

12. Kendler K.S. A family study of the schizophrenia schizophrenia / K.S. Kendler, A.M. Gruenberg, M.T. Tsuang // Amer. J. Psychiatry. – 1988. – Vol. 145. – № 1. – P. 57-62.

Работа поступила в редакцию 22 августа 2016 г.
Рекомендовао к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 615.851+616.89+159.9]:616-07.001

В. А. Курило

ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ И КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОТЕРАПИИ

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

Summary. Kurilo V. A. **PSYCHO-PHENOMENOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONS WITH FAMILY MALADJUSTMENT AND COMORBID MENTAL DISORDERS NONPSYCHOTIC LEVEL IN THE CONTEXT OF PSYCHOTHERAPY.** - *Zaporizhzhya state medical University Ministry of Health care of Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com.* The paper presents clinical-psychophenomenological examination of couples with family maladjustment, where one of the spouses suffers from a nonpsychotic mental disorder personality disorder neurotic disorder. Traced the behavioral characteristics of the contingents during the psychotherapeutic conversation – verbal and not verbal, the level of efficiency of psychotherapeutic contact; identified manifested during a session of psychotherapy clinical psychotherapeutic effect-syndromes.

Key words: comorbid mental disorder, psychotherapeutic conversation, family maladjustment

РЕФЕРАТ. Курило В. А. **ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЦ С СЕМЕЙНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ И КОМОРБИДНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ В КОНТЕКСТЕ ПСИХОТЕРАПИИ.** В работе проведено клинко-психофеноменологическое обследование семейных пар с семейной дезадаптацией, где один из супругов страдает непсихотическим психическим расстройством – расстройством личности либо невротическим расстройством. Прослежены поведенческие особенности контингентов во время психотерапевтической беседы – вербальные и не вербальные, уровень продуктивности психотерапевтического контакта; выявлены проявляющиеся во время сеанса психотерапии клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

Ключевые слова: коморбидное психическое расстройство, психотерапевтическая беседа, семейная дезадаптация

Реферат. Курило В. О. **ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ОСІБ ІЗ СІМЕЙНОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ І КОМОРБІДНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ В КОНТЕКСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ.** В роботі проведено клініко-психофеноменологічне обстеження сімейних пар із сімейною дезадаптацією, де один із подружжя страждає на непсихотичний психічний розлад – розлад особистості або невротичний розлад. Простежено поведінкові особливості контингентів під

час психотерапевтичної бесіди – вербальні і не вербальні, рівень продуктивності психотерапевтичного контакту, виявлено клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми, що проявлялися під час сеансу психотерапії.

Ключові слова: коморбідний психічний розлад, психотерапевтична бесіда, сімейна дезадаптація

Актуальність дослідження. Психологическим проблемам супружеских отношений посвящены многочисленные работы отечественных и зарубежных исследователей как в ракурсе психологических, так и междисциплинарных. В работах этих авторов часто рассматривают различные проблемы современной семьи: психологическая совместимость супругов, их удовлетворённость семейными взаимоотношениями, структура семейных ролей, устойчивость семейных отношений [1 – 4].

Считается, что дисгармония семейных отношений приводит к повышению конфликтности, а, следовательно, и к негативным последствиям и в других сферах [5].

Ряд исследователей семьи [1 – 3, 6 – 8] убеждены, что семейная дезадаптация обусловлена психологической и сексологической несовместимостью супругов, которая мешает им установить взаимопонимание, правильно решать возникающие в семье конфликты и приспособиться друг к другу.

Однако не последнюю роль в дисгармоничных семейных отношениях играет наличие психических расстройств непсихотического уровня у одного из супругов. С одной стороны, это выступает фактором семейной дезадаптации, с другой – препятствует психотерапии таких семей за счет нарушения комплаенса. Понимание психофеноменологических особенностей лиц с семейной дезадаптацией способно упростить подбор конгруентных методов / методик психотерапии с целью достижения более действенного и с скорого саногенного эффекта.

В связи с этим **целью исследования** стало выявить психофеноменологические особенности лиц с семейной дезадаптацией и коморбидными психическими расстройствами непсихотического уровня в контексте психотерапии.

