2. У большинства леченных сиофором больных ПКЯ продемонстрировано значимое снижение уровня ЛГ в крови.

3. Относительно быстро достигаемое восстановление менструального цикла у больных ПКЯ при применении метформина (сиофора) не всегда обусловлено гипоинсулинемическим влиянием препарата и может быть в немалой степени приписано его центральному эффекту.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Берштейн Л. М.* Гормональный канцерогенез. — СПб, 2000.
2. *Берштейн Л. М., Гамаюнова В. Б., Квачевская Ю. О.* и др. // Вопр. онкол. — 2000. — Т. 46, № 2. — С. 191—195.
3. *Бохман Я. В.* Руководство по гинекологической онкологии. — Л., 1989.
4. *Григорян О. Г., Анциферов М. Б.* // Пробл. репрод. — 2000. — № 3. — С. 21—27.
5. *Дильман В. М., Берштейн Л. М., Бобров Ю. Ф.* и др. // Физиол. человека. — 1981. — № 2. — С. 357—361.
6. *Манухин И. Б., Геворкян М. А., Кухаркина О. Б.* // Акуш. и гин. — 2002. — № 2. — С. 18—21.
7. *Мишиева Н. Г., Назаренко Т. А., Фанченко Н. Д.* // Акуш. и гин. — 2002. — № 2. — С. 18—25.
8. *Dunaif A., Segal K. R., Futterweit W., Dobrjansky A.* // Diabetes. — 1989. — Vol.38. — P. 1165—1174.
9. *Eagleson C. A., Gingrich M. B., Marshall J. C.* et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2000. — Vol. 85. — P. 4047—4052.
10. *Glueck C. J., Wang P., Fountaine R.* et al. // Metabolism. — 1999. — Vol. 48. — P. 511—519.
11. *Ibanez L., Valls C., Potau N.* et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2000. — Vol. 85. — P. 3526—3530.
12. *Moghetti P., Castello R., Negri C.* et al. // J. Clin. Endocrinol. Metab. — 2000. — Vol. 85. — P. 139—146.
13. *Morin-Papunen L. C., Vauhkonen I., Koivunen R. M.* et al. // Hum. Reprod. — 2000. — Vol. 15. — P. 1266—1274.
14. *Nestler J. E., Jakubowicz D. J., Ewans W. S., Pasquali R.* // N. Engl. J. Med. — 1998. — Vol. 338. — P. 1876—1880.
15. *Poretsky L., Cataldo N. A., Rosenwaks Z., Giudice L. C.* // Endocr. Rev. — 1999. — Vol. 20. — P. 535—582.
16. *Salha O., Martin-Hirsch P., Lane G., Sharma V.* // Hum. Reprod. — 1997. — Vol. 12. — P. 959—962.
17. *Velazquez E., Acosta A., Mendoza S. G.* // Obstet. and Gynecol. — 1997. — Vol. 90. — P. 392—395.
18. *Vrbikova J., Hill M., Starka L.* et al. // Eur. J. Endocrinol. — 2001. — Vol. 144. — P. 69—628.

Поступила 30.08.02

♦ В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

© Е. В. СУРКОВА, 2004

УДК 616.379-008.64-08

Е. В. Суркова

ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ В КОНТРОЛЕ И ЛЕЧЕНИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Эндокринологический научный центр (дир. — акад. РАН И. И. Дедов) РАМН, Москва

В настоящее время основные терапевтические цели при сахарном диабете определяются следующим образом: достижение и поддержание компенсации углеводного обмена, а также контроль факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Эти цели убедительно обоснованы результатами исследований последних лет [10, 30, 31]. Хорошо известно также, что реализовать их невозможно без привлечения пациентов к активному участию в процессе контроля и лечения диабета.

При этом следование терапевтическому режиму является для больного диабетом, возможно, самой трудной задачей по сравнению с любым другим хроническим заболеванием. Контрольные и лечебные мероприятия, сложные технически (инсулинотерапия, самоконтроль гликемии и т. д.), должны проводиться больным на протяжении всей жизни, часто на повседневной основе; они затрагивают образ жизни (питание, физическая активность), а также чреваты осложнениями (гипогликемии при приеме сахароснижающих медикаментов). В то же время, чем более активно и грамотно пациент участвует в лечении, тем лучше результаты в отношении компенсации обмена веществ, профилактики осложнений, качества жизни.

