматизації [Somatization (SOM)], obsесивно-компульсивного [Obsessive-Compulsive (O-C)], міжособистісної сензитивності [Interpersonal Sensitivity (INT)], депресії [Depression (DEP)], тривожності [Anxiety (ANX)], ворожості [Hostility (HOS)], фобічної тривожності [Phobic Anxiety (PHOB)], параноїальних тенденцій [Paranoid Ideation (PAR)],

психотизму [Psychoticism (PSY)] і по 3 узагальненим шкалами другого порядку : загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс готівкового симптоматичного дистресу (PSDI), загальне число позитивних відповідей (PST). Індекси другого порядку запропоновані для того, щоб мати можливість більш гнучко оцінювати психопатологічний статус пацієнта. Кожен індекс робить це деяким особливим способом і відображає якісь окремі аспекти психопатології [1]. Індекс GSI є найкращим індикатором поточного стану і глибини розлади, і його слід використовувати в більшості випадків, де потрібен узагальнений одиничний показник. PST - простий підрахунок числа симптомів, на які обстежуваний дає позитивні відповіді, - тобто кількість тверджень, для яких випробуваний зазначає хоч якийсь рівень вище нульового [2, 3].

Операціональні визначення шкал SCL-90-R:

1. Соматизація (Somatization - SOM) - порушення, що відображають дистрес, що виникає з відчуття тілесної дисфункції. Сюди відносяться скарги, фіксовані на кардіоваскулярної, гастроінтестинальної, респіраторної та інших системах. Компонентами розладів є також головні болі, інші болі і дискомфорт загальної мускулатури і на додаток - соматичні еквіваленти тривожності.

2. Обсесивно-компульсивні розлади (Obsessive-Compulsive - O-C) - розлади, що відображають симптоми, які в повній мірі тотожні стандартному клінічного синдрому з тією ж назвою.

3. Міжособистісна сензитивність (Interpersonal Sensitivity - INT) - розлад, який визначається почуттями особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо, коли людина порівнює себе з іншою.

4. Депресія (Depression - DEP) - розлад, симптоми якого відображають широку область проявів клінічної депресії. Тут представлені симптоми дисфорії і афекту, такі як ознаки відсутності інтересу до життя, нестачі мотивації і втрати життєвої енергії. Крім того, сюди відносяться почуття безнадії, думки про суїцид і інші когнітивні і соматичні кореляти депресії.

5. Тривожність (Anxiety - ANX) - розлад, що характеризується низкою симптомів. В визначення входять загальні ознаки, такі як нервозність, напруга і тремтіння, а також напади паніки і відчуття насильництва.

6. Ворожість (Hostility - HOS) - феномен, що включає думки, почуття або дії, які є проявами негативного афективного стану злості.

7. Фобична тривожність (Phobic Anxiety - PNOB) - стійка реакція страху на певних людей, місця, об'єкти або ситуації, яка характеризується як ірраціональна і неадекватна по відношенню до стимулу

8. Паранояльні симптоми (Paranoid Ideation - PAR) - паранояльна поведінка як вид порушень мислення. Кардинальні характеристики проєктивних думок, ворожості, підозрливості, пихатості, страху втрати незалежності, ілюзії розглядаються як основні ознаки цього розладу.

9. Психотизм (Psychoticism - PSY) - в шкалу психотизму включені питання, які вказують на уникаючий, ізольований, шизоїдний стиль життя, на симптоми шизофренії, такі як галюцинації або марення.

10. Додаткові питання. Сім питань, які входять в опитувальник, не потрапляють ні під одне визначення симптоматичних розладів; ці симптоми дійсно є показниками деяких розладів, але не належать до жодного з них. Додаткові питання беруть участь в загальній обробці опитувальника і використовуються «конфігурально». Так, наприклад, високі значення DEP в поєднанні з «раннім ранковим пробудженням» і «поганим апетитом» означають інший стан, відмінне від тих же значень DEP без цих симптомів. У тому ж сенсі наявність «почуття провини» є важливим клінічним індикатором, який надає необхідну інформацію клініцистам.

Методика проведення SCL-90-R. Перед початком тестування пацієнтам і респондентам контрольної групи давалася коротка інструкція, яка зводиться до того, що відповіді на питання повинні відображати лише стан на момент обстеження, при цьому підкреслювалося, що над відповідями не слід довго роздумувати. Відповіді реєструвалися на стандартному бланку. Підрахунок показників методики зводиться до простих операцій додавання і ділення.

Спочатку підсумовуються бали для кожного з 9 симптоматичних розладів і для додаткових питань. Це здійснюється шляхом складання всіх відмінних від нуля значень по кожному пункту, що належить до цієї групи розладів. Далі, ця сума ділиться (за винятком значень за додатковими пунктами) на відповідне йому число питань. Розподіл виконується до другого знака після коми. Таким чином, виходять сирі значення по кожній шкалі. Для обчислення трьох узагальнених індикаторів (шкали другого порядку), необхідно виконати кілька додаткових кроків. Спочатку отримують загальну суму балів по всьому тесту, включаючи додаткові питання. Розподіл цього числа на 90 дозволяє отримати загальний індекс тяжкості (GSI). Наступний етап - підрахунок числа позитивних відповідей (відмінних від нуля) для того, щоб отримати загальну кількість симптомів, на які дано позитивну відповідь, тобто отримання значення індексу PST. І останній етап обробки - це обчислення значення індексу готівкового симптоматичного дистресу (PSDI), який виходить розподілом загальної суми на бал PST. Інтерпретація результатів, отриманих в ході тестування по SCL-90-R, здійснювалася на трьох рівнях: загальна вираженість психопатологічної симптоматики,

Отримані по кожному обстеженому дані піддавалися попередній математико-статистичній обробці - за кожною шкалою виводилося середнє арифметичне в межах групи, внаслідок чого було отримано усереднений профіль для кожної групи.

З стандартизованих психологічних методик використовувалися:

- 1) особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлор;
- 2) шкала самооцінки Спілбергера-Ханіна.

Для вимірювання загального рівня тривоги використовувалася особистісна шкала проявів тривоги Дж. Тейлор, адаптована Т.А. Немчінов [7]. Опитувальник складається з 50 тверджень, на які даються відповіді «так» або «ні», результати заносяться в реєстраційний бланк. Кожна відповідь, що співпадає з ключем, оцінюється в 1 бал. Показники ранжуються наступним чином [8]:

- 40-50 балів розглядаються як показник дуже високого рівня тривоги;
- 25-40 балів свідчать про високий рівень тривоги;

15-25 балів - середньому (з тенденцією до високого) рівні тривоги;

5-15 балів - середньому (з тенденцією до низького) рівні тривоги;

0-5 балів - про низький рівень тривоги.

Для самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності (як стійкої характеристики індивіда) використовувалася шкала самооцінки, розроблена Ч. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним [13, 19]. Вона являє собою опитувальник, що складається з двох підшквал, перша включає в себе 20 тверджень, які обстежуваний повинен оцінити за 4-бальною системою: «ні, це не так» (1 бал), «мабуть, так» (2 бали), «вірно» (3 бали), «зовсім вірно» (4 бали). Аналогічним чином заповнюється друга, що включає в себе 20 тверджень.

ЛТ характеризує стійку схильність сприймати велике коло ситуацій як загрозові, реагувати на такі ситуації станом тривоги. Дуже висока ЛТ прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з порушеннями емоційно-вольової сфери. РТ відображає ступінь вираженості тривоги як стану. Відповіді випробуваного оцінюються за 4-бальною системою і заносяться в реєстраційний бланк. Сумарні показники за шкалою Спілбергера-Ханіна оцінюються (для РТ і ЛТ) відповідно до рекомендацій авторів наступним чином [14]:

- до 30 балів - низька тривожність;
- 31-45 балів - помірна тривожність;
- 46 балів і вище - висока тривожність.

Математико-статистична обробка інформації.

Для обробки отриманих даних використовували пакети "Microsoft Excel"

XP фірми Microsoft і SPSS 10.0 for Windows.

На підставі отриманих даних була сформована комп'ютерна база даних, отриманих при обстеженні осіб всіх п'яти груп. При аналізі даних використовувалися наступні методи:

- для статистичного опису даних застосовувалися методи варіаційної статистики з оцінкою закону розподілу (з використанням критерію Колмогорова-Смирнова) та розрахунком відносних (інтенсивних, екстенсивних показників,

показників наочності, співвідношення) і середніх [середнє арифметичне (M), медіана (Me), середнє геометричне (Mg), помилка середньої (m), стандартне відхилення (SD), коефіцієнт варіації (Cv)] величин;

- для оцінки взаємозв'язку між різними факторами був застосований кореляційний [з розрахунком коефіцієнтів парної кореляції Пірсона (r) і рангової кореляції Спірмена (ρ)] і дисперсійний [з оцінкою сили впливу (η²)] аналіз;

- для оцінки достовірності відмінностей використовувались параметричні критерії [Стюдента (t), Фішера (F)] і непараметричні критерії [Віл-Коксона-Манна-Уїтні (U), х-квадрат Пірсона (χ²)];

- для зменшення числа досліджуваних факторіальних змінних, що впливають на величину результативної ознаки, застосовувалися методи факторного аналізу та головний компонент (Principal Component) з ротацією за алгоритмом максимізації дисперсії (Varimax with Kaiser Normalization).

Загальна модель факторного аналізу має вигляд [14]:

$$X_i = \sum \{b_{ij} \cdot F_j\} + c_i \cdot U_j + e_j, \quad j = 1, \dots, k; \quad i = 1, \dots, m; \quad k < m, \quad (1.1)$$

де X_i - вихідні змінні; F_j - загальні фактори; U_i - специфічні фактори; e_j - випадкові помилки.

Модель головних компонент має вигляд:

$$X_i = a_i0 + \sum \{a_{ij} \cdot Z_j\}, \quad j = 1, m. \quad (1.2)$$

де X_i - вихідні змінні; Z_j - головні компоненти; a_{ij} - коефіцієнти переходу від системи змінних X до системи Z ; складові матрицю векторів A , яка є рішенням рівняння:

$$R \cdot A = I \cdot A, \quad (1.3)$$

де R - матриця кореляцій між вихідними змінними; I - вектор власних чисел матриці R .

В результаті факторного аналізу вийшла таблиця факторних навантажень для кожного досліджуваного параметра, що є, по суті, коефіцієнтами кореляції параметрів до відповідних факторів.

РОЗДІЛ 2. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ І ПСИХОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ФОБІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ І СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ

2.1 Характеристики фобічної симптоматики

Невротичні фобії є нав'язливі переживання страху з чіткою фабулою при наявності достатньої критики. Вони загострюються в певних ситуаціях [6, 17, 19, 22]. Іншою особливістю цих станів є їх яскравий, образний, чуттєвий характер. Зазвичай вони переносяться хворими надзвичайно болісно через двоїстого ставлення до них - триваючого переживання страху на тлі розуміння його необґрунтованості [3, 8, 12, 24]. На утримання нав'язливих страхів, так само як і на формування інших невротичних феноменів, впливає актуальна ситуація в медицині в її особистісно та соціально значущих аспектах [20]. Угрупування невротичних фобій ґрунтується на таких загальних для ряду фобій ознаках, як аналогічність сюжету, фабули, послідовність розвитку симптоматики, клінічна динаміка і т.д. [7].

Клінічні спостереження [18, 20, 24] виявляють динамічний характер таких важливих елементів фобічного синдрому, як критика і боротьба. С. Н. Давиденков (1963) не без підстави стверджує, що повна схоронність критики при нав'язливих страхах характерна іноді тільки для хворих поза гострих нападів фобії, в той час як в період гострих нападів страху хворі можуть вважати випробовувану ними небезпеку насправді цілком реальною [21]. Н. К. Липгарт (1987) зазначає, що і феномен нав'язливості (в рамках якого вона розглядає фобії), і фон, на котрому розвиваються нав'язливі розлади, і що виділяються нею в якості вторинних елементів синдрому критика, боротьба, знижений настрій можуть бути представлені в кожен конкретний момент по-різному навіть у одного і того ж хворого [7]. Хоча виражених змін свідомості при фобіях не відзначається, обсяг може змінюватися в залежності від сили нав'язливих явищ і їх форми, а

вираженість критичного ставлення хворих до них і боротьба з ними залежать вже не тільки від форми нав'язливого переживання і його інтенсивності, але і від фабули нав'язливого страху [14, 15, 17, 19]. Хворі поза і навіть під час повторних фобічних нападів нерідко досить активні, зібрані і намагаються приховати від оточуючих наявність у себе нав'язливих явищ. Правильність цього уявлення не викликає сумнівів і особливо підтверджується при спостереженні за хворими невротиками з нозофобією, нав'язливими страхами іпохондричного змісту [23]. Багато авторів [15] розглядають фобії в групі нав'язливих станів в емоційній сфері. Однак в останні десятиліття в зв'язку з завданнями клінічної практики виникає необхідність виділення фобій в окремий психопатологічний синдром. Доцільність цього підтверджена кодуванням фобій окремим діагностичним знаком в МКБ-10.

У МКБ-10 термін «агорафобія» вживається в більш широкому сенсі, ніж при його початковому введенні або чим він до сих пір використовується в деяких країнах. Цей термін об'єднує не тільки страхи відкритих просторів, але також близьких до них ситуацій, таких як наявність натовпу і неможливість негайно повернутися в безпечне місце (зазвичай - додому). Таким чином, термін включає в себе цілу сукупність взаємопов'язаних і зазвичай частково співпадаючих фобій, що охоплює страхи виходити з дому: входити в магазини, натовп або громадські місця або подорожувати одному в поїздах, автобусах або літаках. Панічний розлад є звичайною рисою епізодів і в минулому, і в сьогоденні. Незважаючи на те, що інтенсивність тривоги і вираженість поведінки можуть бути різні, це найбільш дезадаптуючі з фобічних розладів, і деякі пацієнти стають повністю «прикутими до дому». Багато хворих жахаються від думки, що можуть впасти і бути залишеними в безпорадному стані на людях. Відсутність негайного доступу до виходу є однією з ключових рис багатьох агорафобічних ситуацій. В якості додаткової характеристики часто присутні депресивні і нав'язливі симптомокомплекси, а також соціальні фобії, але вони не переважають в клінічній картині. При відсутності ефективного лікування агорафобія часто стає хронічною [7, 9].

Певні складнощі в кодуванні діагнозу у хворих, які страждають нав'язливим страхом божевілля, зумовлені низкою причин. По-перше, існує кілька різновидів даного страху: агатеофобія (нав'язливий страх неосудності, божевілля), алієнофобія (нав'язливий страх зійти з розуму), дементофобія (нав'язливий страх ослабоумлюючих захворювань), ліссофобія (нав'язливий страх захворіти на сказ, а також божевілля), а також маніофобія (нав'язливий страх захворіти психічним захворюванням). Деякі з перерахованих фобій можуть розглядатися як підтипи нозофобії, кодуючі в МКБ-10 як іпохондричний стан, що відноситься до кластеру не невротичних, а соматоформних розладів. По-друге, страх втрати контролю над собою, нав'язливий страх зійти з розуму може спостерігатися в структурі різних тривожно-фобічних розладів, таких як агорафобія, панічний розлад або генералізований тривожний розлад. Слід підкреслити, що при перерахованих станах алієнофобія (цей термін використовується в цьому дослідженні як найбільш точно характеризуючий особливості клінічних проявів у обстежених хворих) виступає в якості вторинного явища, що супроводжує основну психопатологічної симптоматики. У зв'язку з вищевикладеним, особи, які страждають алієнофобією, були віднесені до групи хворих іншими фобічними тривожними розладами.

