Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**

**УКРАЇНСЬКИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ**

**СОЦІАЛЬНОЇ І СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ**

**РАХМАН ЛЮДМИЛА ВОЛОДИМИРІВНА**

УДК: 616.89-008.442-02:616.895.7]-036-08

**КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ТЕРАПІЯ СЕКСУАЛЬНИХ ПОРУШЕНЬ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ**

14.01.16 – психіатрія

Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня

кандидата медичних наук

Київ – 2008

Дисертацією є рукопис

Робота виконана у Львівському національному медичному університеті

імені Данила Галицького МОЗ України

Науковий керівник доктор медичних наук, професор **Влох Ірина Йосипівна,** Львівськийнаціональний медичний університет імені Данила Галицького МОЗУкраїни, кафедра психіатрії, психології та сексології, завідувач кафедри

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор **Сонник Григорій Трохимович,** Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, професор кафедри

доктор медичних наук, професор **Чабан Олег Созонтович**, Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, відділ соціальної та екстремальної психіатрії, сектор соціальних проблем пограничних станів та соматоформних розладів, завідувач сектору

Захист відбудеться «18» вересня 2008 р. о 10 годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.620.01 в Українському науково-дослідному інституті соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за адресою: 04080, м. Київ, вул. Фрунзе, 103

Автореферат розісланий «12» серпня 2008 р.

Вчений секретар

спеціалізованої вченої ради,

доктор медичних наук Н.О.Дзеружинська

1

**ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ**

**Актуальність теми.** Шизофренія частіше, ніж інші психози, стає причиною сексуальних порушень (СП) (В. В. Кришталь, 2008; Г. Т.Сонник, 2005; М.Modai, I.Landa, 2001). Розлади в сексуальній сфері у хворих на параноїдну шизофренію мають складні механізми розвитку, які обумовлені поєднанням біологічних, психологічних і соціальних факторів (В.В.Кришталь, 2008). З одного боку, прямий пригнічуючий вплив головного мозку на спінальні центри та надмірне збудження симпатичної нервової системи призводить до підвищення тонусу гладкої мускулатури, а також пошкодження інсулінових рецепторів та внутрішньоклітинних процесів імпульсації (G.C.Lyketsos, P.Mailis, 2001). З іншого – опосередкована дія через порушення в афективній сфері у хворих на шизофренію, що виявляється у зниженні настрою, самооцінки, відсутності інтересу до соціального спілкування з намаганням ізолюватися (Н.А.Марута, 2007; М.І.Винник, 2007; А.А.Зайцев, 2004; Г.Я.Пилягина, 2003; Н.Г.Пшук, 2003; A.Roy, 2003; Є.Г.Сонник, 2001). Характер емоційних комунікацій з найближчим оточенням, особливо з сім’єю, відіграє важливу роль в перебігу шизофренії. Високий рівень негативних емоцій, надмірно критична позиція по відношенню до хворого суттєво погіршують стан (М.В.Маркова, 2007). Виникнення СП на фоні афективних розладів у хворих на шизофренію часто є загрожуючим фактором стабільності сім’ї, тому являє собою не лише медичну, але і серйозну соціальну проблему (В.В.Кришталь, 2008; О. К. Напрєєнко, 2006; В.Я.Пішель, 2006; С.І.Табачніков, 2004; П. Г.Андрух, 2003; О.М.Годзенко , Б.В.Михайлов, 2001).

Наукові дослідження останніх років свідчать про важливу патогенетичну роль метаболічних змін при СП (І.Й.Влох , Р. І.Білобривка, 2006; L.Citrome, L.Blonde, C.Damatarca, 2005). Літературні дані, які вказують на наявність порушень вуглеводного обміну при СП, не розглядають питання про функціональний стан піруватдегідрогеназної (ПДГ) системи у хворих із СП в структурі шизофренії, а також їх зміни в процесі лікування (D. Henderson, E. Cagliero, P. Copeland, 2005).

Корекція СП повинна враховувати парний характер сексуальної функції, бути комплексною, у лікуванні не повинно бути гендерних пріоритетів, оскільки проблема як чоловічої, так і жіночої сексуальної дисфункції залучає обидвох партнерів та привносить психологічний дискомфорт на рівні сексуального, сімейного та соціального функціонування (Г. Т.Сонник, 2006; О. С.Чабан, 2006; R.Elk, B.J.Dickman, A.F.Teggin, 2006; В.В.Кришталь, 2005; M.C.Mauri, G.I. Hogarty, 2004; Є.Г.Сонник, 2001). Незважаючи на наявність в сучасній медицині великої кількості спеціалізованих терапевтичних програм щодо лікування СП при шизофренії,

2

ефективність їх, на жаль, залишається недостатньою.

Все вищезазначене зумовлює актуальність та доцільність представленого дисертаційного дослідження.

**Зв’язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота виконана відповідно до плану науково–дослідної роботи кафедри психіатрії, психології та сексології і сектору біофізики Центральної науково–дослідної лабораторії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького МОЗ України за темою “Дослідження механізмів розвитку іонних мембранопатій” (№ державної реєстрації 0198U00877).

**Мета і задачі дослідження.** Мета роботи –на підставі клініко–психопатологічного і сексологічного досліджень розробити комплекс терапевтичних заходів для корекції сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію.

Для досягнення поставленої мети були визначені основні задачі:

1. Вивчити клінічні особливості сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію.
2. Проаналізувати психопатологічні прояви при сексуальних порушеннях у хворих на параноїдну шизофренію.
3. Вивчити особливості та встановити зв’язок між порушеннями вуглеводного обміну і основними клініко–психопатологічними характеристиками сексуальних порушень у хворих досліджуваних груп.
4. Розробити комплекс терапевтичних заходів для корекції сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію.
5. Оцінити ефективність запропонованих методів лікування сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію.

*Об’єкт дослідження* – сексуальні порушення у хворих на параноїдну шизофренію.

*Предмет дослідження* **–** клініко–психопатологічні особливості сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію.

*Методи дослідження***:** клініко–психопатологічний, сексологічний, лабораторно–біохімічний, статистичний.

Клініко–психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом стандартизованого інтерв'ю та спостереження. До його структури входило ретельне дослідження анамнезу, кількісна та якісна оцінка скарг, проявів психопатологічної симптоматики та вивчення медичної документації для верифікації психічного стану пацієнтів з сексуальними порушеннями при параноїдній шизофренії та динаміки патологічного процесу з використанням діагностичних критеріїв МКХ–10, а також для проведення комплексного

3

аналізу ефективності запропонованих методів терапії.