Можно утверждать, что при диабете результаты лечения всегда опосредованы поведением больного, так как именно он должен изо дня в день выполнять рекомендации врача, а это требует не только согласия с ними, но и определенных знаний и навыков и с учетом меняющихся обстоятельств жизни (разные условия питания, поездки, сопутствующие заболевания и т. д.) — принятия самостоятельных решений медицинского характера.

Изучение поведения, связанного с диабетом, представляет большой научный и практический интерес, так как в этой сфере наравне с областью фундаментальных биомедицинских исследований заключен мощный потенциал влияния на исходы заболевания.

В последние годы в литературе, посвященной проблемам лечения сахарного диабета, часто встречается термин "комплаентность", который относится к области медицинского поведения (поведения в болезни, illness behavior) и характеризует согласие больного с рекомендациями врача.

Комплаентность

Комплаентность (от англ. compliance — согласие, податливость, уступчивость) представляется наиболее очевидной характеристикой медицинского поведения и определяется как степень, в которой поведение пациента совпадает с медицинскими рекомендациями [12].

Следует отметить, что наиболее низкий уровень комплаентности ассоциируется с терапевтическими режимами, которые, во-первых, сложны, во-вторых, должны выполняться на протяжении всей жизни и, в-третьих, носят профилактический характер [13], — здесь мы видим полное совпадение с характеристиками контрольно-терапевтического режима при сахарном диабете. Обзор исследований по проблеме показывает, что лишь небольшая часть больных диабетом полностью придерживаются рекомендаций, касающихся различных составляющих терапевтического процесса, например, по поводу инсулинотерапии — 20%, питания — 65%, физических нагрузок — 19%, а все связанные с заболеванием мероприятия выполняют лишь 7% пациентов [15]. Возможно, потому, что полное соответствие поведения больного врачебным рекомендациям при этом заболевании достигается чрезвычайно трудно, понятие комплаентности применительно к диабету активно обсуждается в литературе, а определение ее в качестве конечной цели в контексте медицинского поведения подвергается критике.

Интересно, что термин "compliance" заимствован в медицинский лексикон из физики, где он определяет степень устой-

чивости к деформации эластических тел [14]. Перенос его в систему медицинских преставлений, а именно на отношения врач—больной, ассоциируется с директивным врачебным подходом, который характеризуется подчиненным, пассивным положением пациента (именно такой оттенок звучит в точном переводе английского термина) и преуменьшением психологических и социальных влияний на болезнь. Директивный подход применим в условиях медицины острых состояний, когда роль пациента максимально пассивна, но оказывается несостоятельным в лечении хронически больного, активная позиция которого является непременным условием эффективности терапевтического процесса.

При диабете стремление к комплаентности необходимо, но недостаточно.

Действительно, трудно себе представить, что врач может "продиктовать" больному диабетом план лечения, который будет эффективен для него при всех обстоятельствах, и настоять на его неукоснительном выполнении. Более того, такой подход может привести к непозволительной осуждающей позиции врача, разделяющей больных на "комплаентных" (податливых, послушных) и "некомплаентных" (непослушных, сопротивляющихся указаниям врача).

В действительности на эффективное управление таким заболеванием, как сахарный диабет, влияет и множество внешних обстоятельств (уровень лечебно-профилактической помощи, поддержка семьи, финансовое положение пациента), и внутренние, психологические факторы, часть из которых будет рассмотрена ниже. Каждый пациент под их влиянием вырабатывает свою линию поведения, "стратегию совладания" с болезнью (coping behavior) [9, 25], которая может в разной степени совпадать с рекомендациями врача.