Соматоформні розлади - група патологічних станів, головною особливістю яких є поява на тлі психосоціального стресу соматичної симптоматики одночасно з наполегливими вимогами медичних обстежень, незважаючи на відсутність морфологічних змін відповідних тканин (у багатьох випадках виявляються неспецифічні і функціональні порушення) і запевнення лікарів, що симптоми не мають соматичної природи. Найбільш яскравою і часто зустрічається в клінічній практиці різновид соматоформних розладів - кардіальний невроз, який характеризується скаргами, що відображають об'єктивні ознаки вегетативного збудження, такі як прискорене серцебиття, підвищена пітливість, почервоніння шкірних покривів, тремор і т.п.

Багато соматичні та психічні захворювання впливають на сексуальні функції і на місце сексуальності в інтерперсональних відносинах, а також можуть

призводити до хворобливого посилення, зниження, відхилення, перекручення сексуальності і, в кінцевому рахунку, до сексуальної дезадаптації. Деякі патологічні порушення поширюються безпосередньо на статеві органи, інші виснажують організм, внаслідок чого виникає нестача сил для сексуальної активності і інтересу до сексу, з'являються складності в спілкуванні і занижена самооцінка. Емоційні розлади можуть позбавити людину почуття безпеки і благополуччя, необхідного для адекватного прояви і реалізації сексуальної активності [30, 31].

Нав'язувані суспільством стандарти сексуального якості досягають в окремих випадках мало не міфологічних пропорцій. Засоби масової інформації вносять свій внесок в конструювання подібних міфів, натякаючи, що зовні привабливі індивіди тільки і роблять, що займаються сексом. В результаті багато людей приходять до переконання, що у всіх здорових чоловіків «дебела» ерекція настає при першому ж бажанні і що вони продовжують статевий акт годинами, здійснюючи його у всіх мислимих і немислимих позиціях і не досягаючи при цьому оргазму, в той час як їх партнерши «б'ються в конвульсіях», відчуваючи один оргазм за іншим. Чоловіки в сучасному суспільстві надають великого значення своєму пенісу і часто вважають ерекцію одним з атрибутів мужності. Багато з них засвоїли малообосноване правило, що стосується сексуальних якостей і з якого випливає, що для справжнього сексу потрібна ерекція пеніса. Тому порушення ерекції може стати для більшості чоловіків чимось надзвичайно ганебним і лякає. Їм здається, що вони, як чоловіки, перестали бути повноцінними.

Прагнучи до обрання сексуального іміджу, чоловіки можуть проявляти таку турботу про свій зовнішній вигляд, що це буде заважати їм насолоджуватися сексуальними дотиками і близькістю і може навіть призвести до того, що вони стануть уникати сексуальних контактів. Навіть для людей, яким не властиві завищені сексуальні очікування, тиск, викликаний бажанням опинитися на висоті, зазвичай стає надмірним [32].

В рамках невротичних і соматоформних розладів часто виявляються порушення сексуальних переживань, функцій або сексуальної поведінки різного ступеня вираженості як в плані їх об'єктивної наявності, так і в плані їх суб'єктивного сприйняття і зосередження на них уваги. У ряді випадків сексуальні розлади можуть бути досить вираженими, хоча вони не усвідомлюються пацієнтом або він не надає їм особливого значення. Однак в інших випадках, незалежно від проявів і ступеня вираженості сексуальних розладів, хворий приділяє їм особливу увагу (нерідко більше, ніж іншим, більш серйозним проявам невротичної симптоматики).

Беручи до уваги той факт, що невротичні і соматоформні розлади супроводжуються або детермінують порушення сексуального функціонування, в цьому дослідженні при проведенні клініко-психопатологічного та психологічного аналізу фобічних станів розглядалися також питання, що безпосередньо стосуються інтимного життя пацієнтів.

Були обстежені 627 чоловіків у віці від 17 до 65 років, що проходили амбулаторне (46%) або стаціонарне (54%) обстеження і лікування. На час спостереження ніхто з випробовуваних за допомогою до психіатра або лікаря спорідненої спеціальності не звертався. Всі піддослідні були розділені на 5 груп відповідно до верифікованим діагнозам. До 1-ї групи були віднесені особи з агорафобічною симптоматикою, до 2-ї - з іншими фобічними тривожними розладами, до 3-ї - зі специфічними фобіями, до 4-ї - з кардіальним неврозом. Контрольну (5-ю) групу склали особи без ознак психічних і соматичних розладів. Результати клінічного та психологічного обстеження наведені окремо по кожній групі.

2.2 Клініко-психопатологічна характеристика хворих агорафобією

До складу 1-ї групи увійшли 94 особи з діагнозом «Агорафобія з панічним розладом» (код за МКХ-10 - F 40.01). Середній вік в групі становив 31,77 + 12,81 років. Тривалість захворювання від моменту виникнення до звернення за

спеціалізованою допомогою становила від 1 року до 8 років (в середньому 5,23 + 0,65 років).

Психопатологічний аналіз стану обстежених показав, що клінічні прояви агорафобії дуже поліморфні і динамічні. Так, психопатологічна структура розглянутого стану в статистиці мала основні та додаткові компоненти. До облігатним ставилися власне агорафобічні прояви, соматоформна симптоматика, афективні порушення, а до факультативних - інші тривожні розлади і порушення потягів. У преморбидному періоді хворих агорафобією відзначалися різні страхи, серед яких переважали страх висоти (37,24% спостережень) і страх тварин (17,02% випадків). Про наявність страху відкритого простору повідомляли лише 2,13% хворих. Відсутність страхів до моменту маніфестації фобічного синдрому відзначали 12,77% пацієнтів. Маніфестація агорафобічного синдрому завжди починалася з панічного нападу, виникає як під час відсутності попереднього емоційного і фізичного напруження в ході повсякденної діяльності хворих, так і на тлі інтелектуального і / або фізичного перенапруження, надмірно проявляється у сексуальній активності, помірно вираженого побутового стресу, а також у зв'язку з будь-якою психотравмуючою ситуацією (наявність серйозного захворювання у осіб найближчого оточення, нещасний випадок, смерть близьких або розставання з ними, фінансові труднощі, сімейні конфлікти, проблеми сексуального характеру і т.д.). Як правило, при цьому відзначалися затяжні стресові ситуації, пов'язані з сімейними конфліктами, міграцією, труднощами в особистому житті або на роботі. Дуже характерною була ситуація «соціальної мишоловки», коли пацієнтам доводилося істотно змінювати свій життєвий стереотип заради певної соціальної стабільності і захищеності. Ключовим моментом в таких ситуаціях ставало важко переноситься суб'єктивне відчуття повної залежності від зовнішніх обставин і пов'язані з цим проблеми збереження своєї ідентичності і соціального статусу.

Слід зазначити, що для хворих агорафобією був характерний найкоротший період (кілька хвилин - 46,81% випадків) приховування факту виникнення фобічної симптоматики від оточуючих ($p < 0,001$). Більш 93,62% пацієнтів цієї

групи протягом декількох хвилин або годин ставили родичів до відома про те, що сталося ($p < 0,05$). Інформування родичів (77,66% спостережень) або друзів (5,32% випадків) про виникнення фобії дозволяло пацієнтам 1-ї групи «перекласти ініціативу свого порятунку» на перерахованих осіб.

Частота нападів варіювала від щоденних (58,04% випадків) до 3-4 протягом місяця (42,37% спостережень). На висоті страху хворі зазвичай побоювалися фізіологічної (смерть від зупинки серця або задухи, розвиток мозкової судинної катастрофи тощо) або психосоціальної катастрофи (втрата контролю за своїми вчинками, втрата критики до розвиненому стану, виникнення божевілля і ін.). Характерним було те, що приступу страху у всіх спостереженнях передувало почуття безпорадності, що охоплювало пацієнтів в фобичній ситуації. У структурі фобичного епізоду превалювали вегетативні порушення (посилене серцебиття, напруженість пульсу, профузне потовиділення, тремор, порушення дермаграфізму у вигляді спонтанної появи гіперемійованої пігментації на відкритих ділянках шкірних покривів, свербіж та ін.), супроводжувані симптомами (задишка, відчуття задухи, неприємні відчуття в грудях, почуття шлунково-кишкового дискомфорту і т.п.), запамороченням, невпевненістю при ходьбі. Нерідко при цьому відзначалося психомоторне збудження. Виразність агорафобії посилювалася при появі будь-якого фізичного та / або психопатологічного симптому, яке розцінюється хворими як ознака важкого захворювання. При цьому пацієнти, як правило, самостійно зверталися за медичною допомогою до лікарів-інтерністів або при виражених проявах викликали швидку медичну допомогу, вимагали негайного проведення широкомасштабних діагностичних обстежень, мотивуючи це побоюваннями стрімкого наростання інтенсивності симптоматики і як наслідок, здатних привести до летального результату. Максимальної інтенсивності симптоми досягали не більше ніж за 10 хвилин. Тривалість нападу становила 20-30 хвилин, рідко більше години. У ряді випадків (12,77% спостережень) пацієнти повідомляли про більш тривалий напад. У цих ситуаціях мова йшла не про власне напад, а про один з таких варіантів: стан збудження або астенизація, що триває кілька годин після фобичного епізоду; хвилеподібні

повторення панічних атак або комбінація перерахованих патологічних явищ. Під час наступних нападів агорафобії хворі в більшості випадків не могли конкретизувати фабулу страху, при цьому демонстрували в різного ступеня вираженості труднощі в концентрації уваги, порушення артикуляції і звуження обсягу пам'яті. Тривалість нападу становила 20-30 хвилин, рідко більше години.

Значне місце в структурі агорафобічних станів займала соматоформна симптоматика. Ступінь катастрофічності виникнутої симптоматики, за оцінкою обстежених пацієнтів, не відповідала об'єктивно реєструючим клінічним проявам фобії, а поведінкові розлади виявлялися ізольовано лише в ситуаціях, які не мають відношення до фобічної симптоматики, відображаючи тенденції до «самозалякування», «самообмеження», перебільшення життєвих проблем і т. д.

Надалі, після серії фобічних епізодів, формувався страх повторення нападів, супроводжуваний типовим для агорафобії униканням ситуацій, в яких хворому не могла б бути екстрено надана кваліфікована допомога в разі рецидиву фобічної симптоматики. Хворі побоювалися залишатися одні в квартирі або перебувати поза домом без супроводу близької особи, опинитися в місцях, звідки важко швидко вибратися (місця скупчення людей на вулицях, площах, театральні зали, мости, тунелі, ліфти, метрополітен, літаки, водні види транспорту і т.д.). У важких випадках хворі взагалі відмовлялися виходити з дому, хоча іноді в супроводі близької людини, якій довіряють, вони могли залишати будинок і здійснювати поїздки (у випадках крайньої необхідності). Деякі хворі (36,28% спостережень) набували особистий транспорт, здійснюючи поїздки в присутності особистого водія або, якщо пацієнт самостійно керував автомобілем, кого-небудь з близьких. Маршрути прямування в обов'язковому порядку передбачали знаходження поблизу медичних закладів, в які при необхідності пацієнт міг би звернутися.

Симптоматичну картину часто ускладнювало розвиток вторинної депресивної симптоматики, що відзначається у 68,11% обстежених, зловживання алкоголем (23,09% випадків) і седативними засобами (88,11% спостережень), поява множинних соматичних симптомів (73,67% випадків), а також приєднання (81,12% випадків) різних фобій (гефірофобія, кардіофобія, танатофобія,

фобофобія, інсультофобія і ін). Перераховані супутні психопатологічні феномени, що виникали в зв'язку з агорафобічною симптоматикою, займали другорядне становище в клінічній картинію.

Ритуальні дії хворих агорафобією відрізнялися широким діапазоном проявів - від елементарного уникнення фобічних ситуацій до поведінкових актів, спрямованих на придушення страху (озирання замкненими входних дверей власної квартири або фіксація погляду на вікнах при догляді з неї, вимога постійної присутності кого-небудь з близьких при необхідності пересування вулицями або в громадському транспорті, відвідуванні магазинів, театрів та інших громадських місць, прагнення до придбання дорогих «захисних» талісманів або амулетів, захоплення релігійною або езотеричною літературою, супроводжуване регулярним читанням молитов або вчиненням магічних ритуалів, і т.п.). Як ритуалів розглядалося прагнення представників даної групи до придбання домашніх тварин або, якщо це неможливо, до покупки великих м'яких іграшок, які наділяються пацієнтами певною символічною значущістю, що дозволяло їм послабити почуття самотності при агорафобії. В якості компенсації неможливості вільного пересування у відкритому просторі обстежені прагнули до створення максимального домашнього комфорту (вимога від родичів придбання високоякісних м'яких меблів імпортного виробництва, різних сувенірів, ультрасучасних моделей аудіо- та / або відеоапаратури, здійснення ремонтних робіт, навіть якщо в останніх була відсутня необхідність).

Згідно з науковими даними, для кожної людини характерний індивідуальний рівень сексуального інтересу і сексуальної активності, а також індивідуальна частота останньої. Деякі люди кілька разів на день думають про секс і відчують підвищений інтерес до сексуальних тем, між тим як інші, за їх власною оцінкою, рідко думають про секс або взагалі не мають інтересу до сексуальних тем [32]. Деякі індивіди відчують почуття провини і страху в зв'язку зі своїми сексуальними уподобаннями та інтересами і тому намагаються практикувати сексуальну активність як можна рідше. Деякі знаходяться під сильним впливом соціального середовища, яке диктує певні способи поведінки. Інші люди

проявляють досить слабкий інтерес до сексу, однак, поступаючись особистим і суспільному тиску, вважають сексуальну поведінку своїм обов'язком. У зв'язку з цим рівень сексуальної активності не завжди відповідає ступеню сексуального бажання [33]. Справедливість подібних висновків підтверджується результатами, отриманими в цьому дослідженні при вивченні особливостей сексуального функціонування хворих з фобічною симптоматикою в структурі невротичних і соматоформних розладів.

Інтенсивність статевого життя хворих агорафобією перебувала в діапазоні від 1 статевого акту в тиждень (8,51% випадків) до повного уникнення інтимної близькості (37,23% спостережень). Переважна більшість (97,87% випадків) обстежених даної групи не було задоволено власним статевим життям ($p < 0,001$). Сексуальна поведінка хворих агорафобією характеризувалася вираженими егоцентричними тенденціями. Поведінкові патерни в сфері реалізації сексуальних дій зводилися до наступного: категоричний спротив будь-яким формам виконання пасивної ролі з боку партнера; вимога умовлянь і тривалих умовлянь з боку партнерки перед здійсненням сексуального контакту; максимальне збільшення тимчасового діапазону форшпіля (періоду підготовчих ласк); виключення або редукція нахшпіля (періоду заключних ласк). У більшості спостережень (76% випадків) відзначалася перевага анальних і орально-генітальних контактів вагінального коїтусу ($p < 0,05$). Беручи до уваги той факт, що пацієнти з агорафобічною симптоматикою більшу частину часу проводять удома, стає зрозуміла їх схильність до фантазування, що охоплює і сферу сексуальності. Однак, зі слів пацієнтів, незважаючи на наявність багатьох, барвистих еротичних фантазій, їх реалізація практично не представлялася можливою зі страху виникнення фобічного нападу в момент сексуального контакту, а також, що «навколишні можуть розцінити описувані страхи як не існують в дійсності», що пацієнти «поза занять сексом прикидаються хворими» і т.д.