З метою психометричної оцінки шизофренічної симптоматики у хворих використовувалася стандартизована шкала PANSS, оцінка афективних розладів проводилася за допомогою стандартизованої шкали Гамільтона (HAMD–21).

При аналізі сексуальних порушень у обстежених категорій пацієнтів використовувалася стандартна шкала “Сексуальна формула чоловіча” (СФЧ), тип статевої конституції чоловіків досліджували за методикою Г.С. Васильченка (1990). Для оцінки та порівняння терапевтичного ефекту застосовувалася шкала загального клінічного враження (CGI).

Вивчення стану вуглеводного обміну у хворих з СП при параноїдній шизофренії та в контрольних групах здійснювалося за допомогою піруватемічного, піруватуричного і піруватдегідрогеназного тестів на толерантність до глюкози.

Статистичним методом проведено порівняльну обробку отриманих даних з використанням t–критерія Стьюдента для встановлення достовірних відмінностей між показниками в основній та контрольних групах.

**Наукова новизна одержаних результатів.** В результаті дисертаційного дослідження вперше була виконана комплексна оцінка клініко–психопатологічних особливостей СП у хворих на параноїдну шизофренію. Вперше встановлено, що розлади афективної сфери депресивного регістру в структурі параноїдної шизофренії визначають клініко–психопатологічні особливості СП. Вперше вивчено особливості вуглеводного обміну та здійснено патогенетичну інтерпретацію виявлених змін при СП у хворих на параноїдну шизофренію.

Вперше розроблено і впроваджено у практику комплекс терапевтичних заходів для корекції СП у хворих на параноїдну шизофренію. Вперше встановлено позитивний вплив розроблених методів лікування на СП, афективні розлади та стан вуглеводного метаболізму у хворих на параноїдну шизофренію.

Вперше запропоновано комплексний підхід до подолання СП, обґрунтовано доцільність проведення корегуючої терапії в сексуальній парі, в якій чоловік страждає параноїдною шизофренією, що створило додатковий ресурс в лікуванні СП та покращення якості життя в даного контингенту хворих.

**Практичне значення одержаних результатів.** В результаті дисертаційної роботи запропоновано та впроваджено в клінічну практику комплекс терапевтичних заходів для лікування хворих із СП при параноїдній шизофренії. Доведено ефективність застосування поряд із базовою нейролептичною терапією антидепресантів групи селективних інгібіторів

4

зворотнього захоплення серотоніну та психотерапевтичних методів при корекції СП у хворих на параноїдну шизофренію. Обґрунтовано доцільність проведення корегуючої терапії в сексуальній парі, в якій чоловік страждає параноїдною шизофренією.

Розроблений комплекс терапевтичних заходів в лікуванні хворих із СП був впроваджений в роботу Львівського міського сексологічного центру, стаціонарні відділення комунального закладу “Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня”, в практичну роботу відділень Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева, Івано–Франківської обласної психіатричної лікарні № 3. Основні результати, отримані в ході дисертаційного дослідження, використовуються в науково–дослідній роботі і навчальному процесі кафедри психіатрії, психології та сексології та кафедри біохімії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького.

**Особистий внесок дисертанта.** Дисертантом самостійно запропонована і сформульована наукова задача, особисто проаналізовано її актуальність та ступень вивчення в Україні та за кордоном. Самостійно виконано клініко–психопатологічне, сексологічне та лабораторно–біохімічне обстеження хворих. Особисто встановлено та інтерпретовано результати досліджень, опрацьовано дані медичної документації, проведено статистичну обробку, написано всі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні рекомендації.

Особистий внесок здобувача до публікацій у наукових фахових виданнях, затверджених ВАК України, які написані у співавторстві, полягав у наступному: у роботах № 5, 11 (згідно зі списком праць, наведеному наприкінці автореферату) самостійно організовано підбір тематичних хворих та встановлено клінічні результати; у роботах № 3, 6 особисто проведено збір первинного матеріалу та аналіз отриманих результатів; у статтях № 4, 7, 8, 9 самостійно проведено планування дослідження, підбір тематичних хворих, інтерпретація статистичних даних.

**Апробація результатів дисертації.** Основні положення дисертації були представлені на: Пленумі Правління науково–медичного товариства неврологів, психіатрів і наркологів України (Тернопіль, 2001 р.), Всеукраїнській науково–практичній конференції психіатрів з міжнародною участю “Реабілітація і подолання стигматизації в психіатрії” (Львів, 2001 р.), Всеукраїнській науково–практичній конференції з міжнародною участю “Нова психофармакологія і прогрес в психіатрії” (Львів, 2004 р.), засіданнях обласного наукового товариства психіатрів (2004–2006 рр.), спільних засіданнях кафедр психіатрії, психології та сексології, біохімії та сектору біофізики Центральної науково–дослідної лабораторії Львівського

5

національного медичного університету імені Данила Галицького (Львів, 2005–2008 рр.).

**Публікації.** За матеріалами дисертаційного дослідження опубліковано 12 наукових праць, в тому числі 9 статей у спеціалізованих фахових виданнях згідно переліку ВАК України (2 наукові праці одноособові), 1 – тези конференції, 1 – навчальний посібник, отримано 1 деклараційний патент на корисну модель.

**Обсяг та структура роботи.** Дисертація викладена на 159 сторінках машинописного тексту (основного тексту – 120 сторінок). Робота складається з вступу, п’яти розділів (огляд літератури, матеріали і методи дослідження, три розділи з викладенням результатів власних досліджень), аналізу та узагальнення отриманих результатів дослідження, висновків, списку використаної літератури з 225 джерел (113 вітчизняних та авторів СНД і 112 зарубіжних). Матеріали роботи ілюстровані 29 таблицями,
8 рисунками, 2 додатками.

**ОСНОВНИЙ ЗМІСТ**

В основу роботи покладено результати комплексного клініко–психопатологічного, сексологічного та лабораторно–біохімічного дослідження 117 чоловіків з діагнозом параноїдна шизофренія, у яких на фоні афективних розладів спостерігалися СП*.* Нозологічна діагностика базувалась на критеріях МКХ–10. На час дослідження пацієнти знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділеннях № 20 та № 16 Львівської обласної державної клінічної психіатричної лікарні. Перебіг параноїдної шизофренії на момент дослідження характеризувався етапом становлення ремісії. Всі пацієнти перебували в шлюбі, у сексологічне дослідження залучалася подружня пара.

