

О. А. Потапенко

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ОЦІНКА ФІЗИЧНОГО І ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ПОДРУЖЖЯ І РОЛЬ ЦИХ ПОКАЗНИКІВ У ФОРМУВАННІ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСГАРМОНІЇ СІМ'Ї, ДЕ ЧОЛОВІК ХВОРІЄ НА ХРОНІЧНИЙ ПРОСТАТИТ, УРЕТРИТ ЧИ ВЕЗИКУЛІТ

До останнього часу розвиток медичної сексології був спрямований, здебільшого, на вивчення етіології, патогенезу, клініки і перебігу сексуальних розладів окремо у чоловіків і жінок.

Між тим сексуальна функція є парною і залежить не тільки від сексуального статусу кожного із подружжя, але і від їх соматосексуального і психосексуального розвитку, взаємної психофізіологічної адаптації [1, 4, 5]. Підвищення зацікавленості спеціалістів питаннями корекції сексуальної дисгармонії подружньої пари і відновлення сексуального здоров'я подружжя зумовлене великою значущістю добробуту сім'ї [3, 6].

Виходячи із багатомірності забезпечення сексуальної функції і сексуальної гармонії, слід вважати, що тільки системний підхід до їх вивчення надасть можливості вірно визначити роль усіх компонентів сексуальної гармонії в генезі сексуальних розладів і сексуальної дисгармонії [2].

З метою вивчення ролі фізичного та психічного розвитку подружньої пари з сексуальною дисгармонією та хронічним простатитом, уретритом чи везикулітом у чоловіка ми досліджували 155 таких подружніх пар та простежили, які з цих факторів найбільш імовірно могли б сприяти дисгармонії, чи вони взагалі не відіграють суттєвої ролі в механізмі її розвитку.

Під час дослідження 155 чоловіків за даними анамнезу було встановлено, що в 59 (38,06 %) осіб спадковість обтяжена (у 31 (11,61 %) чоловіків страждали нічними страхами. 35 (22,58 %) хворих були єдиною дитиною в родині, 37 (23,87 %) — були старшими з дітей, 25 (16,13 %) — середніми і 58 (37,42 %) — молодшими. Стосунки між дітьми у 84 (54,19 %) випадках були нормальні, у 30 (19,36 %) — байдужі та у 41 (26,45 %) — недобррозичливі. 131 (84,52 %) чоловік у дитинстві виховувався в родині батьком і матір'ю, 18 (11,16 %) — з вітчимом, у 6 (3,87 %) випадках діти виховувалися мачухою та в чужій родині. Конфлікти в родині батьків у 84 (54,20 %) хворих були відсутніми, у 42 (27,09 %) — були рідкими, та у 29 (18,71 %) — частими. Мотиви конфліктів між батьками у 29 (18,70 %) випадках були побутового характеру, у 18 (11,61 %) — матеріального й у 24 (15,48 %) — морального. Ставлення до хворого в дитинстві у 125 (80,65 %) випадках відзначене як нормальне, у 21 (13,54 %) — байдуже і в 9 (5,81 %) випадках — недобррозичливе та пригнічуюче. Ставлення батьків до хвороби пацієнта в дитинстві було у 13 (8,39 %) надмірно уважне, у 130 (83,87 %) — адекватне та у 12 (7,74 %) — байдуже. Ставлення хворого до батьків у 139 (89,67 %) випадках оцінювалося як позитивне, у 16 (10,33 %) випадках — як байдуже та негативне.

Хворі аналізованої групи навчалися в школі на «відмінно» — 5 (3,22 %), «добре» — 37 (23,87 %), «задовільно» — 98 (63,23 %) і 15 (9,68 %) — «незадовільно». Взаємовідносини з учителями у 119 (76,78 %) чоловіків