2.3 Психологічна характеристика хворих агорафобією

Особливості психопатологічних проявів у хворих з агорафобічною симптоматикою, а також їх актуальний психічний стан вивчалися за допомогою опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R. Усереднений профіль по групі, представлений на рис. 2.1

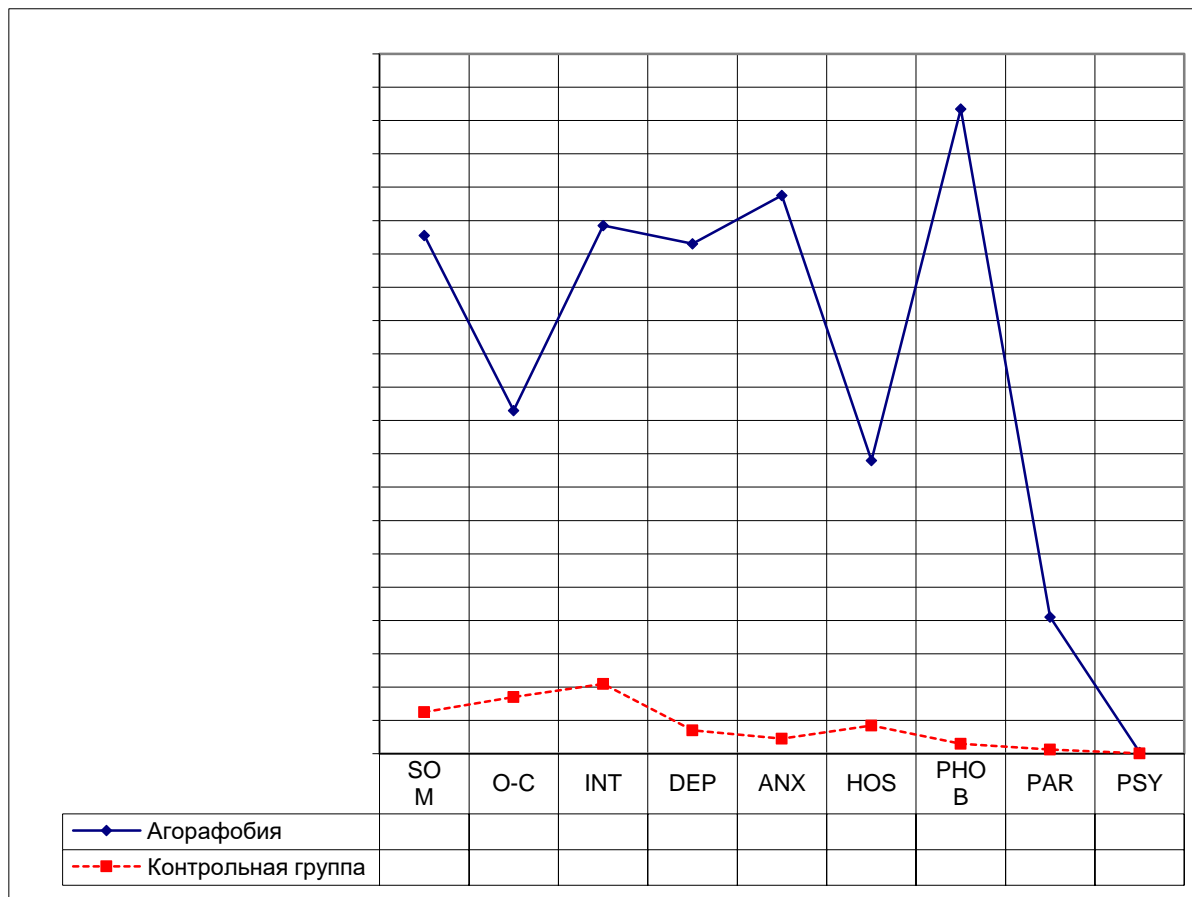


Рис. 2.1 Усереднений профіль SCL-90-R хворих агорафобією

Є широко-розкиданими з вираженими піками за шкалами PHOB (3,87 + 0,01 бала) і ANX (3,35 + 0,02 бала). Відзначено значне підвищення за шкалами: INT (3,17 + 0,05 бала), SOM (3,11 + 0,02 бала) і DEP (3,06 + 0,02 бала). На тлі низьких показників за шкалами PAR (0,82 + 0,03 бала) і PSY (0,008 + 0,01 бала) відзначалося підвищення рівнів шкал O-C (2,06 + 0,03 бала) і HOS (1,76 + 0,04 бала). Отриманий профіль відображає труднощі адаптації випробовуваних, обумовлені наявністю вираженої фобічної симптоматики, що супроводжується феноменами соматизації і депресивними проявами. Підйом шкали INT свідчить про наявність у хворих агорафобією загостреного почуття усвідомлення власного «Я» і негативних очікувань щодо міжособової взаємодії в будь-яких комунікаціях

з іншими людьми, а також почуттів особистісної неадекватності і неповноцінності, особливо яскраво проявляються при порівнянні себе з оточуючими. Підвищене розташування шкал НОС і О-С відображає наявність обережності і підвищеної обачності у вчинках, знижену здатність до співпереживання, значний егоцентризм, неконформність установок. Прощий індекс тяжкості симптомів (GSI) становив $(2,46 + 0,01)$. Величина індексу готівкового симптоматичного дистресу (PSDI) перебувала в межах $2,90 + 0,01$. Всі показники, крім PSY, відрізнялися від таких в групі контролю ($p < 0,001$).

Загальний рівень тривоги за шкалою Тейлор становив $44,71 + 0,23$ бала, що свідчить про дуже високий рівень тривоги. Тестування за шкалою Спілбергера-Ханіна виявило високий рівень РТ ($56,63 + 0,59$ балів) і помірний рівень ЛТ ($38,30 + 0,44$ бала).

Результати кореляційного аналізу, представлені на рис. 2.2 свідчать про те, що високі показники РНОВ детермінують виникнення obsесивно-компульсивних феноменів, розвиток депресивної симптоматики, посилення егоцентричних патернів поведінки, істотно ускладнюють конструктивне інтерперсональне функціонування.

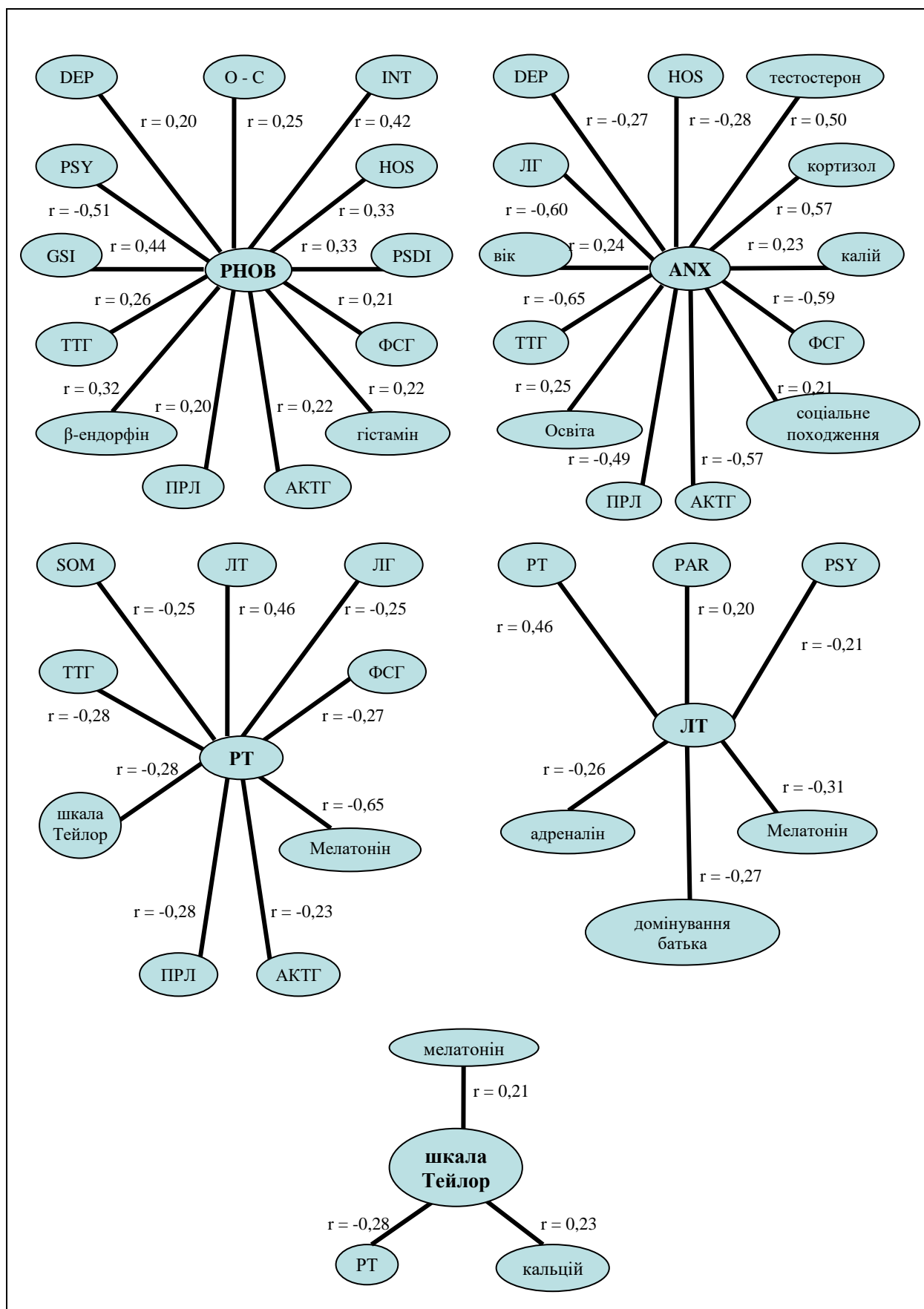


Рис. 2.2 Кореляційні показники фобичної тривожності і тривоги в групі хворих агорафобією

Це підтверджується наявністю прямих зв'язків РНОВ з О-С ($r = 0,25$; $p < 0,05$), DEP ($r = 0,20$; $p < 0,05$), НОС ($r = 0,33$; $p < 0,05$) і INT ($r = 0,42$; $p < 0,05$). Підвищені показники фобичної тривожності обумовлює тяжкість стану обстежених і високу ступінь вираженості у них симптоматичного дистресу, на що вказують прямі зв'язки між РНОВ і GSI ($R = 0,44$; $p < 0,05$), РНОВ і PSDI ($R = 0,33$; $p < 0,05$). Інтенсивність проявів тривоги посилюється з віком і підвищенням рівня освіти пацієнтів, на що вказують прямі зв'язки ANX з перерахованими факторами ($r = 0,24$, $p < 0,05$; $r = 0,25$, $p < 0,05$, відповідно). Зворотній зв'язок ANX з НОС ($r = -0,28$; $p < 0,05$) і пря-травня зв'язок РТ з ЛТ ($r = 0,46$; $p < 0,05$) вказує на те, що збільшення рівня тривоги сприяє прояву обережності і підвищеної обачності у вчинках, тісно пов'язаних з нестійкою самооцінкою. Механізми соматизації тривоги сприяли зниженню ймовірності прямої реалізації останньої, що підтверджується зв'язком між SOM і РТ ($r = -0,25$; $p < 0,05$).

2.4 Клініко-психопатологічна характеристика хворих кардіальним неврозом

До складу 4-ї групи увійшли 253 людини з діагнозом «Кардіальний невроз» (код за МКХ-10 - F 45.30). Середній вік в групі становив $33,32 \pm 11,67$ років. Тривалість від моменту маніфестації фобичної симптоматики до звернення до психіатра становила від 6 місяців до 5 років (в середньому $2,91 \pm 0,29$ років). У всіх випадках спостережень в період від початку захворювання до моменту звернення до психіатра обстежені неодноразово відвідували терапевтів, кардіологів, неврологів, ендокринологів та інших спеціалістів. У більшості випадків (73,12%, $p < 0,05$) розвитку кардіального неврозу сприяла гіпердіагностика захворювань серцево-судинної системи і ятрогенії. У зв'язку з тим, що в клінічній картині переважали симпатико-тонічні напади, лікарі-інтерністів розцінювали їх як патологічні порушення в структурі різних серцево-

судинних захворювань. Терапія засобами, що поліпшують коронарний кровообіг, бажаного ефекту не досягала.

Основним пусковим фактором у виникненні і подальшому розвитку кардіального неврозу були гостра психічна травма або тривала стресова ситуація (конфлікт в родині, на виробництві, кардіальна катастрофа або раптова смерть внаслідок патології серцево-судинної системи родичів або товаришів по службі, і т.д.) з попередніми в ряді випадків вживанням алкоголю або кава у великих кількостях, фізичними і / або інтелектуальними перевантаженнями. Кардіофобічна симптоматика виникала гостро (часто хворі точно називали дату її появи), починаючись вегето-кардіофобічним пароксизмом, який проявлявся відчуттям нестачі повітря, прискореним серцебиттям, внутрішньою напругою, вираженою тривогою, неприємними відчуттями в області серця або в лівій половині грудної клітини, що супроводжувалися комплексом вегетативних патологічних реакцій, страхом за своє здоров'я, страхом смерті. Тілесні сенсації були зазвичай чіткими за характером, визначеними по локалізації, без елементів химерності: тиснучі, стискаючі, колючі болі, відчуття посилення серцебиття або, навпаки, «завмирання серця», постійні або періодичні, іноді мігруючі. Вони супроводжувалися головним болем, запамороченням, відчуттям утруднення дихання, парестезіями. Хворі посилено і безладно рухалися, намагалися глибоко дихати, міряли пульс, тримали руку на серці, неконтрольно приймали препарати кардіологічного спектра дії.

Протягом декількох годин (49,01% випадків), рідше - хвилин (24,11% спостережень) пацієнти даної групи приховували від оточуючих факт виникнення фобічною симптоматики. У більшості випадків (83,03%, $p < 0,01$) хворі інформували родичів про маніфестації фобії, в рідкісних випадках (7,91%) намагалися самостійно позбавитися від виниклої симптоматики.

Повторні пароксизми переважно виникали ввечері в домашній обстановці, частіше в присутності рідних. Швидко змінювався стиль життя, хворі зверталися за допомогою до близьких. Характерним для всіх обстежених даної групи були

часті виклики на будинок кардіологічних бригад швидкої медичної допомоги, а також наполегливі вимоги обстеження в кардіологічних стаціонарах.

Клінічно нейрокардіальні порушення були представлені двома основними синдромами: кардіалгічним і дізритмічним.