В дослідження були включені дві контрольні групи. Першу групу складали 30 добровольців віком від 30 до 45 років, соматично та психічно здорових, без факторів ризику щодо розвитку цукрового діабету. У другу контрольну групу було залучено 30 чоловіків з діагнозом параноїдна шизофренія, без СП і будь–якої соматичної супутньої патології та без факторів ризику щодо розвитку цукрового діабету. Афективна симптоматика в даній контрольній групі проявлялася у вигляді субдепресивного стану з чітким вираженням в структурі гострого психотичного приступу. Середня оцінка по шкалі PANSS становила 77,9 ± 8,1 бал, за шкалою Гамільтона отримано середній бал 14,4 ± 1,2. У відповідності з оцінкою по шкалі CGI стан більшості пацієнтів (26 хворих – 86,7*%*) був визначений як виражена форма захворювання, загальний бал в даній групі становив
5,1 ± 0,13. Загальний показник по шкалі СФЧ становив 25,4 ± 2,7 балів. Статева конституція у 8 чоловіків (26,7*%*) була середньою, у 22 (73,3 *%*)–

6

сильною.

Всі обстежені хворі основної групи були розподілені на 3 групи відповідно до характеристики порушень в афективній сфері: в першій групі характерними були тривожно–депресивні розлади, у пацієнтів другої групи відмічалися депресивні порушення із апатичним компонентом, депресивно–іпохондрична симптоматика спостерігалася в пацієнтів третьої групи. Групи були співмірними за віком, рівнем освіти та тривалістю захворювання.

В першу групу було включено 43 хворих на параноїдну шизофренію. Середня оцінка по шкалі PANSS становила 82,4 ± 11,4 бали, за шкалою Гамільтона отримано середній бал 25,5 ± 2,2. У відповідності з оцінкою по шкалі CGI стан більшості пацієнтів (32 хворих – 74,4*%*) був визначений як виражена форма захворювання, загальний бал в даній групі становив
5,6 ± 0,48.

Клінічна картина афективних порушень у хворих першої групи визначалася наявністю тривожно–депресивної симптоматики. На фоні пригніченого настрою 35 пацієнтів (81,4*%*) висловлювали скарги на руховий неспокій, в 28 осіб (65,1*%*) – спостерігалась різка ажитація. Почуття вини переживав 41 пацієнт (95,3*%*), фобії виявлено у 31 хворого (72,1*%*). Всі пацієнти мали порушення сну. В 39 хворих (90,7*%*) були присутні вегетативні розлади, на головокружіння скаржилися 38 осіб (88,4*%*), гіпергідроз – 25 (58,1*%*), приступи задухи були у 27 чоловіків (62,8*%*), головний біль та неприємні відчуття в ділянці серця відмічав 31 пацієнт (72,1*%*), дискомфорт в абдомінальній зоні виявляли 27 осіб (62,8*%*), біль в попереку зустрічався в 32 пацієнтів (74,4*%*).

При вивченні СП виявлено, що зниження лібідо було присутнє у всіх досліджуваних даної групи. Гіпо- та аноргазмію під час обстеження встановлено у 39 пацієнтів (90,7*%*). Відсутність оргазмічних відчуттів виявили 33 особи (76,7*%*), пригнічення оргазму – 6 пацієнтів (14*%*). Порушення ерекції встановлено у 22 чоловіків (51,2*%*), з них повна відсутність ерекції спостерігалася в 18 пацієнтів (41,9*%*), явища гіпоерекції – у 7 чоловіків (16,3*%*). Прискорена еякуляція була в 19 чоловіків (44,2*%*). Значна група – 32 особи (74,4*%*) – мала поєднані сексуальні розлади – гіпоерекцію та прискорену еякуляцію, прискорену еякуляцію та порушення оргазмічних відчуттів, в кожному з випадків це супроводжувалося зниженням лібідо.

В ході обстеження з використанням стандартної шкали СФЧ встановлено, що загальний показник становив 18,7 ± 1,6 балів. Статева конституція у 33 чоловіків (76,7*%*) була слабкою, у 10 (23,3*%*) – середньою.

Середня оцінка по шкалі PANSS в пацієнтів другої групи (44 особи) становила 79,1±9,6 балів, за шкалою Гамільтона отримано середній бал
29,2 ± 1,3. У відповідності з оцінкою по шкалі CGI стан більшості пацієнтів

7

(37 хворих – 84,1*%*) був визначений як виражена форма захворювання, загальний бал становив 5, 44 ± 0, 32.

Характерним у клініці афективних порушень у всіх хворих обстежуваної групи було те, що на фоні депресивного стану спостерігався апатичний компонент з переживанням втрати зацікавленості до подій у власному житті, байдужістю до проблем сім’ї. У 18 хворих (40,9*%*) домінувала думка про власну неповносправність, у 41 пацієнта (93,2*%*) характерною ознакою виявлено виснажуваність психічної діяльності, що проявлялася суб’єктивним переживанням зниження пам’яті і працездатності, 40 пацієнтів (90,9*%*) виявляли вегетативні розлади із відчуттям дискомфорту в тілі. Розлади сну, які характеризувалися гіперсомнією з неможливістю встати з ліжка, виснажливою сонливістю на протязі дня, відсутністю відчуття відпочинку після нічного сну, виявлено у 36 хворих (81,8*%*).

Дослідження особливостей сексуальних порушень у пацієнтів другої групи показало, що зниження лібідо було у 42 хворих (95,5*%*), гіпо- та аноргазмія – у 37 пацієнтів (84,1*%*), відсутність оргазмічних відчуттів – у 15 осіб (34,1*%*), пригнічення оргазму – у 22 пацієнтів (50,0*%*). Порушення ерекції виявлено у 21 чоловіка (47,7*%*), з них анерекція спостерігалася в 5 чоловіків (11,4*%*), гіпоерекція – у 16 пацієнтів (36,4*%*) , в 2 (4,5*%*) виявлена ретардована еякуляція. У 34 осіб (77,3*%*) були наявні поєднані сексуальні розлади, в основному відмічалися гіпоерекція та порушення оргазмічних відчуттів, в кожному з випадків це супроводжувалося зниженням лібідо.

