

В 2011 г. обновлены и утверждены «Соглашение о взаимодействии Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по РСО – Алания, Управления Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору по РСО – Алания, Управления ветеринарии РСО – Алания, Комитета жилищно – коммунального хозяйства Республики Северная Осетия – Алания, Министерства здравоохранения РСО – Алания по вопросам профилактики болезней общих для человека и животных» и «Комплексный план мероприятий по предупреждению заболеваемости бешенством животных и людей в республике Северная Осетия – Алания».

УДК:16.12-008.331+618.173

## **ПСИХИЧЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН В ПОСТМЕНОПАУЗЕ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**В.А. Гадиева**

УРАН, Институт биомедицинских исследований ВНЦ РАН,  
г. Владикавказ.

ГБОУ ВПО СОГМА Минздравсоцразвития России,  
г. Владикавказ. Кафедра патофизиологии (зав.кафедрой проф.  
д.м.н. Хетагурова Л.Г.)

[Gadievava1976@mail.ru](mailto:Gadievava1976@mail.ru)

Под понятием «социальная дезадаптация женщин в постменопаузе» понимают сочетание когнитивных (в частности внимание и память) и эмоциональных (самооценка, самочувствие, активность, модальность настроения) показателей, характеризующих состояние психической сферы женщин на данном возрастном этапе и определяющих качество их жизни.

**Материалы и методы.** Обследованы 84 женщины в постменопаузе с артериальной гипертензией АГ I – II степени. В исследование вошли пациентки только с естественной менопаузой. Средний возраст женщин  $52,5 \pm 0,7$ . Все обследованные были одинаковы не только по возрасту, но и по соматическому и гинекологическому анамнезу, социальному статусу и виду деятельности. Различия были только в эмоциональном и соматическом статусах. Наличие и степень тяжести психоэмоциональных расстройств оценивались с помощью теста Люшера, теста САН, теста Ч.Д. Спилбергера. Уровень цейтнотности (нехватки времени) определяли с помощью теста «Индивидуальная минута» (ИМ). Чем меньше оказывалась продолжительность теста, тем выраженнее считался уровень цейтнотности. Средний балл по шкале ИМ составил в среднем  $45 \pm 3,5$  сек.

**Результаты** исследований и их обсуждение. Показатель личностной тревожности, характеризующей устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги, составил  $26 \pm 2,8$  ед. У больных с очень высокой личностной тревожностью наблюдались эмоциональные и невротические срывы. Показатель реактивной тревожности составил  $20 \pm 1,7$  ед. Больные с очень высокой реактивной тревожностью отмечали напряжение, беспокойство, нервозность, нарушение внимания, иногда нарушение тонкой координации. Анализируя связь психоэмоциональных нарушений с длительностью постменопаузы, было отмечено, что между длительностью постменопаузы и показателем личностной тревожности выявляется прямая зависимость ( $r=0,57, p<0,05$ ), в то время как с показателем реактивной тревожности – обратная ( $r=0,57, p<0,05$ ). Результаты корреляционного анализа показали наличие прямой сильной связи между значениями САД и показателем личностной тревожности ( $r=0,99, p<0,05$ ), САД и выраженностью депрессии ( $r=0,98, p<0,05$ ). Тестирование по шкале «САН»- самочувствие, активность и настроение демонстрировало низкие показатели

самочувствия и настроения ( $3,8 \pm 0,19$ ;  $4,11 \pm 0,26$ ), физическая активность составила  $4,04 \pm 0,23$  балла, что полностью коррелировало с жалобами самих больных. При анализе данных теста Люшера у больных АГ все варианты цветовых выборов были условно разделены на типичные и нетипичные профили реагирования. Первые встретились у 56% пациентов. Конечная, отвергаемая часть цветового ряда при типичном профиле реагирования не отличилась от нормы и состояла из черного, серого и коричневого цветов. Это указывает на то, что закономерности нормативности выбора ахроматических цветов по Люшера, проецирующие отвержение депрессии и неучастия, у больных АГ не отличались от общепопуляционных.

Типичные профили реагирования отражают неустойчивую, недостаточную адаптацию либо адаптивность на грани срыва, близкую к дезадаптации, сниженный контроль над эмоциональной сферой, повышенную чувствительность к средовым воздействиям. В то же время сохраняется активность позиции личности, отсутствуют фрустрация ведущих потребностей, депрессия и неучастие. Имеет место нормальный тип реагирования.

Нетипичные типы реагирования отмечены у 44% больных АГ с большим разнообразием цветовых рядов. Наблюдалось перемещение основных цветов в конечную часть цветового ряда – свидетельство того, что, в отличие от общепопуляционных норм, у данных больных имели место депрессия и неучастие. О высокой степени дезадаптации, негативизма, фрустрации ведущих потребностей говорит изменение начальной части ряда из-за перемещения ахроматических дополнительных цветов. Такие больные склонны к уменьшению своей вины, конфликтам, уходу от решения проблем. Все это говорит о патологическом типе реагирования на препятствие.