Материалы исследования. В условиях КУ «Запорожский областной центр народной и нетрадиционной медицины» ЗОС было обследовано 260 семейных пар (СП) (520 человек), среди них 210 семейных пар с признаками семейной дезадаптации (СД) (420 человек) и 50 гармоничных семейных пар без признаков нарушения семейной адаптации (100 человек). Первую клиническую группу составили 80 СП с СД (160 человек), где один из супругов страдал расстройством личности (РЛ) (40 мужчин с РЛ со здоровыми супругами и 40 женщин с РЛ со здоровыми супругами). Вторую клиническую группу составили 80 СП с СД (160 человек), где один из супругов страдал невротическим расстройством (НР) (40 мужчин с НР со здоровыми супругами и 40 женщин с НР со здоровыми мужьями). Третью клиническую группу составили 50 СП с СД (100 супругов), где не отмечалось клинически очерченных психических расстройств у супругов. Четвёртую контрольную группу составили 50 гармоничных СП (100 человек), которые не обнаруживали признаков СД (табл. 1).

Таблица 1

Распределение обследованных семейных пар на группы исследования

Группы обследованных пациентов (n = 520 – 260 СП)	Номер группы	Количество обследованных	Код подгруппы
	1 клиническая группа (n = 160 – 80 СП с СД)	40 мужчин с РЛ со здоровыми жёнами	
			1.2
40 женщин с РЛ со здоровыми мужьями			1.3
			1.4
2 клиническая группа (n = 160 – 80 СП с СД)	40 мужчин с НР со здоровыми жёнами		2.1
			2.2
	40 женщин с НР со здоровыми мужьями		2.3
			2.4
3 клиническая группа (n = 100)	50 СП с СД без признаков психических расстройств		3.1
			3.2
4 контрольная группа (n = 100)	50 гармоничных СП		К.1
			К.2

Методы исследования. Среди основных диагностических методов исследований, присущих психотерапии, реализован клинико-психофеноменологический метод. Его целью было выявить специфические психические феномены у пациентов с признаками СД, позволяющие сформулировать психотерапевтический диагноз и конгруэнтные им методы / методики психотерапии.

Результаты исследования. Выявление психотерапевтических феноменов проводилось по стандартизированной схеме, которая содержала в себе следующие структурные компоненты (табл. 2).

Таблица 2

Компоненты реализованной психотерапевтической диагностики

№	Название компонента	Содержание компонента
1.	Психотерапевтическая беседа	Основной метод получения информации о пациенте, способ познания и осознания психических проявлений на основе вербальной и имфатико-интонационной коммуникации.
2.	Клинико-этологическая диагностика	Диагностика невербального поведения с помощью клинико-этологического подхода, позволяющего сопоставить поведенческие реакции с вербальной продукцией.
3.	Сбор психоанамнеза	Сбор данных при наличии катамнестического периода наблюдения в случаях, когда пациенты обращались за помощью к специалистам области охраны психического здоровья.
4.	Клинико-психофеноменологическое исследование	Исследование выраженных специфических феноменов, наблюдаемых в процессе психотерапевтического контакта и психотерапевтических вмешательств.
5.	Диагностика клинического психотерапевтического эффект-синдрома	Распознавание комплекса клинических, психологических, поведенческих проявлений, возникающих в процессе (результате) реализации того или иного метода (методики, техники) психотерапии.
6.	Ракурсное клинико-психопатологическое исследование	Распознавание психопатологических нарушений, свойственных данному контингенту.

Указанные компоненты представляют определённый универсальный набор методов, последовательно направленных на реализацию психотерапевтической диагностики так какой.

Первым компонентом диагностики являлась психотерапевтическая беседа, обладающая коммуникативной, информативной, диагностической и куративной функциями. Использовалась беседа в виде неструктурированного клинического интервью с акцентом на предпочтении нарративного или же «глубинного» интервью. Данный вариант интервью использовался для реконструкции «истории жизни» пациентов.

Психотерапевтическая беседа была направлена на установление психотерапевтического контакта и прояснение базовых проблем пациентов клинических групп, у которых в СП были диагностированы проявления СД.

У представителей каждого типа РЛ и НР достаточно по-разному складывались особенности психотерапевтического общения.

Так, уровень продуктивности психотерапевтического контакта в клинической подгруппе 1.2 среди супругов был крайне низким и выражался в апродуктивности и иногда в малопродуктивности (2,5±1,6%). Контакт в подгруппе 1.3 чуть незначительно продуктивно был реализован среди женщин с истерическим (7,5±2,6%) РЛ, апродуктивно – с эмоционально-неустойчивым (2,5±1,6%), зависимым (2,5±1,6%). Уровень продуктивности психотерапевтического контакта в подгруппе 1.4 был более высоким и выражался в быстром формировании контакта (67,5±4,7%), переходящего в дальнейшим в альянс.