В ході проведеного дослідження з використанням шкали СФЧ було виявлено наступне: загальний показник становив 17,2 ± 1,2 бали. Статева конституція у 30 чоловіків (68,2*%*) була слабкою, у 14 (31,8*%*) – середньою.

 Середня оцінка по шкалі PANSS в пацієнтів третьої групи (30 хворих) становила 87,4±10,2 бали, за шкалою Гамільтона отримано середній бал
26,7 ± 3,5. У відповідності з оцінкою по шкалі CGI стан більшості пацієнтів (25 хворих – 83,3*%*) був визначений як виражена форма захворювання, загальний бал становив 5,8 ± 0,24.

Стрижневим компонентом в структурі афективних порушень у хворих третьої групи були ознаки депресивно–іпохондричного синдрому. Генералізований страх виявлено у 25 пацієнтів (83,3*%*). Порушення структури сну спостерігалося у 22 осіб (73,3*%*), причинами безсоння в вечірній час слугували явища своєрідної візуалізації уявлень (калейдоскоп думок), які перш за все стосувалися побоювання за своє здоров’я, 8 пацієнтів (26,7*%*) страждали від раннього пробудження, нав’язливих думок та страхів в передранковий час. Відсутність зацікавленості до подій у власному житті, інтересу в соціальних інтеракціях виявлено у 26 пацієнтів (86,7*%*). Деяка

8

оживленість, емоційний підйом виявлялися лише в ході розпитування про стан здоров’я, загалом хворі залишалися відгородженими, емоційно–холодними. Депресивно–іпохондрична симптоматика у 28 пацієнтів (93,3*%*) супроводжувалася вегетативними розладами.

В процесі дослідження СП у хворих третьої групи було встановлено, що зниження лібідо було у 27 хворих (90,0*%*). Порушення оргазму виявлено у 18 пацієнтів (60,0*%*), аноргазмія встановлена у 7 осіб (23,3*%*), гіпооргазмія – у 11 пацієнтів (36,7*%*). Порушення ерекції відмічалось у 18 чоловіків (60,0*%*), анерекція –в 3 пацієнтів (10,0*%*), гіпоерекція – у 15 (50,0*%*). Еякуляторні розлади спостерігалися в 12 випадках (40,0*%*), передчасна еякуляція була у 9 осіб (30,0*%*), відтермінована – в 3 (10,0*%*). Поєднані сексуальні розлади виявлені у 23 осіб (76,7*%*). В основному відмічалися гіпоерекція та порушення оргазмічних відчуттів, в кожному з випадків це супроводжувалося зниженням лібідо. Всі пацієнти висловлювали скарги на зниження статевого потягу з чисто формальним занепокоєння з приводу СП, з невизначеним або “байдужим” типом реагування, та відсутністю конструктивних прагнень щодо усунення сексуальних проблем.

Загальний показник по шкалі СФЧ становив 17,9 ± 2,8 балів. Статева конституція у 23 чоловіків (76,7*%*) була слабкою, у 7 (23,3*%*) – середньою.

 Дослідження функціонального стану ПДГ–системи проводилося в два етапи: на час становлення ремісії параноїдної шизофренії (10–12 тиждень) та після закінчення активного лікування (22–24 тиждень).

Результати обстеження в першій контрольній групі показали фізіологічну перевагу інсулінової активності та урівноваження процесів гліколізу та глюконеогенезу на 120 хвилині глюкозотолерантного тесту. Отримані дані в другій контрольній групі засвідчили перевагу стану ПДГ– гіпотолерантності компенсованої, що свідчить про дизрегуляцію процесів вуглеводного метаболізму.

Встановлено, що при СП, які поєднуються з афективними розладами тривожно–депресивного характеру спостерігається стан ПДГ–гіпертолерантності із реактивною гіперконтррегуляцією (р<0,05).

Аналіз параметрів активності ПДГ–системи у пацієнтів другої групи у порівнянні з даними контрольних груп вказує на наявність істотної ПДГ недостатності (р<0,05) та порушення гормональної інтеграції процесів гліколізу та глюконеогенезу, що клінічно корелює з апато–депресивними проявами.

Аналіз отриманих показників активності ПДГ–системи свідчить про наявність прихованої інсулінової недостатності і діабетичну спрямованість вуглеводного метаболізму (р<0,05) третьої групи хворих, у яких виявляється депресивно–іпохондрична симптоматика.

9

Терапевтичний підхід в лікуванні СП при афективних розладах у хворих на параноїдну шизофренію базувався на принципах єдності біологічних та психосоціальних факторів, носив сходинчастий характер, включав різноманітність проводимих заходів (психофармакологічних, психотерапевтичних) та доповнювався найважливішим принципом парності, коли в процес лікування залучалася дружина хворого.

З метою корекції СП при афективних розладах у хворих на параноїдну шизофренію була розроблена терапевтична схема, яка включала поряд із базовою антипсихотичною терапією застосування антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (СІЗЗС) та психотерапевтичну корекцію, а саме, проведення сімейної, когнітивно–біхевіоральної, елементів раціональної психотерапії та тренінгів (комунікативного, сексуально–еротичного). Тривалість стаціонарного етапу лікування становила 10–12 тижнів, амбулаторного – 12 тижнів.

Для вивчення ефективності вищезазначених заходів всі обстежені пацієнти були розділені на 3 підгрупи (А, В і С) в залежності від схеми лікування.

# *Таблиця 1*

**Розподіл досліджуваних хворих на підгрупи в залежності**

**від схеми лікування**

|  |  |
| --- | --- |
| Групи | Кількість хворих в залежності від схеми лікування  |
| Підгрупа А | Підгрупа В | Підгрупа С |
| Базова терапія, абс. к-сть (*%*) | Базова терапія, СІЗЗС,абс. к-сть (*%*) | Базова терапія, СІЗЗС, комплекс психотерапевтичних заходів,абс. к-сть (*%*) |
| І | 17 (40,5*%*) | 12 (32,5*%*) | 14 (36,8*%*) |
| ІІ | 13 (30,9*%*) | 16 (43,2*%*) | 15 (39,5*%*) |
| ІІІ | 12 (28,6*%*) | 9 (24,3*%*) | 9 (23,7*%*) |
| Разом | 42 (100*%*) | 37 (100*%*) | 38 (100*%*) |

Підгрупи були співмірними за основними клінічними характеристиками.