Анализ корреляций уровня гликированного гемоглобина с рядом показателей психологического и социального характера (медицинское качество жизни, стратегия совладания с болезнью, уровень знаний о диабете, отношения врач—больной и т. д.), оцениваемых с помощью стандартизованных опросников, показал, что активная стратегия совладания оказалась единственной психологической переменной, значимой для компенсации углеводного обмена. У пациентов с такой активной стратегией поведения по отношению к болезни была отмечена и большая удовлетворенность отношениями с врачами [23].

Важную роль в формировании позиции больного по отношению к заболеванию играют его субъективные представления о последнем [6, 14].

Представления о заболевании

Представления о заболевании конкретного пациента зависят от его культурного, образовательного уровня, влияния профессиональных и социальных факторов. Имеет значение и система суждений о болезнях, существующая в обществе. Весьма распространен до сегодняшних дней взгляд на человеческий организм с позиций механистического материализма: он мыслится как сложное механическое устройство, причем модель напрямую заимствуется из наиболее распространенных механических приборов своего времени. В XVII—XIX веке это часы, а в наше время — автомобильный мотор, хотя остаются популярными "водопроводные" и "гидравлические" объяснения работы организма [7]. Отсюда рассуждения о патологических процессах — "накопление шлаков", от которых требуется "очищение", "промывание". С такими представлениями человека о собственном организме хорошо соотносятся предложения "прочистить сосуды" или "отмыть печень". Древние мифологические представления о болезнях, верования в сверхъестественные силы, их вызывающие или исцеляющие, трансформировались ныне в теории "биополя", "кармы", "чакр" и т. д. [7].

Фактически во всех этих случаях речь идет о "субъективном диагнозе", который может конкурировать, вступать в конфликт с диагнозом объективным, установленным официальной медициной. Исходя из своих представлений о заболевании, пациент будет искать соответствующее лечение. Обращение к специалисту по "очищению организма" или к экстрасенсу есть медицинское поведение, основанное на определенных представлениях о заболевании.

С точки зрения клинического психолога, медицинские мифы "нельзя упразднить директивным методом, объявив ожившие мифологические представления ложными, но можно и нужно изучать, вычитывать и расшифровывать скрытые мифы. Это поможет не утрачивать связи с реальностью, имея в виду основополагающую ограниченность мифологического сознания, и использовать полученные знания в терапевтической практике..." [7].

Проблема субъективной стороны заболевания в отечественной психологии традиционно рассматривается в рамках учения о внутренней картине болезни, основы которого разработаны Р. А. Лурия. Он определял это понятие как "все то, что испытывает, переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с его приходом к врачу, — весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм" [3].

В. В. Николаева [4, 5] рассматривает внутреннюю картину болезни как сложное, структурированное образование, включающее в себя по крайней мере 4 уровня психологического отражения болезни: 1) уровень непосредственно-чувственного отражения болезни (обусловленные болезнью ощущения и состояния); 2) эмоциональный уровень (непосредственные эмоциональные реакции на обусловленные болезнью ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека); 3) интеллектуальный уровень (знания о болезни и рациональная оценка заболевания); 4) мотивационный уровень (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры). Таким образом, болезнь не только вызывает определенные симптомы и связанные с ними эмоциональные переживания, но и вносит изменения в мотивационную сферу пациента.

При современном положении в медицине, когда научно-технический прогресс неизбежно помещает в центр внимания врача результаты инструментальных и лабораторных исследований, принято учитывать, и то подчас довольно формально, лишь первый уровень чувственных ощущений (регистрируются жалобы больного по стандартному алгоритму) как имеющий непосредственное отношение к клинической картине. Переживания же больного, его представления о болезни и мотивы отодвигаются в сторону как якобы бесполезные для диагностики и лечения. Такой подход, к сожалению, "ведет к тупику недоверия, росту альтернативных, парамедицинских течений, отчуждению больного и врача, дегуманизации их отношений" [7].