Контакт в подгруппе 2.1 у мужчин с НР был установлен и отражался на продуктивности пациентов с неврастенией (70±4,5%), обсессивно-компульсивным (75±4,3%), с пациентами с соматоформным расстройством (60±4,9%). Уровень контакта в

подгруппе 2.2 у женщин с условной психической нормой был более высоким, выражался в $95\pm 2,2\%$ установлении и быстром формировании альянса. Психотерапевтический контакт в подгруппе 2.3 у женщин с НР выражался в продуктивности альянса с большими неврастениями ($82,5\pm 3,8\%$), обсессивно-компульсивным расстройством ($92,5\pm 2,6\%$), с пациентами с соматоформным расстройством ($77,5\pm 4,2\%$). Уровень продуктивности контакта в подгруппе 2.4 у мужчин с условной психической нормой выражался в $87,5\pm 3,3\%$ установлении, способствовавшем скорейшему формированию психотерапевтического альянса.

Уровень продуктивности контакта в клинической группе 3 у пациентов с условной психической нормой выражался в $90\pm 3,0\%$ для женщин и в $92,5\pm 2,6\%$ для мужчин, что существенно не отличалось от здоровых супругов с условно-психической нормой из клинических групп 1 и 2.

Вторым компонентом психотерапевтической диагностики являлось клинико-этологическое исследование в условиях психотерапевтического сеанса, включающее анализ совокупности наблюдаемых у пациентов признаков невербального поведения, элементов двигательных актов, а также констатации наиболее часто встречаемых среди них.

Так, у пациентов подгруппы 1.1 с эмоционально-неустойчивым ($37,5\pm 4,8\%$) РЛ наиболее часто была представлена поза рассуждения ($67,5\pm 4,7\%$), у пациентов с истерическим РЛ – поза самонаслаждения ($47,5\pm 5,0\%$), у пациентов с зависимым – субмиссивная ($80\pm 4,0\%$). У женщин с РЛ подгруппы 1.3 с эмоционально-неустойчивым РЛ часто представлена поза рассуждения ($57,5\pm 4,9\%$) в сочетании с позой сосредоточенности ($35\pm 4,8\%$), у пациенток с истерическим – поза самонаслаждения ($67,5\pm 4,7\%$), у пациенток с зависимым РЛ ($87,5\pm 3,3\%$) – субмиссивная поза. У условно психически здоровых мужчин и женщин подгрупп 1.2 и 1.4 в этологических характеристиках отмечался более широкий диапазон особенностей поз, не позволяющий выделить наиболее доминантные этологические признаки.

У пациентов с НР и СД подгруппы 2.1 имели место следующие особенности. У мужчин с неврастениями преобладала субмиссивная поза ($47,5\pm 5,0\%$), с обсессивно-компульсивным НР – поза раздумья ($87,5\pm 3,3\%$), с соматоформным расстройством – поза наездника ($67,5\pm 4,7\%$). У пациенток с НР подгруппы 2.3, с неврастениями преобладала субмиссивная поза ($67,5\pm 4,7\%$), с обсессивно-компульсивным – поза Давида ($82,5\pm 3,8\%$), с соматоформным расстройством – поза сосредоточенности ($77,5\pm 4,2\%$).

Супруги клинических групп 2 и 3 с условной психической нормой по своим этологическим характеристикам обладали достаточно широким спектром позных особенностей, которые не позволяли выделить наиболее встречаемые этологические особенности.

Следующим компонентом психотерапевтической диагностики являлся сбор психоанамнеза. Он проводился по традиционной схеме в рамках психотерапевтической беседы и перекликался с анамнестическим исследованием, проводимым на первичном этапе.

Четвёртый и пятый компоненты психотерапевтической диагностики проводились по очереди. Их главной целью было – выявление клинических психотерапевтических эффект-синдромов (КПЭС) на основании анализа комплексов клинических, психологических, поведенческих проявлений, возникающих в процессе или в результате реализации того или иного метода, методики, техники психотерапии.

У контингентов с признаками СД были выявлены типовые, атипичные и интеркуррентные КПЭС.

К типовым КПЭС относятся гипноидный, каталептический, просоночный, психовегетативный, релаксационный, полиморфно-конформный.

Синдромы атипичные (парадоксальные) не могут быть планируемыми, однако их появление в процессе психотерапии возможно в случае стереотипного возникновения в ответ на психотерапевтическое вмешательство.

