

О. А. Потепенко

Оценка физического и психического развития супругов и роль этих показателей в формировании сексуальной дисгармонии семьи, где муж болен хроническим простатитом, уретритом или везикулитом

Українська медичинська стоматологічна академія
(г. Полтава)

Изучено 155 семейных пар с сексуальной дисгармонией и хроническим простатитом, уретритом или везикулитом у мужа с целью определения роли физического и психического развития супругов в генезе сексуальной дисгармонии.

Полученные результаты не подтверждают каких-либо специфических отклонений общего психического и физического развития супружеских пар, которые могли бы ослабить сексуальную функцию и привести, как следствие, к сексуальной дисгармонии и нарушению семейной гармонии.

O. A. Potapenko

The examination of physical and psychic development of matrimonial couple and the role of these indexes in formation of sexual disharmony in a family where the husband suffers from prostatitis, urethritis or vesiculitis

Ukrainian medical Stomatological Academy
(Poltava)

There were studied 155 couples with sexual disharmony and prostatitis, urethritis or vesiculitis in husbands to study the role of physical and psychic development of a couple in the genesis of sexual disharmony.

The received results do not confirm any specific disturbances of the general psychic and physical development of the matrimonial couples which could weaken the sexual function and result in sexual disharmony and the disturbances in family harmony.

УДК 616.891.4-053.6

Т. Ю. Проскуріна

Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України (м. Харків)

ДИНАМІКА І ПРОГНОЗ НЕВРАСТЕНІЇ У ПІДЛІТКІВ

Психіатрична наука в даний час звертається до все більш глобальних проблем: загальної оцінки психічного здоров'я населення, повного визначення питомої ваги психічних розладів, їх соціальних і економічних наслідків [1—3]. Вивчення поширеності психічних розладів і прогнозування тенденцій динаміки психічного здоров'я дитячо-підліткового населення свідчить про високу питому вагу в них граничної психічної патології [4]. Структура захворюваності на психічні розлади підлітків в Україні характеризується неухильним зростанням патології невротичного регістру, серед якої переважає неврастенія [5]. Формування у підлітків з неврастенією соціальної дезадаптації з вираженим порушенням соціального функціонування обумовлює медико-соціальне значення проблеми [3].

Проблема прогнозування розвитку окремих нозологічних форм граничних психічних розладів в літературі практично не висвітлена, що стало передумовою для виявлення прогностичних критеріїв і розробки таблиць прогнозу перебігу основної форми невротичних розладів у підлітків — неврастенії.

Метою дослідження є розробка прогнозу неврастенії у підлітків на підставі вивчення механізму формування цього невротичного розладу із урахуванням біологічних та соціально-психологічних факторів. В роботі наведені результати клініко-динамічного і катamnестичного дослідження 137 підлітків, хворих на неврастенію. Торкаючись гендерної характеристики, слід відмітити, що неврастенія у дівчат-підлітків спостерігалась достовірно частіше ($p < 0,05$) — 58,4 % випадків, ніж у хлопчиків — 41,6 % випадків.

Основою вивчення неврастенії у підлітків є чотирихосьовий принцип аналізу невротичного розладу: клініко-психопатологічний, як етап статистики; психосоціальний, як причинний фактор; особистісно-динамічний, як етап динаміки захворювання і соціального функціонування; імовірнісний прогноз. Для виділення критеріїв прогнозу перебігу неврастенії у підлітків була використана методика послідовної процедури Вальда із визначенням інформативності ознак за допомогою критерію Кульбака, що дозволяє кількісно оцінити відхилення і ступінь їх прогностичної вираженості.

Стрижньовими клініко-психопатологічними феноменами у підлітків з неврастенією були астеничні порушення із субклінічними та клінічними афективними компонентами. Було встановлено, що психогенії стосувалися усіх областей функціонування особистості підлітка, включаючи і сферу соціальної взаємодії. Однак, найбільш патогенними були ломка життєвого стереотипу та патологічний тип сімейної соціограми. Характеристики деяких психологічних показників мали якісні та кількісні значущі відмінності — мінімальний рівень депресії, середній рівень тривоги та стресу.