Особое место как крайняя степень негативного влияния врача на формирование внутренней картины болезни занимают ятрогении — психические реакции на неосторожные высказывания или действия медицинских работников [3]. Действительно, слово врача, призванное оказывать психотерапевтическое воздействие, довольно часто становится психотравмирующим. Например, при сахарном диабете часто приходится сталкиваться с убеждением больного о плохом состоянии его сосудов в отсутствие объективных признаков их поражения, вплоть до того, что он связывает с этим боли в разных частях тела, обусловленные, например, остеохондрозом или носящие психогенный характер. Причина отчасти может быть заключена в информации полученной от врача, который стремится предупредить больного о возможных сосудистых осложнениях диабета, но при этом не адаптирует эту информацию и не контролирует, как больной ее воспринял.

Опыт изучения внутренней картины болезни совместными усилиями врачей и психологов [2, 6] не только способствует развитию нового научного направления в медицине, но и вооружает врача основами психологических знаний, которые позволяют оптимизировать индивидуальную тактику взаимодействия с пациентом.

В этом отношении важными представляются выделение и оценка тех особенностей личности пациента, которые оказывают влияние на формирование его позиции по отношению к заболеванию и его лечению.

Локус контроля

Одной из психологических характеристик, оказывающих выраженное влияние на медицинское поведение, является локус контроля (ЛК). Понятие введено Джулианом Роттером [24] и в самом широком плане означает убеждения людей относительно того, где находится источник контроля их поведения [28]. Индивидуальные различия по этому показателю рассматриваются в рамках экстернального и интернального вариантов ЛК. Лица с экстернальным ЛК полагают, что их успехи и неудачи регулируются внешними факторами, такими как судьба, случай, другие люди и т. д. Они подвержены постороннему воздействию, стремятся следовать за руководителем, лидером. Интернальный ЛК характеризуется твердым убеждением в возмож-

ности собственного влияния на обстоятельства жизни. Люди с интернальным ЛК мало подвержены внешнему воздействию и, напротив, стремятся контролировать поведение других. Уже ранние исследования показали, что ЛК имеет сильное влияние на медицинское поведение. В частности, интернальный ЛК в большей степени ассоциирован с активными мерами по улучшению и сохранению здоровья, такими как отказ от курения, занятия физическими упражнениями, регулярные медицинские осмотры [27, 33]. Можно сказать, что люди с интернальным ЛК в большой мере берут на себя ответственность за свое здоровье.

В условиях хронического заболевания все перечисленные особенности поведения приобретают особое значение. По данным литературы, у больных сахарным диабетом экстернальный ЛК ассоциируется с нарушениями контрольного и терапевтического режима [17], худшей компенсацией диабета [16, 26]. Напротив, интернальный ЛК связан со стремлением пациента приблизить метаболические показатели к идеальным величинам [22].

Более подробное исследование медицинского ЛК (или ЛК в болезни) у больных сахарным диабетом позволяет выделить по крайней мере 4 основных типа отношения к заболеванию и его лечению [1]; 2 из них — "фаталистический" и "врачебный" — связаны с экстернальным ЛК. При 1-м больной полагает, что благоприятный исход заболевания является лишь результатом случая, на течение болезни влиять невозможно и поэтому участие в лечении бесполезно; при 2-м — полностью адресует ответственность за результаты лечения медицинским работникам. Остальные 2 варианта типов отношения к заболеванию — "самостоятельный" и "самообвиняющий" — ассоциируются с интернальным ЛК. При 1-м больной убежден в собственных возможностях влиять на течение заболевания и в необходимости своего участия в лечебном процессе, при 2-м — охвачен переживаниями собственной вины (чаще, разумеется, мнимой) за возникновение или ухудшение в течении заболевания.

При таком более подробном рассмотрении ни экстернальный, ни интернальный ЛК не представляются однозначно "плохим" или "хорошим" для успешного лечения диабета. Серьезные затруднения в терапевтическом процессе могут возникать не только при фаталистическом варианте экстернального ЛК, но и при самообвиняющем — интернального. В то же время, учитывая особенности врачебного варианта экстернального ЛК, можно добиться хороших результатов лечения, построив отношения с пациентом соответствующим образом. Представляющаяся же на первый взгляд идеальной самостоятельная позиция по отношению к лечению иногда может приводить больного к игнорированию рекомендаций врачей и попыткам найти "исцеление" на разнообразных путях альтернативной медицины.