Появление интеркуррентных (патологических) синдромов следует расценивать как осложнение психотерапии.

Представленность проявлений КПЭС относительно их этологических паттернов отображена в табл. 3.

Распределение КПЭС среди контингентов мужчин и женщин 1 клинической группы

Проявления КПЭС относительно их этиологических паттернов

КПЭС	Группы КПЭС	Клинические проявления	Этиологические паттерны
1	2	3	4
Гипноидный	Синдромы типовые, нормальные	Сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы вне вербального контакта	гипокинезия, гипомимия
Каталептический		Резкое сужение сознания, гипокинезия, гипомимия, отсутствие реакции на сенсорные стимулы, двигательные феномены в системе произвольно регулируемой пояснично-полосатой мускулатуры акинетико-ригидного типа и сложные извне целенаправленные поведенческие акты согласно фабулы внушения	Каталепсия
Просоночный		Изменённое сенсорное восприятие окружающего с отсутствием возможности целенаправленной двигательной реакции и субъективной критической дифференцировки истинности того, что воспринимается	мимика растерянности
Психовегетативный	Синдромы типовые, нормальные	Вариант полнообъёмного субъективного чувственного спектра ощущений в соответствии с терапевтической фабулой с соответствующей эмоциональной аранжировкой	умеренное психо-эмоциональное потрясение
Релаксационный		Переживание состояния пассивного бодрствования и нейтрально-позитивного эмоционального фона с сохранной, но не задействованной возможностью активной экспрессивной реакции	агоничная поза
Гипомнестический		Снижение репродукции негативно изображённых переживаний с уменьшением их яркости и чувственной живости и изменение репродукции с нейтрализацией знака эмоционального сопровождения	мимика задумчивости
Полиморфно-конформный		Гиперконформные реакции и поведение, конгруэнтные терапевтической фабуле с гиперпозитивным эмоциональным реагированием	поза и мимика внимания, постоянный глазной контакт, улыбка

1	2	3	4
Истериформный	Синдромы атипичные, парадоксальные	Выраженная демонстративность с повышением экспрессивности, эмоциональной, двигательной, мимической, вегетативной, имфатико-интонационной активности в представлении болезненных переживаний с возможным изменением содержательной фабулы	мимика страдания, плача истерический смех, аутогруминг
Эксплозивный		Выраженная негативная, поведенческая вербальная, эмоциональная, невербальная реакция в процессе контакта с элементами агрессивности	агонистическое поведение, вербальная и переадресованная агрессия
«Аффективного мутизма»		Тотальная вербальная редукция (клинически близкая к психогенному мутизму) как спонтанная, так и вызванная, которая сопровождается гипермимическими и пантомимическими проявлениями	полиморфные мимические комплексы, мимика плача, повышенная моторика рук
Аверсивный		Выраженная вербальная, поведенческая с вегетативным сопровождением реакция неприятия в ходе терапевтического контакта	мимика отворачивания, презрения
Псевдопуэрильный	Синдромы атипичные, парадоксальные	Демонстрация вербальных и поведенческих инфантильно-регрессивных феноменов с сохранением контакта и содержанием ситуационного контроля	аутогруминг, смех, мимика хитрости, улыбка

У мужчин с РЛ в подгруппе 1.1 аверсивный КПЭС встречается с частотой – $3,5 \pm 4,8\%$, КПЭС «аффективного мутизма» встречается с частотой – $12,5 \pm 3,3\%$, гипноидный с частотой – $10 \pm 3,0\%$, гипомнестический – $5 \pm 2,2\%$, эйдетический – $17,5 \pm 3,8\%$, эксплозивный КПЭС встречается с частотой – $5 \pm 2,2\%$, истериформный КПЭС – $5 \pm 2,2\%$, каталептический с частотой – $5 \pm 2,2\%$, полиморфно-конформный – $5 \pm 2,2\%$, просоночный – $7,5 \pm 2,6\%$, псевдопуэрильный – $12,5 \pm 3,3\%$, психовегетативный – $17,5 \pm 3,8\%$, резистентный – $5 \pm 2,2\%$, релаксационный – $5,0 \pm 2,2\%$, «терапевтической паранойи» – $7,5 \pm 2,6\%$, фиксационный – $10 \pm 3,0\%$.