відзначені як задовільні, у 24 (15,48 %) — вибірково та у 12 (7,74 %) — байдужі. У 125 (80,65 %) досліджуваних ставлення батьків до успішності хворого в школі було адекватним, у 30 (19,35 %) — байдужим. Контакти з однолітками у 73 (47,10 %) чоловіків оцінювалися як широкі, у 61 (39,36 %) — середні і у 21 (13,54 %) — обмежені. Характер контактів у 73 (47,09 %) був позитивним, у 60 (38,72 %) — вибірково та у 22 (14,19 %) — байдужим. У 77 (49,67 %) хворих контакт виявився тривалим, у 65 (41,95 %) — хитким і у 13 (8,38 %) — негативним. За характером стосунків з однолітками 12 (7,74 %) чоловіків охарактеризували себе як лідери, 137 (88,39 %) — не виділялися із загального оточення і 6 (3,87 %) — не сприймалися товаришами. У 72 (46,45 %) випадках відзначалися фактори, що призводили до перенапруження соматичної та нервової систем (порушення в режимі харчування, несприятливі умови в родині або на роботі, пов'язані з постійним емоційним напруженням і т. ін.). До свого здоров'я 65 (41,93 %) хворих ставилися адекватно, 72 (46,46 %) — недбало і 18 (11,61 %) — безрежливо. 118 (76,13 %) були задоволені своїм матеріальним становищем, а 37 (23,87 %) — незадоволені. Побутові умови у 79 (50,96 %) випадках відзначалися як нормальні, у 58 (37,42 %) — як середні, а у 18 (11,62 %) — як незадовільні. Стосунки в родині відзначені як задовільні в 90 (50,07 %) осіб, у 65 (41,93 %) — як конфліктні. Конфлікти у 25 хворих чоловіків були з дружиною, у 19 — з батьками і у 21 — з родичами. Соціальні зв'язки у 112 (72,26 %) чоловіків оцінені як широкі, у 30 (19,35 %) — середні і у 13 (8,39 %) — обмежені. 79 (50,96 %) обстежених задоволені своєю освітою, а 76 (49,04 %) — незадоволені. Трудову діяльність 43 чоловіки (27,75 %) розпочали до 15 років, 53 (34,19 %) — у 16—17 років, 41 (26,45 %) — у 18—19 років і 18 (11,61 %) — у 22 роки і старші. Вибрана професія у 96 (61,93 %) випадках відповідала інтересам, у 23 (14,84 %) — виявилася випадковою і у 36 (23,23 %) — вимушеною. На час обстеження 113 (72,90 %) чоловіків задоволені своєю професією, 42 (27,10 %) — незадоволені. Виробнича кваліфікація у 23 (14,83 %) чоловіків оцінена як висока, у 96 (61,94 %) — як середня і у 36 (23,23 %) — як низька. Динаміка її відзначена підвищеною у 102 (65,81 %), без змін — у 35 (22,58 %), зниженою — у 18 (11,61 %) пацієнтів. Ставлення до роботи у 23 (14,84 %) чоловіків було байдужим, у 23 (14,84 %) — позитивним, у 109 (70,32 %) — старанним. 18 (11,61 %) пацієнтів роботу міняли часто, 137 (88,39 %) — рідко. 143 (92,26 %) хворих задоволені своїми виробничими показниками, 12 (7,74 %) — незадоволені. Обстанова на роботі у 119 (76,78 %) обстежених характеризувалася як спокійна, у 36 (23,22 %) — неспокійна. Трудову діяльність під час хвороби 98 (63,23 %) хворих оцінювали як середню, а 57 (36,77 %) — як низьку. 60 (38,72 %) хворих ставилися до своєї роботи позитивно, 54 (34,83 %) — байдуже і 41 (26,45 %) — негативно.

Стосунки хворого з колективом на роботі під час хвороби у 91 (58,71 %) випадку визначені як задовільні, у 41 (26,45 %) — байдужі, у 23 (14,84 %) — вибіркові. До хворого на роботі у 125 (80,65 %) спостереженнях оточуючі ставилися добре, у 18 (11,61 %) — байдуже та у 12 (7,74 %) — недоброзичливо.

Під час аналізу соматичних захворювань у досліджуваній групі хворих було відзначено: 18 (11,61 %) чоловіків хворіли на ревматизм, у 48 (30,96 %) — в гострому періоді захворювання аускультативно встановлено ослаблення тонів серця, 12 (7,74 %) чоловіків хворіли на сечокам'яну хворобу, 5 (3,22 %) — на гастрит, 12 (7,74 %) — страждали хворобою Боткіна, у 5 (3,22 %) випадках спостерігався цироз печінки та жовчнокам'яна хвороба.

Захворювання ЛОР-органів діагностовано у 5 (3,22 %) випадках, хірургічні захворювання — у 18 (11,61 %).