Кардіалгічний синдром носив різноманітний характер: біль найчастіше описувалася як ниюча, що давить, пекуча, тупа, що тягне, від відчуття якої пацієнтам було важко відволіктися. Локалізуя її, хворі користувалися долонею, розташовуючи її в області серцевого поштовху. Біль часто ірадувала в ліву руку і під лопатку, за тривалістю могла досягати декількох діб, значно зменшувалася при фізичному навантаженні і відволіканні уваги. Больові відчуття часто супроводжувалися блідістю шкірних покривів (особливо особи), похолоданням кінцівок, підвищеною пітливістю, вдихом, що досягає відчуття задухи, а також внутрішнім тремтінням, підйомом артеріального тиску, що сполучається з тупим головним болем, запамороченням і нудотою. Флуктуація широти діапазону була виражена в різного ступеня, хоча в більшості випадків (84,46%, $p < 0,05$) алгічні прояви носили стереотипний характер. Больові кардіальні відчуття служили основою формування впевненості пацієнтів в наявності патологічних змін в діяльності серця.

Дизритмічний синдром (63,12% спостережень) проявлявся двома основними варіантами - тахікардіальний і синдромом порушення серцевого ритму. Тахікардіальний синдром, або «вегетативна тахікардія спокою», характеризувався почастищенням частоти серцевих скорочень понад 85-90 в хвилину, переважно в перед- і постсомнічний період. Клінічно проявлявся напруженим пульсом, тахікардією, посиленням пульсації сонних артерій, систолічногоським шумом над підставою серця. Хворі пред'являли скарги на прискорене серцебиття, відчуття пульсації серця, голови, задишку при ходьбі, погану переносимість духоти і фізичних навантажень. Типовим було значне збільшення частоти пульсу при емоційній напрузі, після вживання кави, алкоголю, після тютюнопаління або прийому їжі.

Облігатно входить в структуру кардіального неврозу вегетативний синдром який був представлений психопатологічними феноменами зі стрижневою тривожно-фобічною симптоматикою, а також перманентними і пароксизмальними вегетативними порушеннями, переважно симпатоадреналового характеру. У більшості хворих (76,18% спостережень) не вдавалося виявити добової ритміки у виникненні нападів ($p < 0,01$), у деяких хворих відзначалася тенденція до почастищення і посилення неприємних відчуттів в області серця у вечірні години або при перевтомі. Клінічна картина міжприступного періоду характеризувалася тривожно-депресивною симптоматикою, що поєднується з іпохондричною фіксацією і ідеаторною переробкою психосоматичних і психовегетативних відчуттів, а також різного ступеня вираженості побоюваннями повторення нападів.

У всіх спостереженнях тривожний афект супроводжувався порушеннями вегетативної регуляції: прискорене, посилене серцебиття відзначали 84,37% хворих, «перебої в роботі серця» - 14,07%, уповільнення і «зупинки» - 8,22% обстежених. Разом з цим спостерігалися і інші прояви вегетативної дисфункції: почуття утрудненого дихання (74,26%), запаморочення (72,08%), слабкість (63,72%), почуття ознобу (57,42%), відчуття оніміння (32,17%), пітливість (22,54%), припливи жару (14,07%), тимчасове підвищення артеріального тиску до 160-190 / 70-120 мм рт.ст. (58%). У клінічній картині домінували напливи страху, пов'язаного з діяльністю серця, обумовлені больовими відчуттями і характеризувалися непереборністю виникнення, суб'єктивним усвідомленням їх чужості. Зберігся критичне ставлення до фобії, робилися спроби активного подолання страху. У більшості випадків (73,64%, $p < 0,05$) хворі вважали страх необґрунтованим, заперечували наявність серцевого захворювання, хоча і допускали можливість його розвитку. Разом з тим на висоті афекту критика нерідко різко знижувалася. Хворі не могли протидія страху, хоча і намагалися звільнитися від нього.

Характерним для всіх хворих кардіальним неврозом були виражена фіксація найменших змін самопочуття, постійне спостереження за станом свого здоров'я.

При цьому значно звужувалось коло інтересів, обмежуючись фізичним благополуччям. Хворі нерідко знижували соціальний статус, переходячи на легшу і спокійну роботу. Короткочасна заспокоєність після виписки змінювалася на тлі больових відчуттів побоюваннями про наявність не діагностованого серцевого захворювання. Відчувають себе важкохворими, глибоко стурбовані своїм станом і песимістичними перспективами, вони при будь-якій побудові кліничної бесіди наполегливо знову і знову поверталися до деталізованого опису проявів хвороби і породжуваних нею труднощів у сфері актуальних інтерперсональних відносин: вони «стали поганим подружжям і батьками, не справляються зі службовими обов'язками» і т.д. При тяжкому перебігу розглянутого розлади кардіофобічної прояви виникали і поза вегетативних кризів, а також супроводжувалися нейрокардинальними порушеннями, які виступають в якості акомпанементу емоційно-афективних переживань. У переважній більшості випадків (96% спостережень) в структурі клінічно оформленого кардіофобічного синдрому згодом починав домінувати танатофобічний компонент, до якого в 3,18% випадків приєднувалася тафедобія (нав'язливий страх бути похованим заживо). У зв'язку з розширенням фобічної симптоматики відбувалася генералізація кардіофобічного синдрому: в гострій період пацієнти боялися залишатися на самоті вдома або в закритих приміщеннях, самотійно переходити вулиці або площі. У зв'язку з цим вони були не в змозі відвідувати звичні громадські місця (театри, кінотеатри, магазини і т.п.), заявляючи, що погано переносять задуху, «хвилюючі» кінофільми або п'єси. Поїздки в транспорті пацієнти намагалися здійснювати в години, коли кількість пасажирів було мінімальна, займали місця біля дверей або відкритих вікон. При виражених транспортних фобіях змушені були їздити в таксі або ходити пішки.

Затяжного перебігу розглянутого розлади сприяли такі преморбідні особливості особистості, як наявність відчуття тривоги, ригідності, в'язкості, астеничні, істероїдні риси, відсутність або зниження зовнішнього прояву афекту. Зазначені особистісні характеристики сприяли формуванню певних установок по відношенню до внутрішньої картини хвороби, надавали негативний вплив на

усвідомлення відчуттів і переживань, вироблення неконструктивних механізмів психологічного захисту, формування невротичних стилів поведінки і хроніфікації кардіального неврозу.

Характерним для всіх пацієнтів даної групи було створення певних побутових ритуальних режимів, які проявлялися: в батьківському контролі, відеопродукції, що викликає почуття напруги і тривоги (фільми жахів, трилери, мелодрами, бойовики, фільми-катастрофи і т.д.), в уникненні ситуацій сімейних конфліктів з метою «забезпечення нормальної роботи серця», в строгому регламентування режиму сну і неспання і т.д.

У рідкісних випадках (7,24% спостережень) пацієнти активізували фізичну діяльність, багато займалися спортом, охоче бігали, відвідували плавальні басейни, тренажерні зали та фітнес-центри. Болісний для цих осіб характер переживань визначався двоїстим до них ставленням: збереженням страху при розумінні його необґрунтованості. Виникало відчуття внутрішньої несвободи і докучання страху.

Характерними для всіх представників даної групи були: тенденція спати на правому боці в добре провітрюваному приміщенні, прагнення до придбання кондиціонерів високої потужності, повна відмова від куріння, вживання кави і спиртних напоїв.

У більшості випадків (41,11%, $p < 0,05$) хворі кардіальним неврозом здійснювали сексуальні контакти 1-2 рази в місяць. У превалюючою частини (81,42% випадків, $p < 0,01$) представників даної групи відзначалася повна сексуальна незадоволеність. У більшості випадків (87,53%, $p < 0,01$) пацієнти побоювалися, що особливості актуального функціонування їх серцево-судинної системи ускладнить статевий акт або ж, що сексуальне збудження спровокує розвиток кардіофобічного нападу, призведе до виникнення інфаркту міокарда, тощо. Побоювання хворих часто підкріплювалися розповідями знайомих, друкованої або відеопродукцією про випадки смертей внаслідок кардіальної катастрофи під час «бурхливого» статевого акту. Слід підкреслити необґрунтованість подібних відомостей, так як серйозних доказів того, що статеві

активність пов'язана з помітним ризиком для більшості страждаючих хворобами серця, ніхто не почув; навантаження на серце при статевому акті і оргазмі порівнянна з навантаженням, випробовуваної людиною, що піднімається по сходах на другий поверх [34, 35]. Характерним в сексуальній поведінці хворих кардіальним неврозом було індивідуально-регламентоване здійснення сексуальних контактів в ті години, коли, на думку пацієнта, ризик відновлення фобічної симптоматики був мінімальним. Перед майбутнім статевим зв'язком більше половини хворих (53,07% спостережень) брали валокардін, корвалол і т.п. з метою профілактики виникнення можливих кардіальних або фобічних феноменів ($p < 0,05$). У осіб даної групи превалювали такі тенденції щодо занять сексом: активний опір здійснювати вагінальними формами коїтусу; відтворення сексуальних дій в положенні сидячи або напівлежачи; виключення або редукція періоду форшпіля; значне зниження фізичної активності під час самого статевого акту, що виявляється в уповільненні темпу рухів або зупинках через певне число фрикцій; надання ініціативи партнерці; перевагу орально-генітальних контактів з виконанням активної ролі (з метою обмеження рухової активності і можливості регулювати темп рухів партнерки); максимальне подовження періоду нахшпіля, вмотивоване «необхідністю розслабитися», «відновити дихання», «дати серцю можливість відпочити», і т.п. Після досягнення оргазму пацієнти вкрай рідко наважувалися на повторних сексуальних контактах в поточну добу.

2.6 Психологічна характеристика хворих кардіальним неврозом

За даними опитування SCL-90-R в 4-й групі (Усереднений профіль представлений на рис. 2.3) було виявлено широко-розкиданий профіль з вираженими піками за шкалами: PNOB (3,67 + 0,01 бала), ANX (3,61 + 0,02 бала) і SOM (3,60 + 0,01 бала). Описана конфігурація шкал відображає наявність фобічної симптоматики, пов'язаної з високим рівнем тривоги і значними проявами соматизації останньої. Високе розташування шкали DEP (3,09 + 0,01 бала) вказує на те, що Кардіофобічний синдром супроводжувався різного ступеня вираженості

депресивних афектів. Підвищення рівнів шкал O-C (1,60 + 0,02 бала), INT (1,07 + 0,02 бала) і HOS (1,03 + 0,03 бала) на тлі низьких показників за шкалами PAR (0,014 + 0,01 бала) і PSY (0,003 + 0,01 бала) свідчить про наявність утрудненої адаптації обстежених, зумовленої наявністю вираженої фобічної симптоматики, негативних очікувань щодо межособистісної взаємодії і будь-яких комунікацій з оточуючими. Крім того, отриманий профіль відображає наявність обережності і підвищеної обачності у вчинках, знижену здатність до співпереживання, виражений егоцентризм, неконформність установок. Величина GSI становила $2,13 + 0,01$, рівень PSDI знаходився в межах $2,80 + 0,01$. Всі показники, крім PAR і PSY, відрізнялися від таких в групі контролю ($p < 0,001$).

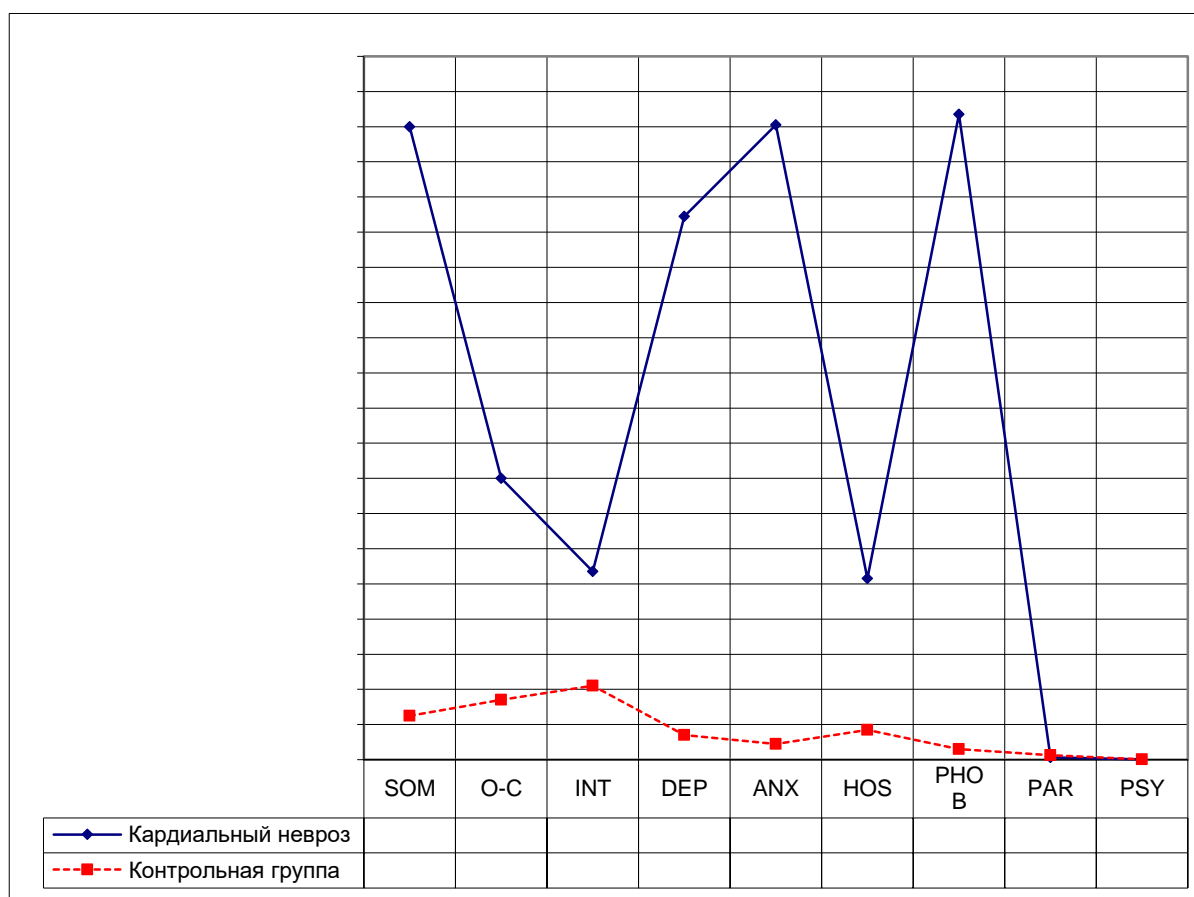


Рис. 2.3 Усереднений профіль SCL-90-R хворих кардіальним неврозом

Загальний рівень тривоги за шкалою Тейлор становив $34,36 + 0,16$ балів, що свідчить про наявність високого рівня тривоги. Тестування за шкалою Спілбергера-Ханіна виявило помірний рівень РТ ($36,70 + 0,23$ бала) і високий рівень ЛТ ($66,97 + 0,77$ балів).