В подгруппе 1.2 среди женщин с условной психической нормой аверсивный КПЭС встречается с частотой – $2,5 \pm 1,6\%$, КПЭС «аффективного мутизма» с частотой – $2,5 \pm 1,6\%$, гипноидный – $20 \pm 4,0\%$, гипомнестический – $15 \pm 3,6\%$, эйдетический – $2,5 \pm 1,6\%$, эксплозивный КПЭС встречается с частотой – $2,5 \pm 1,6\%$, истериформный КПЭС – $7,5 \pm 2,6\%$, каталептический – $10 \pm 3,0\%$, полиморфно-конформный – $10 \pm 3,0\%$, просоночный – $5 \pm 2,2\%$, псевдопуэрильный – $7,5 \pm 2,6\%$, психовегетативный КПЭС – $22,5 \pm 4,2\%$, резистентный КПЭС – $15 \pm 3,6\%$, релаксационный КПЭС – $2,5 \pm 1,6\%$, «терапевтической паранойи» с частотой – $2,5 \pm 1,6\%$, фиксационный – $5 \pm 2,2\%$.

В подгруппе 1.3 среди женщин с РЛ аверсивный КПЭС встречается с частотой – $2,5 \pm 1,6\%$, «аффективного мутизма» – $5 \pm 2,2\%$, гипноидный – $2,5 \pm 1,6\%$, гипомнестический – $20 \pm 4,0\%$, эйдетический – $5 \pm 2,2\%$, эксплозивный с частотой – $15 \pm 3,6\%$, истериформный КПЭС – $10 \pm 3,0\%$, каталептический – $2,5 \pm 1,6\%$, полиморфно-конформный – $7,5 \pm 2,6\%$, просоночный – $2,5 \pm 1,6\%$, псевдопуэрильный – $17,5 \pm 3,8\%$, психовегетативный – $20 \pm 4,0\%$, резистентный – $20 \pm 4,0\%$, релаксационный – $5 \pm 2,2\%$, «терапевтической паранойи» – $7,5 \pm 2,6\%$, фиксационный – $15 \pm 3,6\%$.

В подгруппе 1.4 у мужчин с условной психической нормой аверсивные КПЭС встречаются с частотой – $7,5 \pm 2,6\%$, КПЭС «аффективного мутизма» встречается с частотой – $5 \pm 2,2\%$, гипноидный – $10 \pm 3,0\%$, гипомнестический – $2,5 \pm 1,6\%$, эйдетический – $5 \pm 2,2\%$,

эксплозивный – $5 \pm 2,2\%$, истериформный – $12,5 \pm 3,3\%$, каталептический с частотой – $10 \pm 3,0\%$, полиморфно-конформный – $12,5 \pm 3,3\%$, просоночный – $5 \pm 2,2\%$, псевдопуэрильный – $5 \pm 2,2\%$, психовегетативный КПЭС – $7,5 \pm 2,6\%$, резистентный – $7,5 \pm 2,6\%$, релаксационный – $5 \pm 2,2\%$, «терапевтической паранойи» – $2,5 \pm 1,6\%$, фиксационный КПЭС – $7,5 \pm 2,6\%$.

Таблица 4

Представленность КПЭС в 1 клинической группе обследованных (РЛ)

Выявленные КПЭС	Подгруппы обследованных (%)			
	1.1 (n = 40)	1.2 (n = 40)	1.3 (n = 40)	1.4 (n = 40)
Аверсивный	3,5±4,8	2,5±1,6	2,5±1,6	7,5±2,6
«Аффективного мутизма»	12,5±3,3	2,5±1,6	5±2,2	5±2,2
Гипноидный	10±3,0	20±4,0	2,5±1,6	10±3,0
Гипомнестический	5±2,2	15±3,6	20±4,0	2,5±1,6
Эйдетический	17,5±3,8	2,5±1,6	5±2,2	5±2,2
Эксплозивный	2,5±1,6	2,5±1,6	15±3,6	5±2,2
Истериформный	5±2,2	7,5±2,6	10±3,0	12,5±3,3
Каталептический	5±2,2	10±3,0	2,5±1,6	10±3,0
Полиморфно-конформный	10±3,0	10±3,0	7,5±2,6	12,5±3,3
Просоночный	7,5±2,6	5±2,2	2,5±1,6	5±2,2
Псевдопуэрильный	12,5±3,3	7,5±2,6	17,5±3,8	5±2,2
Психовегетативный	17,5±3,8	22,5±4,2	20±4,0	7,5±2,6
Резистентный	12,5±3,3	5±2,2	20±4,0	7,5±2,6
Релаксационный	5±2,2	2,5±1,6	5±2,2	5±2,2
«Терапевтической паранойи»	7,5±2,6	2,5±1,6	7,5±2,6	2,5±1,6
Фиксационный	10±3,0	5±2,2	15±3,6	7,5±2,6