Клініко-динамічні спостереження за хворими з неврастенією показали, що одужання з регресом психопатологічних синдромів з повним відновленням соціального функціонування відмічено у 39,1 % підлітків, клінічне симптоматичне з продовженням соціальної дезадаптації — у 43,5 %, відсутність клінічного і адекватного соціального функціонування — у 17,4 % хворих.

До переліку аналізованих прогностичних ознак неврастенії було включено: клініко-психопатологічний симптомокомплекс; характеристика невротичного конфлікту з визначенням зон дії психотравмуючих чинників в сферах мотивації психологічних настанов і поведінкового реагування, тип соціограми сім'ї; рівень церебральної органічної недостатності; блок коморбідної соматичної патології; психологічні ознаки — психологічна реакція на стрес, рівень тривоги, депресії, тип акцентуації характеру; клініко-лабораторні показники катехоламінергічної і серотонінергічної систем, рівня мелатоніну, опіоїдних гормонів.

Результати проведеного нами дослідження дозволили виділити і систематизувати ознаки, що мають високу інформативність у прогнозуванні розвитку сприятливих і несприятливих форм неврастенії.

Найбільш прогностично значущими для умовно позитивного прогнозу неврастенії були такі клініко-анамнестичні дані (табл. 1): відсутність скарг на зниження пам'яті (ПК = +4,18) та концентрацію уваги (ПК = +3,48), відсутність симптому емоційної лабільності (ПК = +6,61), відсутність зниження інтересу до дій (ПК = +3,96), відсутність вираженої стомлюваності (ПК = +3,09) і збудження (ПК = +3,40).

Таблиця 1

Клініко-психологічні прогностичні критерії перебігу неврастенії у підлітків

Ознаки	Градація/тип ознак	ПК	Інформа- тивність
1	2	3	4
Клініко-психопатологічний симптомокомплекс			
Зниження пам'яті	є	-3,76	0,80
	немає	4,18	0,89
Труднощі у концентрації уваги	є	-2,51	0,40
	немає	3,48	0,56
Емоціональна лабільність	є	-4,85	1,37
	немає	6,61	1,87
Ефективність	є	-1,54	0,17
	немає	2,64	0,29
Девіантна поведінка	є	-1,26	0,12
	немає	2,31	0,21
Збудженість	є	-2,16	0,31
	немає	3,22	0,46
Ейфоричність	є	-0,74	0,04
	немає	1,59	0,09
Депресія	є	-2,99	1,27
	немає	1,97	0,15
Анорексія	є	-0,51	0,02
	немає	1,17	0,05
Іпохондричність	є	-1,54	0,17
	немає	2,64	0,29
Зниження інтересу до подій, що відбуваються	є	-3,30	0,65
	немає	3,96	0,78
Нав'язливі дії, думки	є	-0,74	0,04
	немає	1,59	0,09
Тривожність	є	-1,84	0,22
	немає	2,42	0,29
Головний біль	є	-3,76	0,80
	немає	4,18	0,89
Запаморочення	є	-1,54	0,17
	немає	2,64	0,29
Втомлюваність	є	-2,82	0,46
	немає	3,09	0,50
Слабкість	є	-1,84	0,23
	немає	2,93	0,37
Дратівливість	є	-2,96	0,52
	немає	3,40	0,59
Інтрасомнічні розлади	є	-1,26	0,12
	немає	2,31	0,21
Пресомнічні розлади	є	-0,93	0,06
	немає	1,52	0,10
Страхи	є	-0,42	0,01
	немає	0,80	0,03
Енурез	є	-2,32	0,34
	немає	3,00	0,44
Вегето-вісцеральні пароксизми	є	-1,21	0,10
	немає	1,84	0,15
Панічні атаки	є	-1,51	0,15
	немає	2,14	0,22
Диспное	є	-2,18	0,30
	немає	2,69	0,36
Кардіосенестопатії	є	-0,74	0,04
	немає	1,59	0,09