Возможности диагностики и использование адекватных индивидуализированных подходов позволяют рассчитывать на максимальный эффект в каждом случае [1]. Фактически речь идет о том, чтобы врач владел знаниями и умениями, позволяющими помогать пациенту в формировании адекватного медицинского поведения.

В частности, необходимо представлять, как вообще человеческое поведение меняется.

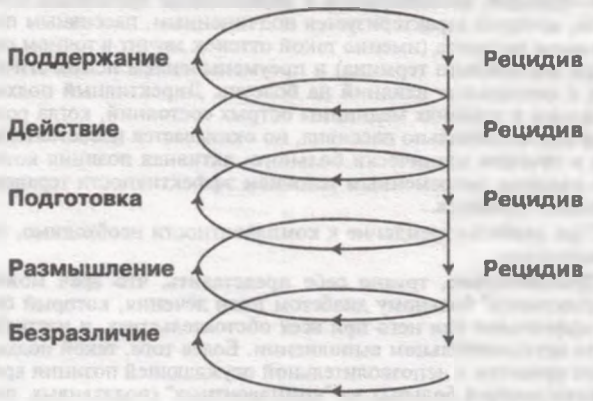
Спиральная модель изменения поведения

Обычно процесс изменения поведения представляется в виде двоякого (дихотомического) выбора: человек либо прекращает курить, либо продолжает; ведет малоподвижный образ жизни либо становится более активным; соблюдает здоровую диету и снижает массу тела либо продолжает питаться неправильно и сохраняет ее избыток и т. д.

Альтернативный подход, предложенный J. Prochaska [18—21], рассматривает процесс изменения человеческого поведения (в области здорового образа жизни и лечения хронических заболеваний) как ряд последовательных стадий, в целом напоминающий спираль (см. рисунок).

Первоначально он был изучен применительно к отказу от курения, в дальнейшем — к соблюдению диеты, физическим упражнениям и самостоятельному управлению диабетом [29]. На стадии, предшествующей размышлению (безразличия), пациенты не осознают, что их поведение является проблемным, приносит вред здоровью, и избегают обсуждения этой темы, в частности, возможностей его перемены. Переходя к стадии размышления, пациенты начинают обдумывать и обсуждать свое поведение, связанное с заболеванием. Они признают, что их поведение не является правильным и что они могут получить пользу в случае его изменения, однако еще не в состоянии решить, что в большей степени принесет им эта перемена: преимущества или трудности и потери. Стадия подготовки завершается принятием решения, что характеризуется твердым намерением пациента осуществить перемены в своем поведении, он обдумывает конкретные планы действий, в частности, как преодолеть трудности и препятствия. На стадии действия пациент адаптируется к новому стилю поведения и борется со старыми привычками. Через некоторое время можно говорить о поддержании адекватного заболеванию поведения [11].

Спиральная модель изменения поведения



Автор "спиральной модели" J. Prochaska критиковал традиционные профилактические программы, в частности программы обучения хронически больных, в связи с тем, что они не учитывают различные стадии, на которых находятся разные пациенты, вступающие в эти программы. Предполагается, что все участники таких программ готовы к переменам в поведении. Однако это не так, и во многом поэтому результаты обучения у ряда больных разочаровывают [19].

Исследования подтверждают существование перечисленных стадий и свидетельствуют о том, что реальное поведение пациентов соответствует определенной стадии, например, относительно адекватного питания при диабете [32].

Кроме того, типичным в описанном процессе изменения поведения является рецидив, т. е. возврат к прежнему, "неправильному"поведению, который может случаться на любой из перечисленных выше стадий [8, 11]. Эта вполне характерная для динамики человеческого поведения стадия может вызывать недоумение и негодование врача, если он не обладает соответствующими знаниями. Однако рецидив не означает окончания процесса. Большинство пациентов, переживающих такой эпизод, вновь включаются в процесс поведенческих перемен, причем рецидив, представляющийся сугубо отрицательным событием, вполне может составить положительный опыт как для пациента, так и для врача [8].