Результати кореляційного аналізу, відображені на рис. 2.4 свідчать про те, що високі показники РНОВ детермінували розвиток депресивної симптоматики, підвищення рівня ЛТ, а також посилення егоцентричних патернів поведінки на тлі вираженої соматизації тривоги, істотно ускладнюють конструктивне інтерперсональне функціонування. Це підтверджується наявністю прямих зв'язків РНОВ з DEP ($r = 0,27$; $p < 0,05$), РНОВ з ЛТ ($r = 0,28$; $p < 0,05$), РНОВ з SOM ($r = 0,13$; $p < 0,05$), ANX з DEP ($r = 0,17$; $p < 0,05$), ANX з SOM ($r = 0,31$; $p < 0,05$), ЛТ з DEP ($r = 0,34$; $p < 0,05$) і ЛТ з SOM ($r = 0,65$; $p < 0,05$). Приховування інформації про наявність фобії посилювало внутрішнє напруження, сприяло клінічними проявами тривоги ($r = 0,45$; $p < 0,05$). Домінування в сім'ї батьків батька, високе соціальне походження пацієнта зумовлювали швидшу маніфестацію фобічного синдрому, на що вказують прямі зв'язки перерахованих факторів з РТ ($r = 0,21$, $p < 0,05$; $r = 0,13$, $p < 0,05$, відповідно). Високий рівень тривоги сприяв підвищенню стійкості афективно насичених переживань і формування на цій основі важко коригуючих іпохондричних концепцій, зумовлюючи стенічний тип реагування в особистісно значущих ситуаціях. Це підтверджується наявністю зворотних зв'язків РНОВ з INT ($r = -0,29$; $p < 0,05$), РНОВ з О-С ($r = -0,19$; $p < 0,05$), ANX з О-С ($r = -0,40$; $p < 0,05$), ANX з INT ($r = -0,35$; $p < 0,05$), ЛТ з INT ($r = -0,72$; $p < 0,05$) і ЛТ з О-с ($r = -0,69$; $p < 0,05$). Зворотні зв'язку РНОВ з НОС ($r = -0,30$; $p < 0,05$), ANX з НОС ($r = -0,35$; $p < 0,05$) і ЛТ з НОС ($r = -0,71$; $p < 0,05$) свідчать про проблему пригніченою (витісненою) ворожості, що викликає підвищену напруженість, соматизацію тривоги, вегетативний дисбаланс як результат блокади агресивних поведінкових реакцій. Важкість стану обстежених перебувала в прямій залежності від ступеня вираженості фобічної симптоматики і рівня тривоги, що підтверджують прямі зв'язки між: РНОВ і PSDI ($r = 0,27$; $p < 0,05$), ANX і PSDI ($r = 0,17$; $p < 0,05$), ЛТ і PSDI ($r = 0,22$; $p < 0,05$).

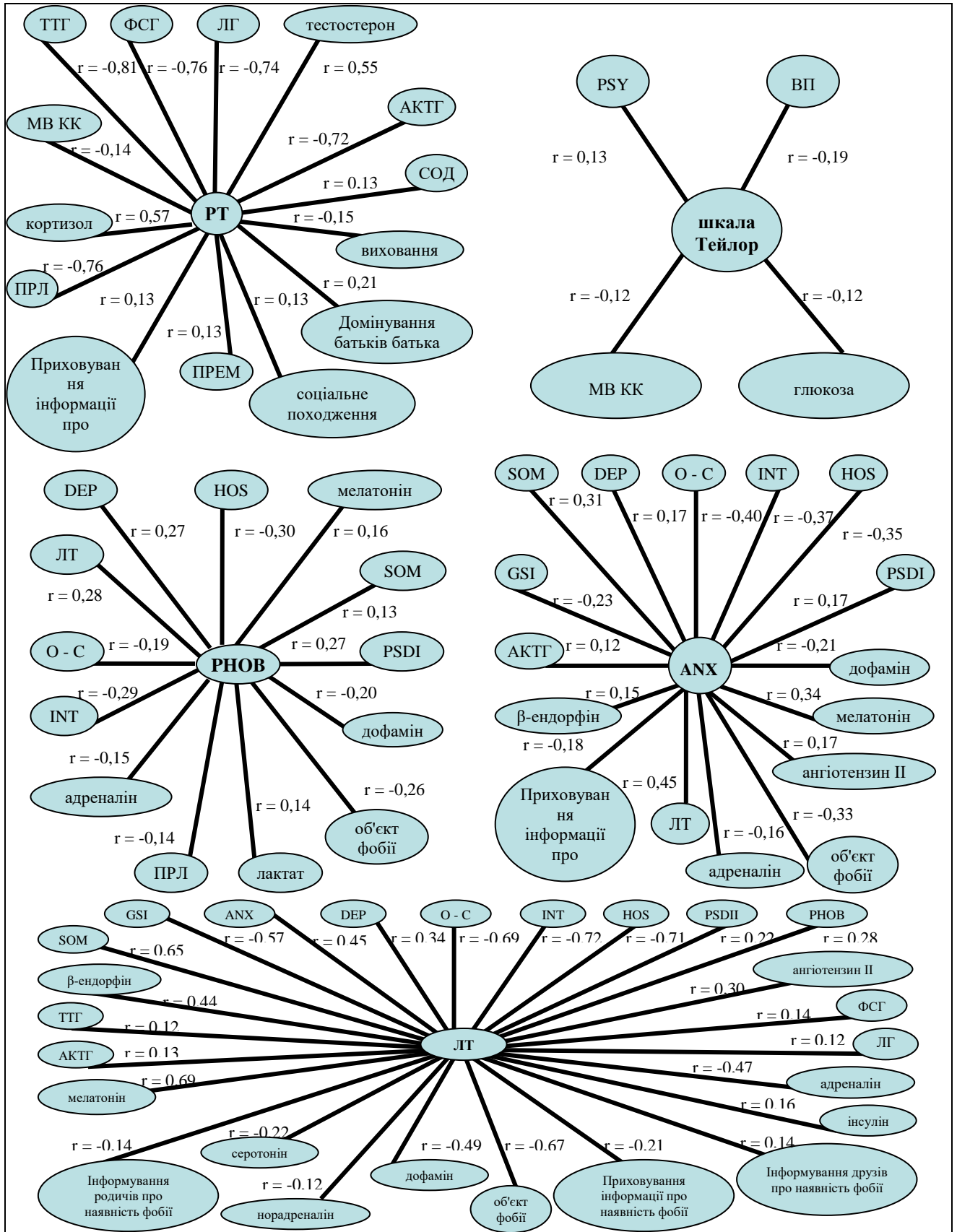


Рис. 2.4 Кореляційні плеяди показників фобічної тривожності і тривоги в групі хворих кардіальним неврозом

Для всіх обстежених хворих було характерно різне за часом «збереження в секреті» факту виникнення нав'язливих страхів (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл хворих в залежності від тривалості періоду приховування факту виникнення фобічної симптоматики від оточуючих (n = 432)

Тривалість періоду приховування факту виникнення фобічної симптоматики від оточуючих	агорафобія	кардіальний невроз	всього
Кілька хвилин	44 (46,81%)	61 (24,11%)	105 (24,31%) *
Кілька годин	44 (46,81%)	124 (49,01%)	171 (39,58%) *
Кілька днів	6 (6,38%)	51 (20,16%)	72 (16,67%) *
Кілька тижнів	-	14 (5,53%)	47 (10,88%) *
Кілька місяців	-	3 (1,19%)	37 (8,56%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (21,76%) *	253 (58,56%) *	432 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості хворих;

Як видно з табл. 2.1, найбільш короткий період (кілька хвилин) приховування від оточуючих факту виникнення фобічної симптоматики відзначався в групах хворих агорафобією і кардіальним неврозом ($p < 0,001$). Хворі іншими фобичними тривожними розладами були схильні до тривалого збереження в таємниці факту наявності фобії ($p < 0,001$). Протягом найближчих годин після виникнення фобического нападу особи зі специфічними фобіями могли розповісти про те, що трапилося оточуючим ($p < 0,05$). Приховування факту виникнення фобічної симптоматики від оточуючих справляло значний вплив ($\chi^2 = 426,0$; $p < 0,001$) на особливості клінічних проявів фобічного синдрому і пов'язаних з ним дезадаптивних форм поведінки (ДОДАТОК Б табл. Б.1).

При проведенні клініко-анамнестического аналізу було виявлено, що в преморбідному періоді хворих з фобічним синдромом в структурі невротичних і соматоформних розладів відзначалися різні страхи (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл обстежених в залежності від наявності страхів в минулому (N = 627)

наявність страхів в минулому	Агора-фобія	Кардіо-ний невроз	Контроль-ва група	всього
страх темряви	1 (1,06%)	35 (13,83%)	-	59 (9,41%) *
Страх висоти	35 (37,23%)	16 (6,32%)	-	58 (9,25%) *
Страх гострих предметів	1 (1,06%)	2 (0,79%)	-	4 (0,64%) *
Страх замкну-того простору-ства	-	1 (0,40%)	-	9 (1,44%) *
Страх відкритому-того простору-ства	2 (2,13%)	-	-	2 (0,32%) *
страх людей	10 (10,64%)	3 (1,19%)	-	18 (2,87%) *
Страх живіт-них	16 (17,02%)	12 (4,74%)	-	31 (4,94%) *
Страх насеко-мих	4 (4,26%)	6 (2,37%)	1 (0,52%)	12 (1,91%) *
інші страхи	13 (13,83%)	7 (2,77%)	5 (2,56%)	31 (4,94%) *
відсутність страхів	12 (12,77%)	171 (67,59%)	189 (96,92%)	403 (64,28%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

Як видно з табл. 2.2, у хворих агорафобією в преморбідні періоди переважали страх висоти ($p < 0,001$) і страх тварин ($p < 0,05$). Страх темряви в минулому частіше відзначали хворі іншими фобічними тривожними розладами ($p < 0,001$). Характерною особливістю хворих кардіальним неврозом була відсутність страхів до моменту перших проявів захворювання ($p < 0,01$)

Таблиця 2.3

Розподіл хворих в залежності від їх переважаючих дій після першого епізоду фобії (n = 432)

Переважна дія обстежуваного після першого епізоду фобії	агорафобія	кардіальний невроз	всього
Інформування родичів про виникнення фобії	73 (77,66%)	210 (83,00%)	297 (68,75%)*
Інформування друзів про виникнення фобії	5 (5,32%)	11 (4,34%)	18 (4,17%)*
Приховування інформації про виникнення фобії від оточуючих	-	2 (0,79%)	32 (7,41%)*
Самостійні спроби позбавлення від фобичного симптому	-	20 (7,91%)	42 (9,72%)*
Здійснення пошуку інформації про фобії в друкованих виданнях	-	2 (0,79%)	9 (2,08%)*
Здійснення пошуку інформації про фобії в мережі Інтернет	-	1 (0,40%)	8 (1,85%)*
Звернення за допомогою до священника	3 (3,19%)	-	3 (0,69%)*
Звернення за допомогою до народного цілителя	8 (8,51%)	2 (0,79%)	13 (3,01%)*
Звернення за допомогою до психолога	1 (1,06%)	-	1 (0,23%)*
Звернення по допомогу до психотерапевта	2 (2,13%)	3 (1,19%)	5 (1,16%)*
Звернення за допомогою до психіатра	2 (2,13%)	2 (0,79%)	4 (0,93%)*
Кількість обстежених (чол.)	94 (21,76%)*	253 (58,56%)*	432 (100%)*

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості хворих

Статевий потяг є однією з найбільш цікавих областей дослідження в сексології, яка тісно пов'язана з вивченням мотивів людини, що обумовлюють її поведінку. Замість того, щоб припускати, що сексуальний потяг виникає в результаті діяльності статевої системи людини, є всі підстави вважати, що він є результатом складної взаємодії зовнішніх стимулів, які запускають певні реакції в організмі людини, інтерпретацій цих реакцій, відчуттів і спогадів, а також соціальних правил, що регулюють сексуальну активність [31]. Мотивація сексуальної діяльності полягає не тільки в пошуку приємних відчуттів, але і в

отриманні соціального і емоційного заохочення, наприклад, у вигляді почуттів, високо оцінюваних як іншими людьми, так і самим суб'єктом [32].

Новий адаптований підхід до сексу люди можуть освоїти лише в тому випадку, якщо чесно визнають свої специфічні сексуальні проблеми, зумовлені соматичною або психічною патологією. Важливо усвідомити, що сексуальні потреби зберігаються навіть у осіб з фобічною симптоматикою в структурі невротичних і соматоформних розладів як під час маніфестації захворювання, так і в періодах ремісії. Крім того, сексуальна активність в таких випадках дозволяє індивіду зберегти відчуття повноти життя і почуття власної цінності [31, 33]. Інтенсивність статевого життя обстежених відрізнялася широким діапазоном (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Розподіл обстежених в залежності від
інтенсивності статевого життя (n = 627)

Інтенсивність статевого життя	агорафобія	кардіальний невроз	контрольна група	всього
Кілька разів на добу	-	1 (0,40%)	3 (1,54%)	4 (0,64%) *
Один раз на добу	-	2 (0,79%)	22 (11,28%)	25 (3,99%) *
Кілька разів на тиждень	-	42 (16,60%)	62 (31,79%)	116 (18,50%) *
Один раз на тиждень	8 (8,51%)	72 (28,46%)	29 (14,87%)	128 (20,41%) *
Один-два рази на місяць	51 (54,26%)	104 (41,11%)	23 (11,79%)	213 (33,97%) *
Відсутність сексуальних контактів	35 (37,23%)	32 (12,64%)	56 (28,73%)	141 (22,49%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

Як видно з табл. 2.4, інтенсивне статеве життя вели представники контрольної групи ($p < 0,05$). Хворі агорафобією і пацієнти з іншими фобичними тривожними розладами обмежували прояви сексуальної активності (від 1-2 раз на місяць) або

повністю уникали сексуальних контактів ($p < 0,05$). Пацієнти з кардіальним неврозом і особи, які страждають специфічними фобіями, могли проявляти сексуальну активність кілька разів на тиждень ($p < 0,05$). Інтенсивність статевого життя надав значний вплив ($\chi^2 = 58,5; p < 0,001$) на особливості клінічних проявів фобичного синдрому і пов'язаних з ним поведінкових патернів (ДОДАТОК Б. табл Б.2).

Фізіологічні процеси в статевих органах самі по собі не є сексуальним збудженням, оскільки їх причиною можуть бути і не сексуальні стимули. Іншими словами, сексуальне збудження включає в себе як фізіологічну відповідь, так і деяке внутрішнє, суб'єктивне переживання, яке визначає фізіологічну реакцію і, можливо, саму ситуацію як сексуальну [33]. У всіх моделях сексуального збудження визнається важливість психічних процесів. Способи переробки інформації мозком і емоції відіграють основну роль в активації - або деактивації - сексуального збудження людиною. Різні стимули, що досягають головного мозку, повинні бути перетворені через когнітивні процеси в емоційні або сексуальні реакції. Очевидно, що це дуже складний процес, який сильно залежить від навчання і оточення конкретного індивіда. Те, що представляється сексуальним за своєю природою, кого-небудь може перемкнути на якусь іншу активність. Більш того, стимул, навіть не сприймається як приємний або сексуальний, все ж може викликати фізіологічну реакцію геніталій. Емоції, які не мають нічого спільного з сексом як таким, наприклад, тривожно-фобічний стан, депресія.