На етапі періоду активного лікування 57 (48,7*%*) хворих отримували рісперідон в середньодобовій дозі 3,45 мг. Нейролептики першої генерації призначалися у випадку наявності в анамнезі терапевтичної резистентності або низької ефективності атипових антипсихотиків. Застосовувалися хлорпромазин в середньодобовій дозі 270,3 мг – 45(38,5*%*) хворих, галоперидол 18,1 мг на добу – 52 пацієнти (44,4*%*), нейролептики

10

пролонгованої дії (галоперидолу деканоат – 49 осіб (41,9*%*), модітен–депо – 36 пацієнтів (30,8*%*)).

Сертралін застосовувався у вигляді таблеток в дозі 50 мг добово в один прийом.

При виборі психотерапевтичних методів було дотримано принципів системності (вплив на когнітивний, афективний та поведінковий компоненти), комплексності (застосування різних психокорекційних програм та методів у поєднанні з медикаментозним лікуванням основного захворювання чоловіків), диференційованості (відповідно до форми, вираженості та клінічних проявів СП), послідовності, етапності, поінформованості подружжя в питаннях сексу та характеру міжособистісних стосунків. Психотерапія проводилася на протязі 12 тижнів, в процесі психотерапевтичних сесій покращувалася реалізація сексуальної функції в чоловіка, в той же час відбувалася перебудова психологічних настанов подружжя і вироблення нових адекватних навичок спілкування, в тому числі і сексуального. Завдяки цьому у дружини хворого формувалися нові адаптаційні механізми щодо хвороби чоловіка. Таким чином було досягнуто основного завдання – підвищення психосексуальної задоволеності в парі. Психотерапевтична корекція здійснювалася у три етапи: інформаційний, етап вироблення настанови і етап навчання.

На інформаційному етапі з метою підвищення рівня інформованості в питаннях міжособистісного спілкування та психогігієни сексуального життя використовувались елементи раціональної психотерапії у формі бесід з використанням методик переконування, роз’яснення, підтримки.

Етап вироблення настанови полягав у включенні як основного методу когнітивно–біхевіоральної психотерапії з метою інформування та навчання побудови спілкування в сексуальній парі, вміння виходити із конфліктних ситуацій. В ході занять було проведене навчання партнерської тактики у формі комунікації, яка запобігає можливим конфліктам, напруженості в стосунках. Умовою успішного закінчення даного етапу було вироблення настанови щодо участі в лікувальному процесі обох з подружньої пари. На етапі навчання використовувалися поведінкові стратегії, відпрацьовувалися прийоми спілкування, проводилися тренінги – комунікативний, а на закінчення курсу психокорекції – сексуально–еротичний тренінг.

В першій групі хворих внаслідок проведеного лікування відмічалося покращення психічного стану, а саме, середнє значення по шкалі PANSS знизилося на 23,7*%* (р<0,05) у пацієнтів підгрупи А, на 28,5*%* (р<0,05) в підгрупі В та на 28,9*%* (р<0,05) в підгрупі С. За шкалою Гамільтона позитивна динаміка симптоматики відповідно у підгрупах була такою: підгрупа А – зниження на 10,8*%*, підгрупа В – на 30,9*%* (р<0,05), підгрупа
11

С – на 42,9*%* (р<0,05). За шкалою CGI покращення показників становило відповідно по підгрупах – 27,7*%* (р<0,05), 38,1*%* (р<0,05) та 43,6*%* (р<0,05).

За даними проведеного анкетування в динаміці з використанням стандартної шкали СФЧ відмічено наступні зміни: загальний показник в підгрупі А зріс на 3,1*%*, в підгрупі В на 12,3*%*, в підгрупі С – на 26,7*%* (р<0,05). Пацієнти підгрупи А виявляли повільну динаміку щодо СП. Всі вони скаржилися на зниження інтенсивності оргазмічних відчуттів. Пацієнти підгрупи В відмічали незначну позитивну динаміку, яка загалом носила нестабільний характер. При поєднаних сексуальних розладах ефект терапії був відсутнім. В даній підгрупі гіполібідеміявиявлена у 5 хворих (11,6*%*), оргазмічні відчуття в динаміці покращилися у 2 хворих (4,6*%*), еректильна складова нормалізувалася у 1 чоловіка (2,3*%*). При вивченні динаміки СП після проведеного лікування було виявлено, що в підгрупі С відмічено істотне покращення. На фоні швидкої редукції тривожно–депресивної симптоматики з’являлося відчуття впевненості в собі, зростав рівень самооцінки, поновлювався інтерес до соціальних інтеракцій, в тому числі і сексуальне бажання. У 13 пацієнтів (30,2*%*) відновилося лібідо, в 1 хворого (2,3*%*) динаміки щодо сексуального бажання не відмічено. При цьому відчутне покращення наступало на 14–15 тиждень терапії. В процесі лікування відновилися оргазмічні відчуття у 6 пацієнтів (13,9*%*), гіпооргазмія виявлена у 8 хворих (18,6*%*). Ерекція покращилася у 7 чоловіків (16,3*%*), еякуляція нормалізувалася у 7 чоловіків (16,3*%*). У випадку поєднаних розладів сексуального функціонування позитивна динаміка відмічалася на 18–19 тиждень дослідження, в першу чергу нормалізувалася психоемоційна складова копулятивного циклу.

В другій групі пацієнтів в процесі лікування середнє значення по шкалі PANSS знизилося на 14,9*%* (р<0,05) в підгрупі А, на 16,8*%* (р<0,05) у підгрупі В, на 20,7*%* (р<0,05) в підгрупі С. За шкалою Гамільтона позитивна динаміка відповідно у підгрупах була такою: підгрупа А – покращення на 3*%*, підгрупа В – на 19,6*%* (р<0,05) , підгрупа С – на 33,1*%* (р<0,05). За шкалою CGI позитивна динаміка виявлена у всіх підгрупах, покращення показників становило відповідно – 18,6*%* (р<0,05), 26,2*%* (р<0,05) та 39,3*%* (р<0,05). За даними проведеного анкетування в динаміці з використанням шкали СФЧ відмічено, що загальний показник в підгрупі А зріс на 0,5*%*, в підгрупі В – на 1,8*%* (р<0,05), в підгрупі С – на 23,6*%*(р<0,05).