Основной целью медицинских профессионалов, работающих с хронически больными, в контексте спиральной модели является соотнесение тактики ведения больного с актуальной стадией "спирали": стимулирование к переходу на более высокую ступень, поддержка в случае рецидива и профилактика последующих рецидивов. Так, на стадии размышления, а также на предшествующей ей стадии самой уместной тактикой является предоставление пациенту информации о существующих проблемах со здоровьем и возможностях их контроля. При подготовке к действию пациент нуждается в поддержке со стороны врача и в конкретных советах, "как начать". С пациентами, уже являющимися активными участниками лечебного процесса, необходимо обсуждать наиболее эффективные стратегии медицинского поведения, а также проводить профилактику возможных рецидивов.

Для врача, оказывающего помощь больным диабетом, знакомство с психологией — не просто проявление интереса к другой области знаний, объектом которой также является человек. Без таких знаний врач, например, не может оценить причины, по которым один больной не достигает должного уровня компенсации, в то время как другой добивается успеха [11]. Следовательно, невозможно и построение эффективных индивидуальных терапевтических стратегий. Овладение знаниями в области психологии, а также сотрудничество с психологами как в области научных исследований, так и в клинической практике — путь к повышению эффективности терапевтического процесса, в частности к созданию оптимальных отношений врача и больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Анциферова М. Б., Дробижев М. Ю., Суркова Е. В.* и др. // Пробл. эндокринол. — 2002. — Т. 48, № 4. — С. 23—27.
2. *Добровольский А. В.* Клинические особенности ишемической болезни сердца и внутренняя картина болезни (психологические и психопатологические проявления): Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999.
3. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. — М., 1977.
4. *Николаева В. В.* // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской психологии. — Л., 1976. — С. 95—98.
5. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. — М., 1987.
6. *Соколова Е. Т., Николаева В. В.* Особенности личности при пограничных состояниях и соматических заболеваниях. — М., 1995.
7. *Тхостов А. Ш.* Психология телесности. — М., 2002.
8. *Basler H.-D.* // New Trends in Patient Education / Eds J.-Ph. Assal et al. — Amsterdam, 1995. — P. 93—98.
9. *Bombardier C. H., D'Amico C., Jordan J. S.* // Behav. Res. Rher. — 1990. — Vol. 28. — P. 297—304.
10. DCCT: Diabetes Control and Complications Trial Research Group // N. Engl. J. Med. — 1993. — Vol. 329, N 14. — P. 977—986.
11. *Doherty Y., James P.* // Psychology in Diabetes Care / Eds F. J. Snoek et al. — Chichester, 2000. — P. 98—139.
12. *Dupuis A.* // Diabetes Care. — 1980. — Vol. 3. — P. 117—120.
13. *Follansbee D. J., LaGreca A. M., Citrin W. S.* // Diabetes. — 1983. — Vol. 32. — Suppl. 1. — P. 37A.
14. *Lacroix A., Assal J.-Ph.* Therapeutic Education of Patients. — Paris, 2000.
15. *McNabb W.* // Diabetes Care. — 1997. — Vol. 20, N 2. — P. 215—218.
16. *O'Connor P. J., Crabtree B. F., Abourizk N. N.* // J. Am. Board Fam. Pract. — 1992. — Vol. 5, N 4. — P. 381—387.
17. *Peyrot M., Rubin R. R.* // Diabetes Care. — 1994. — Vol. 17, N 9. — P. 994—1001.
18. *Prochaska J. O., DiClement C. C.* // J. Consult. Clin. Psychol. — 1983. — Vol. 51. — P. 390—395.
19. *Prochaska J. O.* // Cancer. — 1991. — Vol. 67. — P. 805—807.
20. *Prochaska J. O., DiClement C. C., Norcross J. O.* // Am. Psychol. — 1992. — Vol. 47. — P. 1102—1114.
21. Psychology in Diabetes Care / Eds F. J. Snoek et al. — Chichester, 2000.
22. *Reynaert C., Janne P., Donckier J.* et al. // Diabete Metab. — 1995. — Vol. 21, N 3. — P. 180—187.
23. *Rose M., Fliege H., Hildebrant M.* et al. // Diabetes Care. — 2002. — Vol. 25. — P. 35—42.
24. *Rotter J.* // J. Consult. Clin. Psychol. — 1975. — Vol. 43. — P. 56—67.
25. *Schussler G.* // Soc. Sci. Med. — 1992. — Vol. 34. — P. 427—432.
26. *Schwartz L. S., Coulson L. R., Toovy D.* et al. // Gen. Hosp. Psychiatry. — 1991. — Vol. 13, N 1. — P. 19—26.
27. *Strickland B. R.* // J. Consult. Clin. Psychol. — 1978. — Vol. 46 — P. 1192—1211.
28. *Strickland B. R.* // Am. Psychol. — 1989. — Vol. 44. — P. 1—12.
29. *Trigwell P., Grant P. J., House A.* // J. Psychosom. Res. — 1997. — Vol. 43. — P. 307—315.
30. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // Lancet. — 1998. — Vol. 352. — P. 837—853.
31. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group // Br. Med. J. — 1998. — Vol. 317. — P. 703—713.
32. *Vallis M., Ruggiero L., Green G.* et al. // Diabetes Care. — 2003. — Vol. 26. — P. 1468—1474.
33. *Wallston K. A., Wallston B. S.* // Social Psychology of Health and Illness / Eds G. Sanders, J. Suls. — New York, 1982.