Продовження таблиці 1

Ознаки	Градація/тип ознак	ПК	Інформа- тивність
1	2	3	4
Характеристика невротичного конфлікту			
Компонентність	вітальний	-0,42	0,01
	сексуальний	-0,67	0,03
	особистісних цінностей	-4,05	0,97
Ступінь вираженості	високий	-0,93	0,06
	середній	-3,76	0,80
	низький	-0,51	0,02
Спрямованість конфлікту	міжособистісна	-1,54	0,17
	внутрішньо-особистісна	-4,85	1,37
	змішана	-2,16	0,31
Тип перебігу конфлікту	гострий	-0,42	0,01
	затяжний	-0,67	0,03
	хронічний	-4,05	0,97
Тип соціограми родини	гармонійний	3,22	0,46
	негармонійний	-2,16	0,31
Ступінь вираженості церебрально-органічної патології	не виражена	3,40	0,59
	помірно виражена	-2,96	0,52
	виражена	-1,35	0,13
Коморбідна соматична патологія	не має	2,31	0,21
	зоб	-1,94	0,10
	системна дисплазія сполучної тканини	-3,68	0,74
	інша	-2,32	0,14
Психологічні ознаки			
Стрес	відсутній	3,69	0,78
	низький рівень стресу	1,48	0,09
	середній рівень стресу	-4,05	0,97
	високий рівень стресу	-1,97	0,25
Тривога	відсутня	2,93	0,37
	низький рівень тривоги	1,84	0,15
	середній рівень тривоги	-4,05	0,97
	високий рівень тривоги	-1,21	0,10
Рівень депресії	відсутня	1,10	0,05
	мінімальна	-3,18	0,30
	помірна	—	—
Наявність акцентуації характеру	виражена	—	—
	відсутня	0,56	0,97
	гіпертимна	-2,82	0,46
	епілептоїдна	—	—
	циклоїдна	-0,32	0,01
	інша	-3,30	0,65

Серед особисто-психологічних чинників — низький рівень тривоги (ПК = +1,84) і стресу (ПК = +1,48), мінімальний коефіцієнт депресії (межа коливань від 0 до 44 балів).

До сприятливих ознак психогенезу неврастенії у підлітків також були віднесені: чинник відсутності або наявності незначної органічної церебральної симптоматики, відсутність важкої коморбідної соматичної патології (зоб, виражені прояви СДСТ, хронічний гастродуоденіт та ін.).

Було встановлено, що найбільш інформативними діагностичними і прогностичними маркерами у формуванні несприятливого типу перебігу неврастенії були такі ознаки: клініко-психопатологічний, астеничний симптомокомплекс, емоційна лабільність (ПК = -4,85), зниження пам'яті (ПК = -3,76), цефалгії (ПК = -3,76), стомлюваність (ПК = -2,82), дратівливість (ПК = -2,96), наявність енурезу (ПК = -2,32).

Важливим патогенетичним чинником, що сприяє персистенції психопатології і рівню невротизації в групі хворих підлітків з неврастенією, був чинник коморбідності з системною дисплазією сполучної тканини (ПК = -3,08).

До чинників що сприяють фіксації зтяжненого перебігу неврастенії у підлітків, можна віднести неправильні типи виховання (гіперпротективні, конфліктні, з емоційним відчуженням в сім'ях (ПК = -2,16), резидуальні прояви ранньої церебральної органічної недостатності (ПК = -2,96).