При вивченні динаміки СП в другій групі досліджуваних після проведеного лікування було встановлено, що пацієнти підгрупи А відмічали відсутність змін щодо СП. В 6 випадках (13,6*%*) спостерігалася негативна динаміка: у 5 хворих (11,3*%*) спостерігалося поглиблення наявних порушень, в 1 пацієнта (2,3*%*) з’явилися СП у вигляді гіполібідемії та

12

гіпоерекції. Всі пацієнти даної підгрупи скаржилися на зниження інтенсивності оргазмічних відчуттів. Пацієнти підгрупи В відмічали незначне покращення, яке носило нестабільний характер. В даній підгрупі лібідо відновилося в 16 хворих (36,4*%*), оргазмічні відчуття покращилися у 14 хворих (31,8*%*), ерекція нормалізувалася у 1 чоловіка (2,3*%*). При поєднаних розладах ефект терапії був позитивним за рахунок редукції депресивно–апатичної симптоматики. В підгрупі С відмічалася позитивна динаміка. В 14 пацієнтів (31,8*%*) з’явився сексуальний потяг, забарвлений сексуальними фантазіями, снами на сексуальну тематику. У 11 осіб (25,0*%*) відновилися оргазмічні відчуття, гіпооргазмія виявлена у 4 хворих (9,1*%*). Ерекція покращилася у 10 чоловіків (22,7*%*), еякуляція нормалізувалася у 1 чоловіка (2,27*%*). У випадку поєднаних розладів сексуального функціонування позитивна динаміка відмічалася на 19–20 тиждень дослідження, спостерігалася тенденція до нормалізації психоемоційної складової копулятивного циклу.

В третій групі при оцінці динаміки психічних та сексопатологічних симптомів в процесі терапії встановлені наступні результати. Середнє значення по шкалі PANSS знизилося на 18,9*%* (р<0,05) у пацієнтів підгрупи А, на 22,8*%* (р<0,05) в підгрупі В, на 24,3*%* (р<0,05) в підгрупі С. За шкалою Гамільтона позитивна динаміка відповідно у підгрупах була такою: підгрупа А – зниження на 2,6*%* (р<0,05), підгрупа В – на 8,9*%* (р<0,05), підгрупа С –на 21,4*%* (р<0,05). За шкалою CGI покращення показників становило відповідно по підгрупах – 12,1*%*, 29,8*%* (р<0,05) та 38,6*%* (р<0,05) . Загальний показник по шкалі СФЧ в підгрупі А знизився на 5*%*, в підгрупі В зростання становило 5,9*%*, в підгрупі С – підвищився на 15,2*%* (р<0,05).

При вивченні динаміки СП в третій досліджуваній групі було встановлено, що пацієнти підгрупи А виявляли негативну динаміку стану. Всі хворі скаржилися на зниження інтенсивності оргазмічних відчуттів, страх при думці про сексуальну близькість, надмірну підозрілість при спілкуванні. В ході обстеження було виявлено поглиблення розладів ерекції та еякуляції. Пацієнти підгрупи В відмічали незначне покращення в сексуальному функціонуванні, яке загалом носило нестабільний характер. В даній підгрупі лібідо відновилося у 4 хворих (13,3*%*), гіполібідемія виявлена у 5 пацієнтів (16,7*%*), оргазмічні відчуття в динаміці відновилися у 2 хворих (6,7*%*), 4 пацієнтів (13,3*%*) не виявляли зрушень в порівнянні із початком дослідження, еректильна складова нормалізувалася у 2 чоловіків (6,7*%*). При поєднаних розладах позитивна динаміка спостерігалася у 1 особи (3,3*%*), у 4 пацієнтів (13,3*%*) ефект від проводимого лікування був відсутнім. В підгрупі С у 9 пацієнтів (30,0*%*) відновилося лібідо.

13

Суб’єктивне покращення наступало на 18–20 тиждень терапії. Оргазмічні відчуття відновилися у 5 пацієнтів (16,7*%*), гіпооргазмія виявлена у 4 хворих (13,3*%*). Ерекція покращилася у 3 чоловіків (10,0*%*), еякуляція нормалізувалася у 2 (6,7*%*). У випадку поєднаних розладів позитивна динаміка відмічалася на 16–18 тиждень дослідження, разом з цим нормалізувалася психоемоційна складова копулятивного циклу.

Таким чином, на підставі результатів проведеного дослідження було встановлено, що загальна ефективність розробленого комплексу терапевтичних заходів для корекції СП при афективних розладах у хворих на параноїдну шизофренію становить 84,2*%.*

При дослідженні стану вуглеводного метаболізму в процесі терапії виявлено, що в підгрупі А істотних змін ПДГ–активності відмічено не було, в підгрупі В спостерігалося покращення ПДГ–активності, проте стану ПДГ–нормотолерантності на кінець програми дослідження не спостерігалося. В підгрупі С спостерігалися значні зміни функціонування ПДГ–системи з тенденцією до нормалізації показників вуглеводного обміну.

Отримані результати свідчать про доцільність застосування комплексу психотерапевтичних заходів (сімейної, когнітивно–біхевіоральної, елементів раціональної психотерапії, комунікативного, сексуально–еротичного тренінгів) та антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну при корекції СП у хворих на параноїдну шизофренію, що призводить до значного покращення в емоційній та сексуальній сферах у даного контингенту осіб. Це особливо важливо з врахуванням того, що так чи інакше афективні розлади мають місце у всіх хворих на параноїдну шизофренію, а СП присутні в переважній більшості з них.

**ВИСНОВКИ**

1. У дисертаційній роботі наведене теоретичне узагальнення і нове вирішення наукової задачі підвищення ефективності лікування хворих із сексуальними порушеннями при параноїдній шизофренії шляхом визначення і врахування при терапії цих хворих клінічних особливостей сексуальних порушень, типології афективних розладів та стану вуглеводного метаболізму.
2. Доведено, що при параноїдній шизофренії сексуальні порушення проявляються гіпосексуальністю із зниженням лібідо, порушенням оргазмічних відчуттів, розладами ерекції та еякуляції (передчасна, відтермінована).
3. Встановлено, що розлади афективної сфери депресивного регістру в структурі параноїдної шизофренії визначають клініко–психопатологічні особливості сексуальних порушень. Так, при депресивному синдромі з

14

апатичним компонентом та при депресивно–іпохондричній симптоматиці сексуальні порушення мають переважно поєднаний характер та проявляються гіпоерекцією, порушенням оргазмічних відчуттів та зниженням лібідо. При тривожно–депресивній симптоматиці спостерігаються гіпоерекція та прискорена еякуляція, або прискорена еякуляція з порушенням оргазмічних відчуттів та зниженням лібідо.