Ступінь задоволеності власною статевим життям у хворих з фобічним синдромом в структурі невротичних і соматоформних розладів (табл. 2.5) переважно детермінувалася особливостями сексуального збудження, виразністю і тривалістю ерекції, швидкістю настання оргазму і інтенсивністю його проявів.

Таблиця 2.5

Розподіл обстежених в залежності від
задоволеності статевим життям (N = 627)

Задоволеність статевим життям	агорафобія	кардіальний невроз	контрольна група	всього
повністю задовольняє	-	1 (0,40%)	50 (25,65%)	52 (8,29%) *
частково задовольняє	2 (2,13%)	46 (18,18%)	115 (58,97%)	176 (28,07%) *
Не задовільняє	92 (97,87%)	206 (81,42%)	30 (15,38%)	399 (63,64%) *
Кількість обстежених (чол.)	94 (14,99%) *	253 (40,35%) *	195 (31,10%) *	627 (100%) *

Примітки: 1. * - процентне відношення до загальної кількості обстежених;

Як видно з табл. 2.5, найбільш сексуально задоволеними були особи, які становлять групу контролю ($p < 0,001$). Повну незадоволеність сексуальними контактами відзначали хворі агорафобією і іншими фобичними тривожними розладами ($p < 0,05$). Виявлено наявність достовірного ($\chi^2 = 19,2$; $p < 0,001$) зв'язку між показником задоволеності статевим життям і клінічними проявами фобічного синдрому в структурі невротичних і соматоформних розладів (ДОДАТОК Б табл Б.3).

Оргазми протікають по-різному не тільки у пацієнтів з різними видами фобій, а й у одного хворого в різний час. Іноді це бурхливий вибух емоцій, що доводить до несамовитості, тоді як в інших випадках оргазм проявляється м'якше, протікаючи менш інтенсивно і драматично. Частота дихання, пульс і артеріальний тиск досягають своїх пікових значень, а у деяких осіб відзначається профузне потовиділення. Інтенсивність оргазму у хворих з фобічними розладами залежить від безлічі факторів: ступеня і тяжкості вираженості психопатологічної симптоматики, тривалості періоду попередньої сексуальної стимуляції, часу, що пройшов після попереднього оргазму, фізичного і психологічного стану партнерів, ступеня взаємної сексуальної привабливості учасників сексуального контакту і ін.

Наявність нав'язливих феноменів, навіть не сексуального змісту, може негативно впливати на сексуальну функцію чоловіків - знижувати інтерес до сексуальної сфери, сексуальну активність і підприємливість, приводити до дезактуалізації статевого життя. При цьому особливості сексуального функціонування хворих залежать не від характеру нав'язливості, а від трансформацій особистісних особливостей, що виникають в ході клінічного оформлення і подальшої динаміки невротичних або соматоформних розладах, в структурі яких превалює фобічні симптоми.

Загальним для хворих з фобічним синдромом при невротичних і соматоформних розладах є шпилястий профіль SCL-90-R (рис. 2.5), що свідчить про відносну однорідність по психопатологічним особливостям обстеженої когорти пацієнтів.

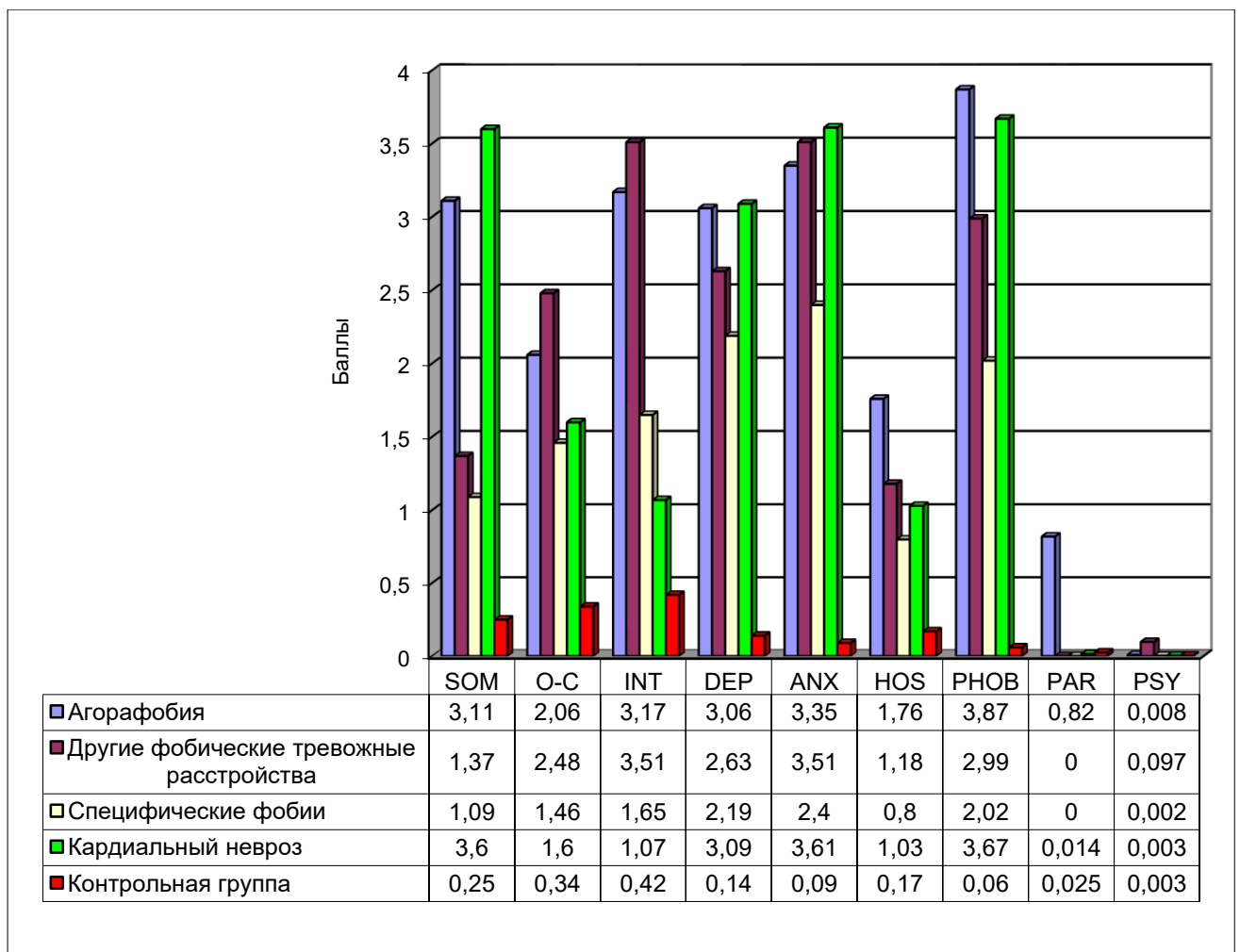


Рис. 2.5 Усереднені показники опитування SCL-90-R в групах обстежених

Характерною особливістю для всіх груп хворих є наявність піку за шкалою РНОВ, максимально вираженою ($p < 0,001$) у хворих агорафобією ($3,87 + 0,01$ бала) і пацієнтів з кардіальним неврозом ($3,67 + 0,01$ бала). Мінімальний рівень ($p < 0,001$) РНОВ характерний для хворих специфічними фобіями ($2,02 + 0,05$ балів). Іншою відмінною рисою всіх обстежених хворих є виражений пік за шкалою ANX, максимально виражений ($p < 0,001$) у хворих кардіальним неврозом ($3,61 + 0,02$ бала) і пацієнтів з іншими фобічними тривожними розладами ($3,51 + 0,03$ бала). Відмінною особливістю хворих кардіальним неврозом було високе розташування шкали SOM ($3,60 + 0,01$ бала), що перевищує ($p < 0,05$ - $p < 0,001$) показники в інших групах обстежених. Максимально виражений ($p < 0,001$) дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії був найбільш характерний для хворих іншими фобічними тривожними розладами, про що свідчать показники шкали INT ($3,51 + 0,05$ балів). Депресивна симптоматика, що супроводжує фобічний синдром, була найбільш виражена ($p < 0,001$) у хворих кардіальним неврозом ($3,09 + 0,01$ бала) і у пацієнтів з агорафобією ($3,06 + 0,02$ бала). Максимально виражений ($p < 0,001$) індекс тяжкості симптомів був характерний для хворих агорафобією ($2,46 + 0,01$), а мінімально виражений ($p < 0,001$) - для хворих специфічними фобіями ($1,47 + 0,02$). Максимальні величини індексу готівкового симптоматичного дистресу відзначалися ($P < 0,001$) у хворих агорафобією ($2,90 + 0,01$) і пацієнтів з кардіальним неврозом ($2,80 + 0,01$). Розглянуті вище показники відрізнялися ($p < 0,001$) від результатів тестування в групі контролю.

Отримані в цьому дослідженні дані свідчать про те, що хворим з фобічним синдромом властива наявність тривожності і як риси, і як стану. За даними шкали тривоги Тейлор (рис. 2.6) максимальний загальний рівень тривоги ($p < 0,001$) виявлено у пацієнтів з іншими фобічними тривожними розладами ($45,03 + 0,46$ балів) і хворих агорафобією ($44,71 + 0,23$ бала). Загальний рівень тривоги у всіх обстежених хворих відрізнявся ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($12,25 + 0,11$ балів).

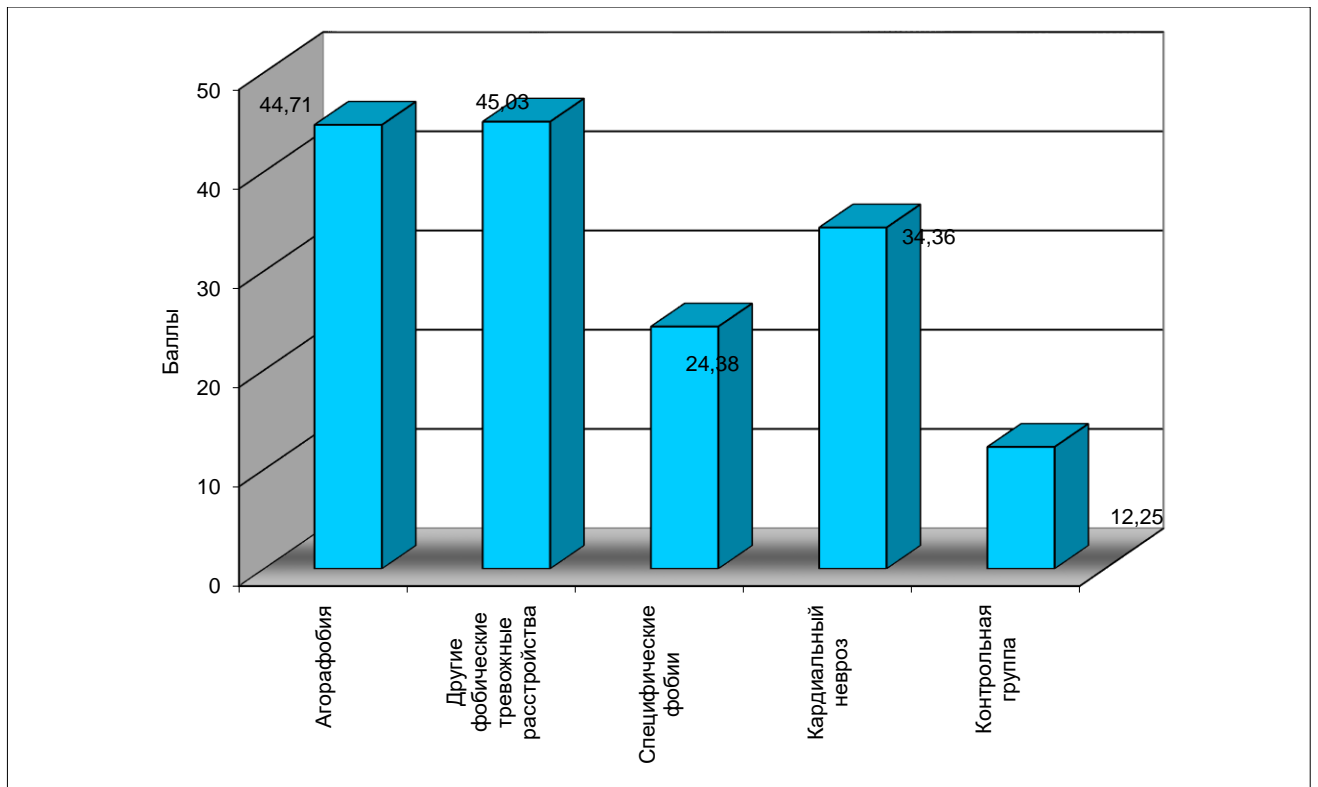


Рис. 2.6 Усреднені показники загального рівня тривоги за шкалою Дж.Тейлор в групах обстежених

Дані, отримані при дослідженні за методикою Спілбергера-Ханіна, свідчать про те, що найбільш високі ($p < 0,001$) показники ЛТ (рис. 2.7) характерні для пацієнтів з іншими фобічними тривожними розладами ($71,97 \pm 0,72$ бала) і для хворих кардіальним неврозом ($66,97 \pm 0,77$ балів). Прояви ЛТ у всіх хворих відрізнялися ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($22,77 \pm 0,15$ балів). Показники РТ були максимально виражені ($p < 0,001$) у хворих іншими фобічними тривожними розладами ($57,32 \pm 0,97$ балів) і пацієнтів, які страждають агорафобією ($56,63 \pm 0,59$ балів). Показники РТ у всіх обстежених хворих відрізнялися ($p < 0,001$) від показників у групі контролю ($14,88 \pm 0,26$ балів).