Анализируя результаты клинико-психопсихологического исследования, подчеркнём, что в подгруппе 1.1 наиболее были представлены КПЭС – «аффективного мутизма», эйдетический, полиморфно-конформный, псевдопуэрильный, психовегетативный, резистентный, «терапевтической паранойи». В подгруппе 1.2 – гипноидный, гипомнестический, психовегетативный, резистентный. В подгруппе 1.3 – гипомнестический, exploзивный, истериформный, псевдопуэрильный, психовегетативный, резистентный, фиксационный. В подгруппе 1.4 – гипноидный, истериформный, полиморфно-конформный.

Распределение КПЭС среди контингентов мужчин и женщин 2 клинической группы представлено в сравнении (при $p \leq 0,05$) в табл. 5.

При проведении клинико-психопсихологического обследования мужчин подгруппы 2.1 регистрировались следующие КПЭС: аверсивный КПЭС встречается с частотой – $5 \pm 2,2\%$, КПЭС «аффективного мутизма» с частотой – $2,5 \pm 1,6\%$, гипноидный с частотой – $17,5 \pm 3,8\%$, гипомнестический – $7,5 \pm 2,6\%$, эйдетический – $2,5 \pm 1,6\%$, exploзивный КПЭС встречался с частотой – $5 \pm 2,2\%$, истериформный – $7,5 \pm 2,6\%$, каталептический с частотой – $12,5 \pm 3,3\%$, полиморфно-конформный – $5 \pm 2,2\%$, просоночный – $10 \pm 3,0\%$, псевдопуэрильный – $10 \pm 3,0\%$, психовегетативный – $10 \pm 3,0\%$, резистентный – $2,5 \pm 1,6\%$, релаксационный – $15 \pm 3,6\%$, «терапевтической паранойи» – $2,5 \pm 1,6\%$, фиксационный – $7,5 \pm 2,6\%$.

В результате обследования условно здоровых женщин подгруппы 2.2 регистрировались следующие КПЭС: аверсивный с частотой – $7,5 \pm 2,6\%$, «аффективного мутизма» с частотой – $2,5 \pm 1,6\%$, гипноидный – $17,5 \pm 3,8\%$, гипомнестический – $12,5 \pm 3,3\%$,

эйдетический – 2,5±1,6%, взрывной – 5±2,2%, истерический – 2,5±1,6%, каталептический с частотой – 7,5±2,6%, полиморфно-конформный – 5±2,2%, проночный с частотой – 20±4,0%, псевдоурильный КПЭС – 10±3,0%, психовегетивный – 12,5±3,3%, резистентный – 2,5±1,6%, релакционный – 27,5±4,5%, «терапевтической паранойи» – 2,5±1,6%, фиксационный КПЭС – 5±2,2%.

Таблица 5

Представленность КПЭС во 2 клинической группе обследованных (НР)

Выявленные КПЭС	Подгруппы обследованных (%)			
	2.1 (n = 40)	2.2 (n = 40)	2.3 (n = 40)	2.4 (n = 40)
Аверсивный	5±2,2	7,5±2,6	12,5±3,3	10±3,0
«Аффективного мутизма»	2,5±1,6	2,5±1,6	2,5±1,6	2,5±1,6
Гипноидный	17,5±3,8	17,5±3,8	25±4,3	22,5±4,2
Гипомнестический	7,5±2,6	12,5±3,3	5±2,2	10±3,0
Эйдетический	2,5±1,2	2,5±1,6	7,5±2,6	10±3,0
Взрывной	5±2,2	5±2,2	5±2,2	2,5±1,6
Истерический	7,5±2,6	2,5±1,6	2,5±1,6	7,5±2,6
Каталептический	12,5±3,3	7,5±2,6	7,5±2,6	3,5±4,8
Полиморфно-конформный	5±2,2	5±2,2	7,5±2,6	7,5±2,6
Проночный	10±3,0	20±4,0	17,5±3,8	30±4,6
Псевдоурильный	10±3,0	10±3,0	5±2,2	5±2,2
Психовегетивный	10±3,0	12,5±3,3	7,5±2,6	25±4,3
Резистентный	2,5±1,6	2,5±1,6	5±2,2	0
Релакционный	15±3,6	27,5±4,5	15±3,6	37,5±4,8
«Терапевтической паранойи»	2,5±1,6	2,5±1,6	2,5±1,6	2,5±1,6
Фиксационный	7,5±2,6	5±2,2	10±3,0	2,5±1,6