У неврологічному статусі ознак органічного ураження черепно-мозкових нервів не виявлено. Під час перевірки сухожильних та надкісткових рефлексів на верхніх та нижніх кінцівках встановлено, що згинальні ліктьові у 84 (54,19 %) випадках були живими, у 23 (14,84 %) — пожвавленими, у 50 (32,25 %) — пониженими. Розгинальні ліктьові у 108 (69,67 %) осіб — живі, у 47 (30,33 %) — низькі. Карпорадіальні рефлекси живими виявилися у 84 (54,19 %) осіб, підвищеними — у 6 (3,87 %) і низькими — у 65 (41,94 %) пацієнтів. Колінні рефлекси живими були у 84 (54,19 %) хворих, підвищеними — у 45 (29,05 %), високими — у 15 (9,67 %) і низькими у 11 (7,09 %) осіб. Ахіллові рефлекси діагностовано живими у 84 (54,19 %) осіб, підвищеними — у 6 (3,87 %) хворих і низькими — у 65 (41,94 %) випадках. Черевні рефлекси у 112 (72,26 %) пацієнтів оцінені як живі, а у 43 (27,74 %) — як низькі, підшовні, відповідно, живі — у 137 (88,39 %) і низькі — у 18 (11,61 %) хворих. У 72 (46,45 %) випадках мали місце порушення під час виконання координаційних рухів (пальцево-носова проба у 14 чоловіків і по 58 спостереженнях — у сполученні з інтенційним тремором та хитанням у позі Ромберга). Порушення чутливості відзначено у 6 (3,87 %) хворих.

Дослідивши вегетативну нервову систему, ми встановили, що око-серцевий рефлекс Даніні — Ашнера позитивним був у 101 випадку (61,16 %), різко позитивним — у 53 (34,19 %); кліностатичний рефлекс, відповідно, у 125 (80,64 %) та 30 (19,35 %) випадках. Ортостатичний рефлекс у 94 (60,64 %) чоловіків виявився позитивним, а у 59 (38,06 %) — різко позитивним. Реакція при дослідженні болючих зон Маркелова — Бірабрайтера, Лапінського в ділянці скроневі артерії зареєстрована позитивною у 60 (38,72 %) хворих, негативною — у 96 (61,94 %); у зоні шийного симпатичного сплетіння — позитивною у 30 (19,35 %) осіб та негативною у 125 (80,65 %) хворих; у зоні надпліччя відповідно у 90 (50,07 %) і в 65 (41,83 %) хворих. Реакцію у нижньогрудній ділянці (позаду) зліва — «гедовська» ділянка сонячного сплетіння — позитивною діагностовано у 13 (8,39 %) чоловіків, негативною — у 142 (91,61 %). Позитивною спереду зона сонячного сплетіння відзначена у 96 (61,94 %) хворих, різко позитивною — у 23 (14,84 %) та негативною — у 36 (23,23 %). Зона підчеревного сплетіння позитивною виявилася у 76 (49,04 %) осіб, різко позитивною — у 6 (3,87 %) хворих і негативною — у 72 (46,46 %) пацієнтів. Точки Лапінського у 6 (3,87 %) чоловіків були позитивні, у 149

(96,12 %) — негативні; зона литкових м'язів відповідно у 6 (3,87 %) та у 149 (96,12 %) пацієнтів.

Досліджуючи дружин хворих за тими ж параметрами, що й їхніх чоловіків, ми встановили, що у 24 (15,48 %) осіб спадковість була обтяжена (у 13 осіб неврозами та у 11 — алкоголізмом). В усіх випадках на ці захворювання хворіли батьки. У дитинстві 10 (6,45 %) жінок були надмірно збудливими. 44 (28,39 %) жінки були єдиними дітьми в сім'ї, 40 (25,81 %) — старшими з дітей, 37 (23,87 %) — середніми і 34 (21,93 %) — молодшими. Стосунки між дітьми у 145 (93,55 %) випадках були нормальними, у 10 (6,45 %) — байдужими. 141 (90,97 %) жінка у дитинстві виховувалася батьком і матір'ю, 10 (6,45 %) — з вітчимою і 4 (2,58 %) — у чужій сім'ї. Конфлікти у сім'ї батьків у 58 (37,42 %) жінок були відсутні, у 63 (40,64 %) — рідкими та у 34 (21,94 %) — частими. Мотиви конфліктів батьків у 53 (34,29 %) обстежених жінок виявилися побутового характеру і у 14 (9,03 %) випадках — матеріального, морального та зумовленого характерологічно. Ставлення в дитинстві до жінок у 141 (90,97 %) випадку відзначено як нормальне, у 14 (9,03 %) — байдуже. Ставлення батьків до хвороб жінок у дитинстві було у 4 (2,58 %) надмірно уважне, у 147 (94,84 %) — адекватне, та у 4 (2,58 %) — байдуже. Ставлення досліджуваних жінок до батьків у 145 (93,55 %) випадках оцінювалося як позитивне, а у 10 (6,45 %) — як негативне. 63 (40,64 %) жінки у дитячому віці перенесли психічні травми (7 — втратили близьких, у 56 — були конфлікти з близькими і між близькими).