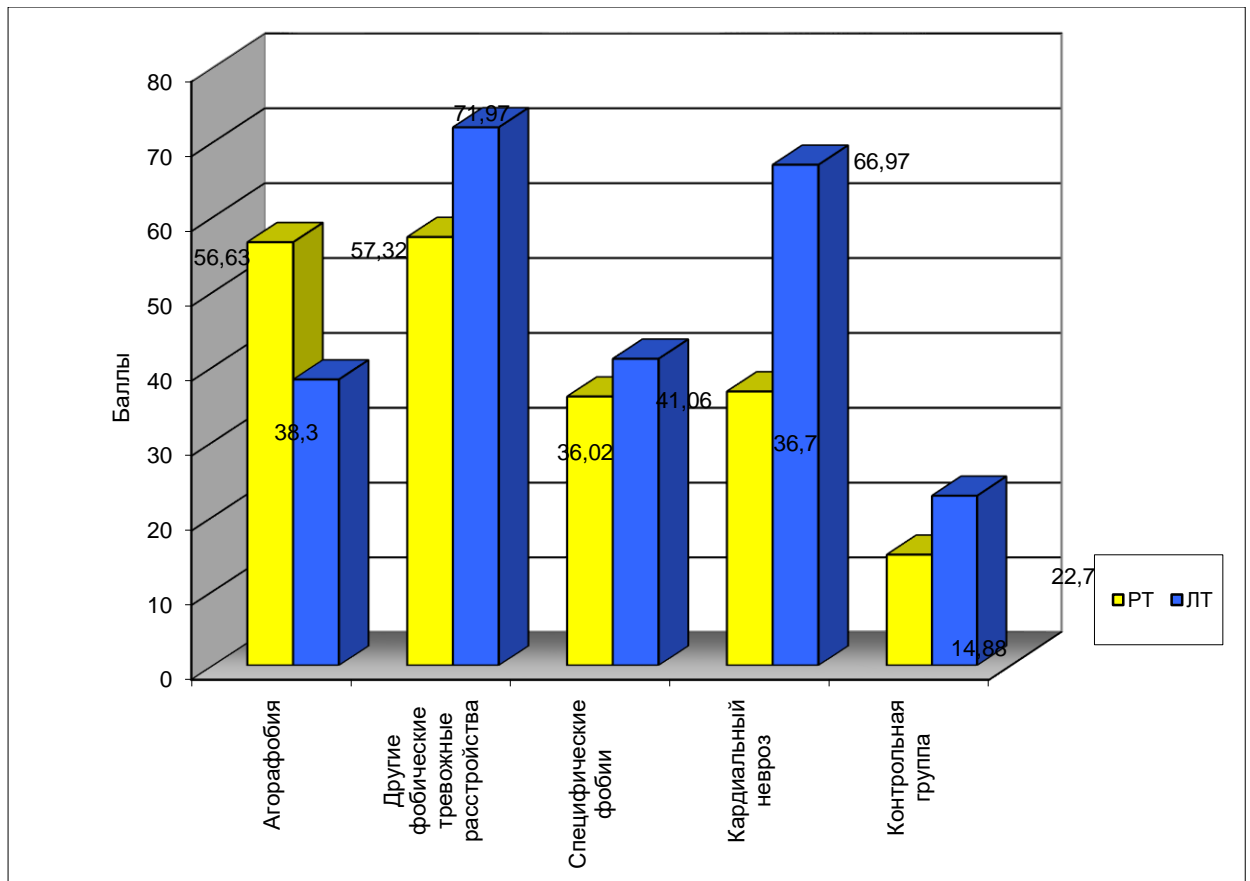


Рис. 2.7 Усреднені показники тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна в групах обстежених

Таким чином, при фобічному синдромі в структурі невротичних і соматоформних розладів були виявлені значні відхилення показників тривожності від конструктивного рівня, що клінічно проявлялося в різній представленості феномена тривоги в структурі фобій, а в психологічному плані - в соціальній дезадаптації, порушення у сфері міжособистісної взаємодії. Сукупність клінічних і психологічних характеристик тривоги знаходила своє відображення в різноманітності психопатологічних проявів фобічного синдрому, детермінована тривалість та інтенсивність епізодів фобій, формування ритуальних форм поведінки, що приводять в кінцевому підсумку до стійким стереотипним поведінковим паттернам, міра адаптивності яких відбивалася в деструктивній соціальній позиції особистості. Наявність фобічної симптоматики призводило до змін в сексуальному функціонуванні хворих. Сексуальні порушення за типом свого виникнення були пов'язані з психопатологічними, біохімічними та іншими

факторами етіопатогенезу невротичних і соматоформних розладів. У розвитку порушень сексуального функціонування при фобічному синдромі зазначалося ураження психічної і нейрогуморальної складової копулятивного циклу внаслідок загально невротичних явищ (астенія, тривога, вегетативні порушення і т.д.) і корелятивного зменшення андрогенної насиченості організму при стресових реакціях. Ступінь вираженості психогенних сексуальних дисфункцій перебувала в прямій залежності від інтенсивності проявів різних складових фобічного синдрому. Характерним для всіх хворих було обмеження форм сексуальної активності, видозміна діапазону прийнятності та тривалості періоду статевого контакту, відзначалися зміни вираженості сексуального потягу, різні порушення готовності до появи сексуального збудження, трансформування темпу протікання сексуальних реакцій і їх адекватності на зовнішню і внутрішню стимуляцію, що поєднуються з пригніченням здатності до досягнення повноцінного сексуального задоволення.

ВИСНОВОК

Метою роботи була оптимізація діагностичного процесу і лікувально-профілактичної допомоги хворим з фобічним синдромом на основі інтегративного (клініко-анамнестического, клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного) аналізу фобічної симптоматики в структурі невротичних і соматоформних розладів і вивчення особливостей клінічних проявів агорафобії у взаємозв'язку з індивідуально-психологічними і соціально-психологічними показниками; визначення структурно-компонентної архітектоники агорафобічного синдрому з обґрунтуванням його диференційно-діагностичних критеріїв. Автор виконав всі поставлені перед собою завдання.

1. У курсовій роботі на основі інтегративного (клініко-психопатологічного, соціально-психологічного та клініко-лабораторного) аналізу фобічної симптоматики в структурі невротичних і соматоформних розладів представлено теоретичне узагальнення і запропоновано нове вирішення актуальної діагностичної проблеми, яка полягає у вивченні особливостей клінічних проявів фобій у взаємозв'язку з біохімічними і соціально-психологічними показниками, описі структурно-компонентної архітектоники фобічного синдрому з обґрунтуванням його диференційно-діагностичних критеріїв при невротичних і соматоформних розладах для оптимізації діагностичного процесу та підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги даному контингенту хворих.

2. У клінічному оформленні фобічної симптоматики при невротичних і соматоформних розладах беруть участь різні соціально-психологічні фактори ($p < 0,05$): соціальне походження, умови виховання і особи, які його здійснювали, сімейний стан, рівень освіти, інтенсивність статевого життя і задоволеність нею. Більшість пацієнтів (59,7 - 78,7%) є вихідцями з родин службовців і виховувалися, незалежно від повноти сім'ї, переважно представниками жіночої статі. Особи з вищою освітою переважають в групах хворих агорафобією (43,6%) і кардіальним неврозом (39,1%). Більше половини пацієнтів з соматоформними порушеннями (57,3%) перебувають у шлюбі, в той час як хворі з невротичними розладами є

розведеними або холостими, що є особливо актуальним в групі хворих агорафобією (73,4%).

3. При фобічному синдромі в структурі невротичних і соматоформних розладів характерним є різне за часом «збереження в таємниці» факту виникнення нав'язливих страхів. Найбільш короткий період приховування від оточуючих факту виникнення фобічної симптоматики відзначається при агорафобії і кардіальному неврозі ($p < 0,001$). Хворі іншими фобичними тривожними розладами були схильні до тривалого збереження в таємниці факту наявності фобії ($p < 0,001$). Переховування інформації про виникнення фобії від оточуючих значно впливає ($\chi^2 = 426,0$; $p < 0,001$) на особливості клінічних проявів фобічного синдрому і пов'язаних з ним дезадаптивних форм поведінки. У переважній більшості випадків (90,9%, $p < 0,05$) провідний фобічний синдром призводив до розвитку в динаміці невротичні або соматоформні розлади вторинних, третинних і т.д. нав'язливих страхів.

4. Характерним для хворих з фобічним синдромом в структурі невротичних розладів є наявність поліморфних і динамічних клінічних проявів. Психопатологічна структура в статистиці має основні (власне фобичні прояви, переважно з щоденними панічними (58,1%) нападами, що поєднуються з вираженими сомато-вегетативними (73,7%) і афективними (88,7%) порушеннями) і додаткові компоненти (депресивна симптоматика (68,1%), а також різні нав'язливі страхи (81,1% випадків), що займають другорядне становище в клінічній картині.

5. Наявність фобічної симптоматики в структурі невротичних і соматоформних розладів призводить до змін в сексуальному функціонуванні хворих ($\chi^2 = 58,5$; $p < 0,001$), при якому відзначається поразка не тільки психічної, а й нейрогуморальної складової копулятивного циклу внаслідок загально невротичних явищ (астенія, тривога, вегетативні порушення і т.д.) і корелятивного зменшення андрогенної насиченості організму при стресових реакціях. Для всіх пацієнтів характерно обмеження форм сексуальної активності, видозміна діапазону прийнятності та тривалості періоду статевого контакту,

відзначаються зміни вираженості сексуального потягу, різні порушення готовності до появи сексуального збудження, трансформування темпу протікання сексуальних реакцій і їх адекватності на зовнішню і внутрішню стимуляцію, що поєднуються з пригніченням здатності до досягнення повноцінного сексуального задоволення. Фобичний синдром являє собою складно організовану психопатологічну композицію, що об'єднує п'ять облігатних і взаємопов'язаних компонентів з різною клінічною представленістю і виразністю в структурі невротичних і соматоформних розладів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Аведисова А.С., Чахава В.О., Люпаева Н.В. Плацебо–эффект в психиатрии: (Обзор) //Психиатрия и психофармакотерапия.– 2004.– №2.– С. 19–25.
2. Александровский Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение.– М.: ГЭОТАР–МЕД, 2004.– 240 с.
3. Березанцев А.Ю., Володина О.В. Тревожные невротические расстройства у мужчин с ишемической болезнью сердца //Рос. психиатрич. журн.– 2005.– №4.– С. 4–9.
4. Бікшаєва Я.Б. Особливості клінічної типології та лікування соматоформних розладів у підлітків із функціональними порушеннями серцево-судинної системи: Автореф. дис. ... к.мед.н. – К., 2006. – 23 с.
5. Большакова А.М. Соціальна психологія: Конспект лекцій. Харків : ХДАК, 2017.55 с.
6. Бочелюк В., Бочелюк В. Методика та організація наукових досліджень з психології. Київ : Центр навчальної літератури, 2019. 360 с.
7. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Воробьева О.В. и др. Панические атаки.– М.: Эйдос Медиа, 2004.– 408 с.
8. Каменецкий Д.А. Наркогипноанализ невротозов с навязчивостями. – М.: Гелиос АРВ, 2004.– 240 с.
9. Клиническая фармакология по Гудману и Гилману: Пер. с англ. – М.: Практика, 2006.– 1648 с.
- 10.Клініко-лабораторна діагностика фобічних станів у структурі невротичних і соматоформних розладів у чоловіків: Метод. рекомендації. – Д.: АРТ–ПРЕС, 2005. – 48 с.
- 11.Ковалев Ю.В. Особенности клиники и динамики тревоги при неврастении //Рос. психиатрич. журн.– 2004.– №4.– С. 16–18.
- 12.Ковалев Ю.В. Тревога и депрессия: клинико-феноменологические сходства и различия: (Обзор) //Рос. психиатрич. журн.– 2004.– №1.– С. 45–49.

13. Марута Н.А., Данилова М.В. Патопсихологические закономерности формирования агорафобии невротического генеза //Арх. психіатрії.– 2003.– Т.9, №4.– С. 35–40.
14. Михалевская О.В., Сергеев И.И., Бородин Л.Г. Транспортные фобии (условия возникновения, клиника, прогноз и социальное функционирование больных) //Рос. психиатрич. журн.– 2004.– №1.– С. 13–18.
15. Москаленко В. В. Соціальна психологія : підручник. Київ : Центр учбової літератури, 2008. 688 с.
16. Нетяженко В., Мошковська Ю. Сучасні погляди на роль визначення біохімічних маркерів ушкодження міокарда у хворих із гострим коронарним синдромом без елевації сегмента ST //Ліки України.– 2004.– №2.– С. 10–14.
17. Орбан-Лембрик Л.Е. Соціальна психологія: Навчальний посібник. Київ : Академвидав, 2010. 649 с.
18. Первый В.С. Диагностические аспекты кардиального невроза //Укр. медичний альманах. – 2005. – №4. – С. 190–192.
19. Первый В.С. Биохимическая архитектура невротических фобий //Таврич. журн. психиатрии. – 2005. – №2. – С. 13–17.
20. Первый В.С. Комплексная дифференциальная диагностика невротических фобий //Арх. психіатрії. – 2005. – №3. – С. 34–38.
21. Первый В.С. Метод дискретного анализа и его применение для дифференциальной диагностики фобического синдрома //Психічне здоров'я. – 2005. – №2. – С. 38–41.
22. Первый В.С. Основные принципы психотерапии невротических фобий //Таврич. журн. психиатрии. – 2005. – №1. – С. 16–21.
23. Первый В.С. Профилактика фобических состояний в структуре невротических и соматоформных расстройств //Вісн. психіатрії та психофарма-котерапії. – 2005. – №2. – С. 75–78.
24. Первый В.С. Психодиагностика фобического синдрома в структуре невротических и соматоформных расстройств //Запорожский мед. журн. – 2006. – №1. – С. 78–82.

- 25.Первый В.С. Современные этиопатогенетические аспекты невротических фобий: (Обзор) //Арх. психіатрії. – 2004. – №3.– С. 50–58.
- 26.Первый В.С. Улучшение дифференциальной диагностики фобического синдрома с помощью метода дискретного анализа //Психічне здоров'я. – 2005. – №4. – С. 25–27.
- 27.Погосов А.В., Погосова И.А., Смирнова Л.В. Лечебно-профилактические мероприятия для больных посттравматическими стрессовыми расстройствами в случаях коморбидности //Арх. психіатрії.– 2004, №1.– С. 17–21.
- 28.Портнов А.А. Общая психопатология. – М.: Медицина, 2004.– 272 с.
- 29.Смирнова Л.В., Погосова И.А. Диагностика, терапия и профилактика посттравматических стрессовых расстройств: Метод. рекомендации. – Курск: Изд-во КГМУ, 2003. – 12 с.
- 30.Строганов А.Е. Опыт создания лечебно-реабилитационных методов психиатрии на базе основных театральные систем //Рос. психиатрич. журн.– 2004.– №2.– С. 37–42.
- 31.Узбеков М.Г. Структурно-функциональные подходы к пониманию нейрохимических механизмов действия психотропных препаратов: серотонинергические антидепрессанты //Соц. и клинич. психиатрия. – 2004. – №2. – С. 52–57.
- 32.Циба В.Т. Системна соціальна психологія. Навч. посіб. Київ : Центр навчальної літератури, 2016. 328 с.
- 33.(Carson R., Butcher J., Mineka S.) Карсон Р., Батчер Дж., Минека С. Анормальная психология: Пер. с англ.– СПб.: Питер, 2004.– 1168 с.
- 34.(LaFreniere P.) Лафренье П. Эмоциональное развитие детей и подростков: Пер.с англ.– СПб.: прайм–ЕВРОЗНАК, 2004.– 256 с.
- 35.Bennett D.S., Carr D.B. Opiophobia as a barrier to the treatment of pain //J. Pain Palliat. Care Pharmacother.– 2003.– Vol.16, N.1.– P. 105–109.
- 36.Boardman J. Work, employment and psychiatric disability //Advan. Psychiatr. Treatm.– 2003.– N.9.– P. 327–334.