Простежено чітку залежність між перебігом неврастенії і наявністю патології сполучної тканини диспластичного генезу (ПК = -3,18). Вивчення катамнезу свідчить, що у підлітків формуються стійкі емоційні порушення, обумовлені хронічною залишковим напруженням м'язів спини і шиї, головним болем, вегетативною недостатністю.

Фенотипічні прояви патології сполучної тканини у підлітків з високим ступенем стигматизації (астенична статура, відкоплені вуха, деформація грудини, сутулість, неправильне зростання зубів і т. п.) відіграють на перших етапах формування неврастенії роль неспецифічних чинників психологічної травматизації, надалі

вони набувають значення специфічних. Враховуючи мультифакторіальний характер етіології неврозу, можна припустити, що відбувається накопичення наявних спадково-конституціональних чинників, перинатальної патології, ендокринних змін пубертатного періоду, психоемоційних стресів, в т. ч. пов'язаних із прийняттям власного захворювання.

У підлітків на тлі СДСТ простежено трансформацію неврастенії в невротичний розлад, хронічний соматоформний больовий розлад, іпохондричну девіантну поведінку.

Стабільне психологічне ядро невротичного розладу, що формується, неадекватні механізми психологічного захисту, що підтверджується низькими показниками тесту якості життя за шкалами «Фізичне благополуччя», «Загальне сприйняття життя», «Працездатність», є діагностичними маркерами хронічного типу перебігу невротичного розладу — неврастенії у підлітків.

Серед психологічних особливостей найбільш інформативним у визначенні прогнозу неврастенії був середній рівень стресу (ПК = -4,05). Кореляційного зв'язку клінічних симптомів неврастенії з первинною психогенією не було виявлено. У цих підлітків було встановлено різні варіанти психологічного захисту регресивного типу: відхід від боротьби, входження в хворобу, «іпохондризація», відмова від боротьби і соціальної активності. У більшості з них хвороба стала способом життя, «рентності» соціальних обмежень.

У формуванні патологічного психологічного гомеостазу у підлітків з неврастенією були виділені такі чинники як середній рівень тривоги (ПК = -4,05), мінімальна депресія (ПК = -2,18), недиференційовані типи акцентуації характеру (ПК = -3,30).

Аналіз стану нейромедіаторів, проведений у хлопчиків і дівчат з невротичними розладами в різних вікових групах (13—14 років та 15—17 років), довів, що зміни в активності симпатоадреналової системи і гормонопродукуючої функції епіфізу в вікових підгрупах мали односпрямований характер, що дозволило нам об'єднати їх для подальшого аналізу прогностичних критеріїв перебігу неврастенії (табл. 2).

Таблиця 2

Лабораторні прогностичні критерії перебігу неврастенії у підлітків

Ознака	Градація ознак	Стать хворих			
		хлопчики		дівчата	
		ПК	Інформативність	ПК	Інформативність
Діоксифенілаланін, нмоль/добу	— підвищений	-1,76	0,04	-2,11	0,100
	— нормальний	4,26	0,44	3,17	0,570
	— знижений	-1,09	0,09	-4,33	0,570
Дофамін, нмоль/добу	— підвищений	—	—	—	—
	— нормальний	1,76	0,04	—	—
	— знижений	-0,67	0,04	-5,12	1,770
Норадреналін, нмоль/добу	— підвищений	-1,76	0,04	-0,17	0,001
	— нормальний	6,02	1,13	—	—
	— знижений	-2,55	0,43	-1,93	0,210