Поступила 23.05.03

♦ СУЖДЕНИЯ, МНЕНИЯ, ГИПОТЕЗЫ

© К. ЧИЧИНАДЗЕ, 2004

УДК 612.6

К. Чичинадзе

МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Кафедра медицинской физики, биофизики и кибернетики Тбилисского государственного медицинского университета

В научной литературе довольно много написано о гормональной регуляции полового поведения у млекопитающих (крыс, хомяков, морских свинок, приматов), а проблемами полового поведения людей заполнены не только научные журналы. Однако, на наш взгляд, есть ряд вопросов, которые не укладываются в более или менее общепринятые схемы. В частности, из литературы известно, что половое влечение — либидо у женщин — формируется с помощью мужских половых гормонов — андрогенов, и увеличение их концентрации в крови усиливает половое поведение вообще [3], в то время как половое поведение у самок млекопитающих проявляется с помощью эстрогенов. Об этом ярко свидетельствуют многочисленные эксперименты, когда введение самкам капсул с эстрадиолом вызывало у них эструс и связанное с ним половое поведение. Между этими двумя полюсами стоят приматы (вернее, высшие приматы), которые "чувствительны" и к тем и к другим гормонам [2]. В то же время у самцов млекопитающих половое поведение регулируется теми же гормонами, что и у мужчин. На этом фоне тем более абсолютно не ясен биологический смысл этих тонких биохимических эволюционных изменений, повлекших за собой такие резкие, можно сказать, инверсионные изменения в гормональной регуляции полового поведения у женщин. А имеют ли эти изменения на самом деле место? На первый взгляд, как будто имеют. В отличие от самок млекопитающих, которые проявляют половое поведение только во время эструса (а у некоторых видов это случается только раз в году), женщина может проявлять половое поведение в любое время с момента полового созревания до старости. Но мы собираемся объяснить этот и ряд других феноменов с других позиций.

Общеизвестно, что в компоненте полового поведения различают центральный и периферический механизмы. Центральный соответствует мотивационному компоненту, а периферический связан с проявлениями чисто воспроизводительного поведения: у самцов это эрекция и семяизвержение, а у самок — принятие лордозной позы. Мотивационный компонент поведения можно считать аналогом либидо у человека. У животных же он выявляется рядом косвенных показателей, такими как обнюхивание гениталий [8], степенью близости к особи противоположного пола — в методике открытого поля [9], а также латентностью садки и постэякуляторным интервалом (последние 2 только у самцов) [15] и др. Неоднозначность этих методик (некоторые требуют самого акта копуляции, некоторые — нет) вытекают из того факта, что у животных существование полового возбуждения вообще и тем более его степень трудно оценить без наличия самого факта полового сношения, поскольку они не обладают психикой, и возможности вербального контакта человек—животное практически равны нулю.