У женщин подгруппы 2.3 регистрировались следующие КПЭС: аверсивный КПЭС – 12,5±3,3%, «аффективного мутизма» встречается с частотой – 2,5±1,6%, гипноидный с частотой – 25±4,3%, гипомнестический – 5±2,2%, эйдетический – 7,5±2,6%, взрывной КПЭС встречается с частотой – 5±2,2%, истерический КПЭС – 2,5±1,6%, каталептический с частотой – 7,5±2,6%, полиморфно-конформный – 7,5±2,6%, проночный – 17,5±3,8%, псевдоурильный – 5±2,2%, психовегетивный – 7,5±2,6%, резистентный – 5±2,2%, релакционный – 15±3,6%, «терапевтической паранойи» – 2,5±1,6%, фиксационный – 10±3,0%.

У подгруппы 2.4: аверсивный – 10±3,0%, «аффективного мутизма» – 2,5±1,6%, гипноидный – 22,5±4,2%, гипомнестический – 10±3,0%, эйдетический – 10±3,0%, взрывной с частотой – 2,5±1,6%, истерический КПЭС – 7,5±2,6%, каталептический – 35±4,8%, полиморфно-конформный – 7,5±2,6%, проночный – 30±4,6%, псевдоурильный – 5±2,2%, психовегетивный – 25±4,3%, релакционный – 37,5±4,8%, «терапевтической паранойи» – 2,5±1,6%, фиксационный – 2,5±1,6%.

Таким образом, в подгруппе 2.1 наиболее представлены КПЭС – гипноидный, каталептический, проночный, псевдоурильный, психовегетивный, релакционный. В подгруппе 2.2 – гипноидный, гипомнестический, проночный, релакционный. В подгруппе 2.3 – аверсивный, гипноидный, проночный, релакционный. В подгруппе 2.4 – аверсивный, гипноидный, проночный, психовегетивный, релакционный.

При проведении клинико-психосоциологического обследования клинической группы 3 диагностированы следующие КПЭС (табл. 6) у женщин: аверсивный – 8±2,7%, «аффективного мутизма» – 4,0±2,0%, гипноидный – 20±4,0%, гипомнестический – 12±3,2%,

эйдетический – 2,0±1,4%, эксплозивный с частотой – 6±2,4%, истериформный КПЭС – 8±2,7%, каталептический с частотой – 18±3,8%, полиморфно-конформный – 10±3,0%, просоночный – 14±3,5%, псевдопуэрильный КПЭС – 6±2,4%, психовегетативный – 8±2,7%, резистентный – 4±2,0%, релаксационный – 18±3,8%, «терапевтической паранойи» – 2±1,4%, фиксационный – 2±1,4%; у мужчин – аверсивный – 6±2,4%, «аффективного мутизма» – 4±2,0%, гипноидный – 28±4,5%, гипомнестический – 8±2,7%, эйдетический – 8±2,7%, эксплозивный – 4±2,0%, истериформный – 8±2,7%, каталептический – 12±3,2%, полиморфно-конформный – 14±3,5%, просоночный – 18±3,8%, псевдопуэрильный – 2±1,4%, психовегетативный – 12±3,2%, резистентный – 2±1,4%, релаксационный – 10±3,0%, «терапевтической паранойи» – 2±1,4%, фиксационный – 6±1,4%.

Таблица 6

Представленность КПЭС в 3 клинической группе обследованных

Выявленные КПЭС	Подгруппы обследованных (%)	
	3.1 (n = 50)	3.2 (n = 50)
Аверсивный	8±2,7	6±2,4
«Аффективного мутизма»	4±2,0	4±2,0
Гипноидный	20±4,0	28±4,5
Гипомнестический	12±3,2	8±2,7
Эйдетический	2±1,4	8±2,7
Эксплозивный	6±2,4	6±2,4
Истериформный	8±2,7	8±2,7
Каталептический	18±3,8	12±3,2
Полиморфно-конформный	10±3,0	14±3,5
Просоночный	14±3,5	18±3,8
Псевдопуэрильный	6±2,4	6±2,4
Психовегетативный	8±2,7	12±3,2
Резистентный	4±2,0	4±2,0
Релаксационный	18±3,8	10±3,0
«Терапевтической паранойи»	2±1,4	2±1,4
Фиксационный	2±1,4	6±2,4

Выводы. Были выделены и проанализированы компоненты психотерапевтической диагностики: психотерапевтическая беседа, клинико-этологическая диагностика, сбор психоанамнеза, клинико-психопатологическое исследование, диагностика КПЭС, ракурсное клинико-психопатологическое исследование. Проведено специализированное клинико-психопатологическое обследование пациентов с СД. Особое внимание уделялось формированию психотерапевтического контакта в беседе, а также клинико-этологической диагностике во время психотерапевтического контакта.