Ознака	Градація ознак	Стать хворих			
		хлопчики		дівчата	
		ПК	Інформативність	ПК	Інформативність
Адреналін, нмоль/добу	— підвищений	—	—	-2,39	0,200
	— нормальний	1,25	0,08	—	—
	— знижений	-0,97	0,06	-1,14	0,080
Серотонін, нмоль/л	— підвищений	-0,28	0,01	-0,05	0,001
	— нормальний	0,79	0,01	1,60	0,050
	— знижений	—	—	—	—
5-оксііндолоцетова кислота, нмоль/добу	— підвищений	-3,52	0,73	-1,90	0,280
	— нормальний	—	—	—	—
	— знижений	—	—	—	—
Мелатонін, нмоль/добу	— підвищений	—	—	-0,35	0,001
	— нормальний	4,77	0,53	2,08	0,210
	— знижений	-0,67	0,04	-2,11	0,200
β-ендорфіни, нг/мл	— підвищений	-1,25	0,05	—	—
	— нормальний	—	—	—	—
	— знижений	-3,52	0,73	-1,76	0,220

Умовно прогностично сприятливими ознаками для хлопців з неврастенією були: нормальні рівні екскреції норадреналіну (ПК = +6,02), мелатоніну (ПК = +4,77), діоксифенілаланіну (ПК = +4,26), дофаміну (ПК = +1,76), адреналіну (ПК = +1,25), серотоніну (ПК = +0,79).

Умовно прогностично негативними (несприятливими) ознаками для хлопців щодо перебігу неврастенії слід вважати наявність: зниженого рівня β-ендорфінів (ПК = -3,52), зниженого рівня екскреції норадреналіну (ПК = -2,55), діоксифенілаланіну (ПК = -1,09), адреналіну (ПК = -0,97), дофаміну (ПК = -0,67), мелатоніну (ПК = -0,67), а також підвищений рівень серотоніну (ПК = -0,28) та 5-оксііндолоцетової кислоти (ПК = -3,52).

Аналіз прогностичних критеріїв умовно негативного перебігу неврастенії у дівчат-підлітків показав, що ці показники достовірно не відрізнялися від показників у хлопців: знижений рівень екскреції дофаміну (ПК = -5,12), діоксифенілаланіну (ПК = -4,33), мелатоніну (ПК = -2,11), норадреналіну (ПК = -1,93), адреналіну (ПК = -1,14), а також підвищений рівень 5-оксііндолоцетової кислоти (ПК = -1,90) та знижений рівень β-ендорфінів (ПК = -1,76). Отже, у підлітків з несприятливим типом перебігу неврастенії порушення активності симпатоадреналової системи йде шляхом виснаження.

Таким чином, у результаті дослідження виділені і систематизовані інформативні ознаки, що є найбільш істотними у прогнозі неврастенії. Це дозволяє оцінити особливості клінічного перебігу в динамічному аспекті і розробити адекватні лікувальні, реабілітаційні та психопрофілактичні програми з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу невротичної хвороби у підлітків.

Список літератури

1. Марута Н. А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. — Харьков, 1997. — Т. 3, № 3. — С. 16—20.
2. Гурович И. Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Социальная и клиническая психиатрия. — 2001, № 1. — С. 5—9.
3. Михайлова Э. А., Проскурина Т. Ю. Современный аспект охраны психического здоровья детей и подростков // Архив психиатрии. — 2001. — № 4 (27). — С. 21-23.
4. Михайлова Э. А., Даниленко Г. Н., Куринная Е. Г. Состояние психического здоровья современных школьников // Український вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 3 (36). — С. 67—71.
5. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах: Монография. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.

Надійшла до редакції 14.02.2007 р.

Т. Ю. Проскурина

Динамика и прогнозы неврастеннии у подростков

*Институт охраны здоровья детей и подростков
АМН Украины (г. Харьков)*

На основе клинко-психопатологических, нейрогормональных исследований 137 подростков с неврастенией была изучена регулярность развития невротического расстройства, его типы, причины и разработаны определенные критерии его прогнозов.

T. Yu. Proskurina

Dynamics and prognosis of neurasthenia in adolescents

*Institute of Children and Adolescents Health Care
of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

On the basis of clinico-psychopathological neurohormonal diagnostic investigation of 137 adolescents with neurasthenia there were studied the regularity of neurotic disorder development, the type of it's course, and certain criteria for its prognosis were worked out.