1. У хворих із сексуальними порушеннями при параноїдній шизофренії виявлені наступні особливості вуглеводного обміну: при гіпоерекції та прискореній еякуляції, або при прискореній еякуляції з порушенням оргазмічних відчуттів та зниженням лібідо, які поєднувались з тривожно–депресивним синдромом, спостерігався стан гіпертолерантності із реактивною гіперконтррегуляцією. При сексуальних порушеннях поєднаного характеру із гіпоерекцією, порушенням оргазмічних відчуттів та зниженням лібідо на фоні депресивного синдрому з апатичним компонентом діагностовано компенсовану гіпотолерантність, при депресивно–іпохондричних порушеннях отримані дані вказують на наявність компенсованого піровиноградного діабету. Доведено, що при сексуальних порушеннях поєднаного характеру спостерігається виражена піруватдегідрогеназна недостатність та відбувається дисрегуляція процесів гліколізу та глюконеогенезу. При дослідженні стану вуглеводного метаболізму в процесі терапії у підгрупі В (лікування поряд із базовою нейролептичною терапією антидепресантами групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну) та підгрупі С (з призначенням базової нейролептичної терапії, антидепресантів групи СІЗЗС та психотерапевтичної корекції) виявлено покращення функціонування ПДГ – системи із переважною тенденцією до нормалізації показників після лікування.
2. На підставі даних клініко–психопатологічного і сексологічного досліджень розроблено та впроваджено у практику комплекс терапевтичних заходів для корекції сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію із застосуванням поряд з базовою нейролептичною терапією антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та психотерапевтичних методів (сімейної, когнітивно–біхевіоральної, елементів раціональної психотерапії, комунікативного та сексуально–еротичного тренінгів).
3. Доведено, що при використанні розробленого комплексу терапевтичних заходів в лікуванні хворих із сексуальними порушеннями при параноїдній шизофренії спостерігалося зменшення вираженості сексуальних порушень, а також покращення і стабілізація афективної сфери. На фоні покращення реалізації сексуальної функції в чоловіка відбувалася перебудова психологічних настанов подружжя і вироблення нових адекватних навичок спілкування, в тому числі і сексуального. Таким чином було досягнуто підвищення психосексуальної задоволеності в парі.

15

Запропонована схема лікування відкривала шлях до гармонізації стосунків, підвищувала рівень подружньої адаптації в сім’ях, де чоловік страждає параноїдною шизофренією .

**СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Рахман Л. В. Сексуальні розлади та деякі аспекти кореляції функціонування піруватдегідрогеназної системи у хворих на параноїдну шизофренію // Клінічна фізіологія та біохімія. – 2003. – № 3. – С. 68–71.
2. Рахман Л. В. Типологія тривожних станів при сексуальній дисфункції в чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 2 (47). – С .73–74.
3. Влох І.Й., Рахман Л.В., Білобривка Р.І., Кулик Б.В., Гуль А.Л. Причини виникнення та принципи корекції сексуальної дисгармонії подружньої пари, в якій чоловік страждає на астено–невротичний розлад // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, вип. 3 (48). – С. 34–36.
4. Влох І.Й., Білобривка Р.І., Рахман Л.В., Даниленко Ю.М. Застосування андріолу в комплексній терапії астено–депресивних розладів при афективних порушеннях з копулятивними дисфункціями // Архів психіатрії. – 2002. – № 1 (28). – С. 124–125.
5. Влох І.Й., Білобривка Р.І., Рахман Л.В., Даниленко Ю.М. Корекція сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1 (30). – С. 104–105.
6. Влох І.Й., Білобривка Р.І., Рахман Л.В. Порівняльний аналіз терапії копулятивних розладів у чоловіків // Архів психіатрії. – 2002. – № 3(30). –
С. 143–145.
7. Білобривка Р.І., Рахман Л.В., Кобилецький Ю.С. Особливості патоморфозу афективних порушень у чоловіків з копулятивними розладами та методи їх корекції // Архів психіатрії. – 2004. – № 1(36). – С. 67–69.
8. Влох І.Й., Рахман Л.В., Закаль К.Ю. Вплив нейролептиків нової генерації на сексуальну функцію хворих на шизофренію та методи її корекції // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. – 2005. – № 2 (8). – С. 86–87.
9. Влох І.Й., Кулик Б.В, Білобривка Р.І., Рахман Л.В., Животовська Л.В. Сучасні методи терапії астено–невротичних розладів, що супроводжуються копулятивними дисфункціями // Архів психіатрії. – 2004. – №2 (37). – С. 134–136.
10. Влох І.Й., Білобривка Р.І., Рахман Л.В., Дружченко О.В. Спосіб терапії афективних порушень із копулятивною дисфункцією // Деклараційний патент на корисну модель 9746 U Україна, 7А61К31/00. Бюл. № 10, 2005 р. від 17.10.2005 р.
11. Білобривка Р.І., Рахман Л.В., Даниленко Ю.М., Степаненко Л.В,

16

Панас А.Р., Пушкарьов Д.Ю. Досвід застосування Магне–В6 в комплексній терапії копулятивних розладів у чоловіків // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т. 10, вип. 1 (30, додаток). – С.161.

1. Влох І.Й., Білобривка Р.І., Даниленко Ю.М., Качура О.В, Паращук І.Л., Негодюк Л.В. Клініка, лікування та реабілітація хворих з порушенням копулятивної функції (навчальний посібник). – Львів: «Каменяр», 2001. – 17 с.

**АНОТАЦІЯ**

**Рахман Л.В. Клінічна характеристика та терапія сексуальних порушень при параноїдній шизофренії.** – Рукопис.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.16 – психіатрія. – Український науково–дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України. – Київ, 2008.