Полученные результаты позволяют дополнить представления о клинико-психопатологическом статусе лиц с семейной дезадаптацией для формулирования психотерапевтического диагноза и подбора конгруэнтных метод / методик психотерапии.

Литература:

1. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков. – М.: Едиториал УРСС, 2004. – 256 с.
2. Агишева Н. К. Психологическая несовместимость и конфликтологическая некомпетентность в супружеской жизни / Н. К. Агишева // Международный медицинский журнал. – 2007. –Т. 13. – № 4. - С. 6 – 9.

3. Аккерман Н. Семья как социальная и эмоциональная единица. Семейная психотерапия. – СПб.: Питер, 2000. – С. 17 – 27.
4. Андреева Т. В. Семейная психология : учеб. пособие / Т. В. Андреева. – СПб. : Речь, 2004. – 244 с.
5. Гришина Н. В. Психология конфликтов / Н. В. Гришина. – СПб. : Питер, 2003. – 464 с.
6. Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, № 2. – С. 3 – 8.
7. Donner M. B. Balancing Confidentiality: Protecting Privacy and Protecting the Public / M. B. Donner, L. VanderCreek, J. C. Gonsiorek // Professional Psychology: Research and Practice. – 2008. – Vol. 39, № 3. – P. 369 – 376.
8. Wurn L. J. Improving sexual function in patients with endometriosis via a pelvic physical therapy / L. J. Wurn, B. F. Wurn, C. R. King, A. S. Roscow, E. S. Scharf, J. J. Shuster // Fertil Steril. – 2006. – Vol. 86, № 2. – P. 29 – 30.

References:

1. Agarkov S. T. Marital maladjustment. - Moscow: Editorial UkrRSS, 2004. - 256 p. (Rus.)
2. Agisheva N. K. Psychological incompatibility and conflictological incompetence in married life // Intern. Med. J. – 2007. - Vol. 13.- N 4.-P. 6 – 9 (Rus.).
3. Akkerman N. Family as a social and emotional unit. Family psychotherapy.- St.Petersburg: Piter, 2000.- P. 17 – 27 (Rus.).
4. Andreeva T. V. Family psychology.- StPetersburg: Rech, 2004. – 244 p. (Rus.)
5. Grishina N. V. The psychology of conflic.- St. Petersburg: Piter, 2003.-464 p. (Rus.)
6. Krishtal V. V. Systemic family therapy of disorders family health // Med. Psychol. - 2003.- Vol. 2, N 2.- P. 3 – 8 (Rus.).
7. Donner M. B., VanderCreek L., Gonsiorek J. C. Balancing Confidentiality: Protecting Privacy and Protecting the Public?//Profes. Psychology: Research and Practice.- 2008.- Vol. 39, N 3.- P. 369 – 376.
8. Wurn L. J., Wurn B. F., King C. R., Roscow A. S., Scharf E. S., Shuster J. J. Improving sexual function in patients with endometriosis via a pelvic physical therapy// Fertil Steril..- 2006. - Vol. 86, N 2. - P. 29 – 30.

Работа поступила в редакцию 01 сентября 2016 г.

Рекомендовао к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 612.12-02:616.711/.714-001-036.8-085.322]-092.9

А. М. Серватович

**ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ ЦИТОЛІЗУ В ПАТОГЕНЕЗІ ПЕРІОДУ ПІЗНІХ
ПРОЯВІВ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ ПІСЛЯ КРАНІОСКЕЛЕТНОЇ ТРАВМИ ТА
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЙОГО КОРЕКЦІЇ ФІТОЗБОРОМ**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»

Summary. Servatovych A. M. **FEATURES OF THE CYTOLYSIS PROCESS IN THE PATHOGENESIS OF THE LATE MANIFESTATIONS OF TRAUMATIC DISEASE AFTER CRANIO-SKELETAL INJURY AND EFFECTIVENESS OF ITS CORRECTION BY PHYTOMIXTURE.** Cranio-skeletal injury during the late manifestations of traumatic disease