37. Bringager C.B., Dammen T., Friis S. Nonfearful Panic Disorder in Chest Pain Patients // *Psychosomatics*. – 2004. – Vol.45, N.1. – P. 69–79.
38. Coid J. Epidemiology, public health and the problem of personality disorder // *Br. J. Psychiatry*. – 2003. – Vol.182, N.1. – P. 3–10.
39. Fifer S.K., Buesching D.P., Henke C.J. et al. Functional status and soma-tization as predictors of medical offset in anxious and depressed patients // *Value in Health*. – 2003. – Vol.6, N.1. – P. 40–50.
40. Filakovic P., Dordevic V., Koic E. et al. Social phobia // *Coll. Antropol.* – 2003. – Vol.27, N.1. – P. 47–57.
41. Gerkin D.G. Thanatophobia revisited // *Tenn. Med.* – 2003. – Vol.96, N.10. – P. 442–443.
42. Gosselin P., Laberge B. Etiological factors of generalized anxiety disorder // *Encephale*. – 2003. – Vol.29, N.4. – P. 351–361.
43. Hirsch C.R., Clark D.M., Mathews A. et al. Self-images play a causal role in social phobia // *Behav. Res. Ther.* – 2003. – Vol.41, N.8. – P. 909–921.
44. Mohlman J., de Jesus M., Gorenstein E. et al. Distinguishing generalized anxiety disorder, panic disorder, and mixed anxiety states in older treatment-seeking adults // *J. Anxiety Disorders*. – 2004. – Vol.18, N.3. – P. 275–290.
45. Morris T.L., March J.S. *Anxiety disorders in children and adolescents*. – New York: Guilford Press, 2004. – P. 60–78.
46. Ollendick T.H., March J.S. *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: a clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. – New York: Oxford University Press, 2003. – P. 8–71.
47. Robertson J.G. *An excess of phobias and manias: a compilation of anxieties, obsessions, and compulsions that push many over the edge of sanity*. – Los Angeles, CA: Senior Scribe Publications, 2003. – P. 58–104.
48. Smoller J.W., Pollack M.H., Wassertheil–Smoller S. et al. Prevalence and Correlates of Panic Attacks in Postmenopausal Women: Results From an Ancillary Study to the Women's Health Initiative // *Arch. Int. Med.* – 2003. – Vol.163, N.12. – P. 2041–2050.

49. Stangier U., Heidenreich T., Peitz M. et al. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment // *Behav. Res. Ther.* – 2003.– Vol.41, N.9.– P. 991–1007.
50. Tangen Haug T., Blomhoff S., Hellström K. et al. Exposure therapy and sertraline in social phobia: I-year follow-up of a randomised controlled trial // *Br. J. Psychiatry.* – 2003.– Vol.182, N.4.– P. 312–318.

ДОДАТКИ

Додаток А

Таблиця А.1

Достовірність відмінностей обстежених в залежності від соціального походження (з використанням кутового перетворення Фішера) *

		соціальне походження		
		З сім'ї робітників	З сім'ї службовців	З сім'ї селян
1 і 2 група	t	2,85	-2,67	0,17
	p	0,005	0,008	0,863
1 і 3 група	t	0,58	-0,70	0,37
	p	0,561	0,486	0,710
1 і 4 група	t	-2,36	2,42	-0,34
	p	0,019	0,016	0,734
1 і 5 група	t	-7,09	8,80	-2,97
	p	0,000	0,000	0,003
2 і 3 група	t	-2,03	1,78	0,15
	p	0,046	0,078	0,880
2 і 4 група	t	-4,78	4,63	-0,43
	p	0,000	0,000	0,669
2 і 5 група	t	-8,10	9,13	-2,29
	p	0,000	0,000	0,023
3 і 4 група	t	-2,45	2,63	-0,68
	p	0,015	0,009	0,499
3 і 5 група	t	-6,12	7,57	-2,71
	p	0,000	0,000	0,007
4 і 5 група	t	-6,35	8,53	-3,48
	p	0,000	0,000	0,001
Імовірність ХІ-2	<i>в групах хворих</i>	0,000		
ХІ-2		21,80		
коефіцієнт Чупрова		0,17		

Примітка. * - статистичні дані до табл. 1.3.

Таблиця А.2

Достовірність відмінностей обстежених в залежності від умов виховання (з використанням кутового перетворення Фішера) *

		умови виховання		
		У повній сім'ї	У неповній сім'ї	Без батьків
1 і 2 група	t	-1,05	1,05	0,00
	p	0,297	0,297	1,000
1 і 3 група	t	-1,70	2,37	-2,33
	p	0,091	0,019	0,021
1 і 4 група	t	-2,79	2,88	-1,04
	p	0,006	0,004	0,298
1 і 5 група	t	-1,61	1,71	-1,14
	p	0,109	0,089	0,255
2 і 3 група	t	-0,47	1,02	-1,90
	p	0,639	0,310	0,060
2 і 4 група	t	-0,78	0,84	-0,72
	p	0,437	0,401	0,470
2 і 5 група	t	0,00	0,08	-0,81
	p	0,997	0,940	0,420
3 і 4 група	t	-0,21	-0,48	1,82
	p	0,837	0,632	0,069
3 і 5 група	t	0,63	-1,29	1,68
	p	0,530	0,199	0,095
4 і 5 група	t	1,42	-1,40	-0,18
	p	0,158	0,163	0,854
Імовірність ХІ-2	<i>в групах хворих</i>	0,041		
ХІ-2		8,80		
коефіцієнт Чупрова		0,11		

Примітка. * - статистичні дані до табл. 1.4.

Таблиця А.3

Достовірність відмінностей обстежених в залежності від осіб, домінувалих в сім'ях обстежених в період виховання (з використанням кутового перетворення Фішера) *

		Особа, що домінувала в сім'ї					
		батько	матір	Дідусь по батьковій лінії	Бабуся по батьковій лінії	Дідусь по материнській лінії	Бабуся по материнській лінії
1 і 2 група	t	-1,44	2,22	-1,33	-0,06	-0,62	-0,89
	p	0,152	0,028	0,185	0,952	0,536	0,374
1 і 3 група	t	-3,05	3,79	-1,17	0,00	-1,70	-0,86
	p	0,003	0,000	0,244	1,000	0,091	0,391
1 і 4 група	t	-4,18	3,32	-0,62	0,23	-0,85	-0,45
	p	0,000	0,001	0,533	0,819	0,396	0,651
1 і 5 група	t	-11,68	5,03	0,50	4,68	0,50	5,60
	p	0,000	0,000	0,615	0,000	0,615	0,000
2 і 3 група	t	-1,23	1,15	0,22	0,05	-0,85	0,08
	p	0,224	0,253	0,829	0,957	0,399	0,935
2 і 4 група	t	-1,31	-0,15	1,04	0,23	0,10	0,67
	p	0,192	0,885	0,299	0,821	0,924	0,502
2 і 5 група	t	-6,71	1,16	1,80	3,38	1,03	4,93
	p	0,000	0,249	0,073	0,001	0,304	0,000
3 і 4 група	t	0,25	-1,74	0,84	0,17	1,27	0,62
	p	0,802	0,083	0,401	0,862	0,205	0,534
3 і 5 група	t	-5,68	-0,28	1,68	3,61	2,26	5,27
	p	0,000	0,777	0,095	0,000	0,025	0,000
4 і 5 група	t	-10,10	2,42	1,46	5,87	1,74	7,95
	p	0,000	0,016	0,146	0,000	0,082	0,000
Імовірність XI-2			0,000				
XI-2			24,30				
коефіцієнт Чупрова	<i>в групах хворих</i>		0,14				

Примітка. * - статистичні дані до табл. 1.5

Таблиця А.4

Достовірність відмінностей обстежених в залежності від сімейного стану (з використанням кутового перетворення Фішера) *

		Сімейний стан			
		неодружений	одружений	Розлучений	Видавець
1 і 2 група	t	-6,72	2,85	4,76	1,87
	p	0,000	0,005	0,000	0,064
1 і 3 група	t	-3,92	-0,28	4,23	2,01
	p	0,000	0,782	0,000	0,046
1 і 4 група	t	-1,07	-5,86	7,58	1,17
	p	0,287	0,000	0,000	0,244
1 і 5 група	t	-2,42	-3,94	6,77	0,88
	p	0,016	0,000	0,000	0,380
2 і 3 група	t	2,71	-2,73	-0,74	0,00
	p	0,008	0,008	0,462	1,000
2 і 4 група	t	6,68	-7,21	0,00	-1,25
	p	0,000	0,000	0,998	0,211
2 і 5 група	t	5,57	-5,87	-0,37	-1,40
	p	0,000	0,000	0,713	0,162
3 і 4 група	t	3,59	-4,14	1,01	-1,37
	p	0,000	0,000	0,312	0,171
3 і 5 група	t	2,44	-2,74	0,59	-1,53
	p	0,016	0,007	0,556	0,127
4 і 5 група	t	-1,83	2,24	-0,68	-0,32
	p	0,068	0,026	0,496	0,749
Імовірність ХІ-2	<i>в групах хворих</i>	0,000			
ХІ-2		133,50			
коефіцієнт Чупрова		0,36			

Примітка. * - статистичні дані до табл. 1.6

Таблиця А.5

**Достовірність відмінностей обстежених в залежності від освіти
(З використанням кутового перетворення Фішера) ***

		Освіта				
		Початкова	Середня	Середньо-спеціальна	Незакінчена вища	Вища
1 і 2 група	t	0,00	-0,98	0,47	-4,02	5,10
	p	1,000	0,327	0,636	0,000	0,000
1 і 3 група	t	0,00	-1,16	0,00	-1,96	2,71
	p	1,000	0,247	1,000	0,052	0,008
1 і 4 група	t	0,00	0,38	-1,89	1,12	0,75
	p	1,000	0,706	0,060	0,263	0,451
1 і 5 група	t	-1,14	-5,18	-2,09	2,30	5,66
	p	0,255	0,000	0,038	0,022	0,000
2 і 3 група	t	0,00	-0,09	-0,42	1,94	-2,27
	p	1,000	0,932	0,677	0,056	0,026
2 і 4 група	t	0,00	1,35	-1,83	5,22	-5,11
	p	1,000	0,179	0,068	0,000	0,000
2 і 5 група	t	-0,81	-2,60	-1,99	5,99	-1,52
	p	0,420	0,010	0,048	0,000	0,130
3 і 4 група	t	0,00	1,59	-1,43	3,06	-2,47
	p	1,000	0,112	0,153	0,002	0,014
3 і 5 група	t	-0,88	-2,72	-1,61	3,93	1,39
	p	0,379	0,007	0,108	0,000	0,165
4 і 5 група	t	-1,50	-7,30	-0,36	1,61	6,50
	p	0,133	0,000	0,721	0,109	0,000
Імовірність XI-2			0,000			
XI-2			56,40			
коефіцієнт Чупрова	<i>в групах хворих</i>		0,21			

Примітка. * - статистичні дані до табл. 1.7

Таблиця Б.1

Достовірність відмінностей обстежених в залежності від тривалості періоду приховування факту виникнення фобічної симптоматики від оточуючих (з використанням кутового перетворення Фішера) *

		Тривалість періоду приховування факту виникнення фобії				
		Кілька хвилин	Кілька годин	Кілька днів	Кілька тижнів	Кілька місяців
1 і 2 група	t	7,84	7,84	0,25	-5,29	-10,43
	p	0,000	0,000	0,804	0,000	0,000
1 і 3 група	t	8,44	5,58	-3,34	-8,91	-4,44
	p	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
1 і 4 група	t	3,98	-0,37	-3,48	-3,93	-1,81
	p	0,000	0,715	0,001	0,000	0,072
2 і 3 група	t	0,00	-2,34	-2,95	-2,64	5,56
	p	1,000	0,022	0,004	0,010	0,000
2 і 4 група	t	-5,90	-8,92	-2,69	3,11	10,27
	p	0,000	0,000	0,008	0,002	0,000
3 і 4 група	t	-6,46	-6,55	1,11	7,03	3,62
	p	0,000	0,000	0,268	0,000	0,000
Імовірність XI-2	<i>в групах хворих</i>	0,000				
XI-2		426,00				
коефіцієнт Чупрова		0,53				

Примітка. * - статистичні дані до табл. 2.1.

Таблиця Б.2

**Достовірність відмінностей обстежених в залежності від інтенсивності
статевого життя (з використанням кутового перетворення Фішера) ***

		Інтенсивність статевго життя					
		Кілька разів на добу	1 раз на добу	Кілька разів на тиждень	1 раз в тиждень	1-2 рази на місяць	Відсутність сексуальних контактів
1 і 2 група	t	0,00	-1,70	-2,41	-2,21	1,83	0,62
	p	1,000	0,092	0,017	0,029	0,070	0,537
1 і 3 група	t	0,00	0,00	-5,37	-2,05	1,07	3,26
	p	1,000	1,000	0,000	0,042	0,285	0,001
1 і 4 група	t	-1,04	-1,47	-6,95	-4,42	2,19	4,85
	p	0,298	0,141	0,000	0,000	0,030	0,000
1 і 5 група	t	-1,98	-5,46	-9,54	-1,59	7,60	1,45
	p	0,049	0,000	0,000	0,113	0,000	0,149
2 і 3 група	t	0,00	1,49	-2,27	0,26	-0,73	2,12
	p	1,000	0,139	0,026	0,792	0,466	0,037
2 і 4 група	t	-0,72	0,85	-2,16	-0,63	-0,50	2,68
	p	0,470	0,396	0,031	0,532	0,615	0,008
2 і 5 група	t	-1,40	-2,03	-4,15	1,27	3,40	0,35
	p	0,162	0,044	0,000	0,206	0,001	0,725
3 і 4 група	t	-0,79	-1,12	0,75	-1,05	0,45	0,02
	p	0,429	0,263	0,452	0,295	0,650	0,982
3 і 5 група	t	-1,53	-4,22	-1,47	1,03	4,70	-2,46
	p	0,127	0,000	0,142	0,305	0,000	0,014
4 і 5 група	t	-1,29	-5,32	-3,77	3,50	7,25	-4,24
	p	0,198	0,000	0,000	0,001	0,000	0,000
Імовірність XI-2			0,000				
XI-2			58,50				
коефіцієнт Чупрова	<i>в групах хворих</i>		0,21				

Примітка. * - статистичні дані до табл. 2.4.

Таблиця Б.3

**Достовірність відмінностей обстежених в залежності від задоволеності
статевим життям (з використанням кутового перетворення Фішера) ***

		Задоволеність статевим життям		
		повністю задовольняє	частково задовольняє	Не задовільняє
1 і 2 група	t	0,00	-1,44	1,44
	p	1,000	0,152	0,152
1 і 3 група	t	-1,64	-3,73	4,01
	p	0,104	0,000	0,000
1 і 4 група	t	-1,04	-4,87	4,95
	p	0,298	0,000	0,000
1 і 5 група	t	-8,46	-11,62	16,27
	p	0,000	0,000	0,000
2 і 3 група	t	-1,34	-1,78	2,02
	p	0,183	0,078	0,047
2 і 4 група	t	-0,72	-1,79	1,85
	p	0,470	0,075	0,066
2 і 5 група	t	-5,99	-6,66	9,96
	p	0,000	0,000	0,000
3 і 4 група	t	1,05	0,49	-0,75
	p	0,294	0,625	0,455
3 і 5 група	t	-4,73	-4,88	8,16
	p	0,000	0,000	0,000
4 і 5 група	t	-9,82	-9,13	15,16
	p	0,000	0,000	0,000
Імовірність XI-2	<i>в групах хворих</i>	0,000		
XI-2		19,20		
коефіцієнт Чупрова		0,16		

Примітка. * - статистичні дані до табл. 2.5