Дисертація присвячена актуальній задачі терапії сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію. Вивчено клініко–психопатологічні особливості сексуальних порушень в даній категорії пацієнтів. Доведено, що при сексуальних розладах поєднаного характеру спостерігається виражена піруватдегідрогеназна недостатність та відбувається дисрегуляція гліколізу та глюконеогенезу.

Розроблено комплекс терапевтичних заходів для корекції сексуальних порушень у хворих на параноїдну шизофренію із застосуванням поряд з базовою нейролептичною терапією антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну та психотерапевтичних методів (сімейної, когнітивно–біхевіоральної, елементів раціональної психотерапії, комунікативного та сексуально–еротичного тренінгів). Доведено, що при використанні розробленого комплексу терапевтичних заходів в лікуванні хворих із сексуальними порушеннями при параноїдній шизофренії відбувалося зменшення вираженості сексуальних порушень, а також покращення і стабілізація афективної сфери.

**Ключові слова:** сексуальні порушення, параноїдна шизофренія, афективні розлади**,** піруватдегідрогеназна система, вуглеводний обмін, лікування.

**АННОТАЦИЯ**

**Рахман Л. В. Клиническая характеристика и терапия сексуальных нарушений при параноидной шизофрении**. – Рукопись.

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности14.01.16 – психиатрия. – Украинский научно–

17

исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологи МЗ Украины. – Киев, 2008.

Диссертация посвящена актуальной задаче терапии сексуальных нарушений у больных параноидной шизофренией. Для исследования использовались клинико–психопатологический, сексологический, лабораторно–биохимический и статистический методы.

Изучены клинико–психопатологические особенности сексуальных нарушений при аффективных расстройствах в структуре параноидной шизофрении. В процессе исследования обнаружено, что при параноидной шизофрении наблюдаются сексуальные нарушения в виде гипосексуальности со снижением либидо, нарушением оргазмических ощущений, расстройствами эрекции и эякуляции (преждевременная, ретардированная). Установлено, что аффективные расстройства при параноидной шизофрении предопределяют клинико–психопатологические особенности сексуальных нарушений: при аффективных расстройствах депрессивно–апатического и депрессивно–ипохондрического вариантов сексуальные нарушения имеют в большинстве случаев сочетанный характер в виде гипоэрекции и нарушения оргазмических ощущений, в каждом случае это сопровождается снижением либидо.

В процессе исследования было изучено состояние углеводного обмена у данного контингента больных и обнаружено, что при сексуальных и аффективных нарушениях возникает и прогрессирует недостаточность пируватдегидрогеназной (ПДГ) системы и происходит дезинтеграция процессов гликолиза и глюконеогенеза. На основании анализа полученных результатов установлено, что при сексуальных нарушениях, сочетанных с аффективными расстройствами тревожно–депрессивного характера, наблюдается недостаточность функционирования ПДГ–системы. Анализ параметров активности ПДГ– системы у пациентов с апатико–депрессивными расстройствами указывает на наличие значимой пируватдегидрогеназной недостаточности и нарушения гормональной интеграции процессов гликолиза и глюконеогенеза. Анализ полученных показателей углеводного обмена при сексуальных нарушениях у больных параноидной шизофренией с депрессивно–ипохондрической симптоматикой свидетельствует о наличии скрытой инсулиновой недостаточности и диабетической направленности углеводного метаболизма.

 На основании данных, полученных в процессе клинико–психопатологического, сексологического и лабораторно–биохимического исследования, был разработан комплекс терапевтических мероприятий для коррекции сексуальных нарушений при параноидной шизофрении. В процессе лечения пациентов доказано положительное влияние препаратов

18

группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и методов психотерапевтического воздействия на сексуальную функцию и аффективную сферу с тенденцией к нормализации показателей углеводного обмена. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования психотерапевтических методов (семейной, когнитивно–бихевиоральной, элементов рациональной психотерапии, коммуникативного и сексуально–эротического тренингов) и антидепрессантов (из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина) для коррекции сексуальных нарушений у больных параноидной шизофренией, что ведет к значительному улучшению в эмоциональной и сексуальной сферах у данного контингента больных. В семейной паре таким образом было достигнуто повышения уровня психосексуальной удовлетворенности, эмпатийного потенциала, что открывало путь к гармонизации отношений, повышало уровень семейной адаптации.

**Ключевые слова:** сексуальные нарушения, параноидная шизофрения, аффективные расстройства, пируватдегидрогеназная система, углеводный обмен, лечение.

**SUMMARY**

**Rakhman L.V. Сlinical characteristic and therapy of sexual disturbances in paranoid schizophrenia.** – Manuscript.

Dissertation for the obtaining a candidate of medical science degree in specialty – 14.01.16 – psychiatry. – The Ukrainian scientific research institute of social and forensic psychiatry and narcology, Ministry of Public Health of Ukraine. – Kуiv, 2008.

Dissertation is devoted to the actual task of therapy of sexual disturbances at patients with paranoid schizophrenia. It was led that at combined sexual disturbances there is the pyruvatedegydrogenase insufficiency and glicolise – gluconeogenesis dissregulation takes place.

The complex of therapeutic measures with application beside to base neuroleptics therapy, antidepressants (from group of selective serotonin reuptake inhibitors) and psychotherapeutic methods (elements of rational, behavioural–соgnitive psychotherapy, communicative and sexual–erotic trainings) was developed for correction of sexual disturbances in patients with paranoid schizophrenia. It is led that at the use of the developed complex of therapeutic measures in treatment of patients with sexual disturbances there was diminishment of expressed of sexual disturbances at paranoid schizophrenia and also improvement and stabilization of affective sphere was detect.

**Key words:** sexual disturbances, paranoid schizophrenia, affective disorders**,** pyruvatedegydrogenase system, carbohydrate metabolism, treatment.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Підписано до друку 02.07.2008р. Формат 60х90/16.

Ум. друк. арк. 0,9. Обл.-вид. арк. 0,9.

Тираж 150. Зам. 112/07.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Виготівник і видавець – ТзОВ “Тріада плюс”

79016, м. Львів, вул. Митр. Ангеловича, 28

тел./факс (032) 243-17-49, 258-23-40, e-mail: office@triadaplus.lviv.ua

Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи до Державного реєстру видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 2712 від 07.12.2006 р.

## Для заказа доставки данной работы воспользуйтесь поиском на сайте по ссылке: <http://www.mydisser.com/search.html>