Серед жінок досліджуваної групи 10 (60,45 %) навчалися у школі відмінно, 72 (46,45 %) — добре і у 73 (47,10 %) — задовільно. Взаємовідносини з учителями у 141 жінки (90,77 %) відзначені як нормальні, у 4 (2,58 %) — вибіркові, у 10 (6,45 %) — байдужі. У 145 (93,55 %) спостереженнях ставлення батьків до успішності дітей у школі було адекватним, у 10 (6,45 %) — байдужим. Контакти з однолітками у 40 (25,81 %) жінок оцінювалися як широкі, у 111 (71,61 %) — середні та у 4 (2,58 %) — обмежені.

Характер контактів з оточуючими у 150 (96,78 %) жінок був позитивним, у 5 (3,22 %) — вибірковим. У 140 (90,33 %) досліджуваних контакт виявився тривалим і у 15 (9,67 %) — неврівноваженим. За характером стосунків з однолітками 5 (3,22 %) жінок охарактеризували себе як лідери, 150 (96,78 %) — не виділялися з загального оточення. У 87 (56,12 %) жінок відзначалися фактори, які призводять до перенапруження соматичної та нервової систем, з них у 16 встановлені порушення в режимі харчування та у 71 — несприятливі умови в родині або на роботі, пов'язані з постійним емоційним напруженням. До свого здоров'я 150 (96,78 %) жінок ставилися адекватно і 5 (3,22 %) — недбало. Менструальний цикл у 140 (90,33 %) жінок — був нормальним, у 15 (9,67 %) — із порушеннями. 43 (27,75 %) жінки задоволені своїм родинним станом і 112 (72,25 %) — незадоволені. За кількістю дітей вони розподілилися так: 34 (21,93 %) жінки мали по одній дитині, 43 (27,75 %) — по дві, 14 (9,03 %) — по три та 4 (2,58 %) — по чотири. Інші жінки дітей не мали. 112 (72,25 %) жінок задоволені своїм матеріальним становищем, 43 (27,75 %) — незадоволені. Побутові умови 84 жінки (54,19 %) відзначали як нормальні, 67 (43,23 %) — як середні та

4 (2,58 %) — як ненормальні. Стосунки в родині визначені як нормальні у 9 (5,80 %) жінок, у 146 (94,20 %) — конфліктні. Конфлікти у 92 (59,36 %) досліджуваних були з чоловіками, у 46 (29,68 %) — з дітьми та у 17 (10,96 %) — з батьками. Соціальні зв'язки у 14 (9,03 %) жінок оцінені як широкі, у 98 (63,22 %) — середні та у 43 (27,75 %) — як негативні.

43 жінки (27,75 %) мали початкову освіту, 26 (16,78 %) — неповну середню, 63 (40,64 %) — середню, 19 (12,25 %) — незакінчену вищу і 4 (2,58 %) — вищу. 107 (69,04 %) пацієнток задоволені своєю освітою, 48 (30,96 %) — незадоволені.

Прожили велику частину життя в селі 63 жінки (40,64 %), у місті — 92 (59,36 %). Трудову діяльність почали: 42 особи (27,09 %) до 15 років, у 16—17 років — 59 (38,08 %) жінок, у 18—19 років — 48 (30,96 %) та у 20 років — 6 (3,87 %) жінок.

Обрана професія у 80 (51,62 %) випадках відповідала інтересам досліджуваних, у 64 (41,29 %) — виявилася випадковою та у 11 (7,09 %) — вимушеною. 139 (89,68 %) жінок на момент огляду задоволені своєю професією, 16 (10,32 %) — незадоволені. Виробнича кваліфікація у 48 (30,96 %) жінок оцінена високою, у 96 (61,95 %) — середньою та у 11 (7,09 %) — низькою. Динаміка її відзначена підвищеною у 35 (22,58 %) обстежених, без змін — у 109 (70,33 %) і зниженою — у 11 (7,09 %). Ставлення до роботи у 60 (38,70 %) жінок було позитивним, у 95 (61,30 %) — старанним. 15 (9,67 %) жінок роботу міняли часто, 140 (90,33 %) — нечасто. 141 обстежена (92,91 %) задоволена своїми виробничими показниками, 11 (7,09 %) незадоволені. Обстановка на роботі у 128 (82,59 %) жінок характеризувалася як спокійна, у 27 (17,41 %) — неспокійна. 11 (7,09 %) жінок ставилися до своєї роботи позитивно, 102 (65,82 %) — байдуже, і 42 (27,09 %) — негативно. Стосунки жінок з колективом на роботі в 15 (9,67 %) випадках охарактеризовані як нормальні, у 134 (86,46 %) — байдужі, у 6 (3,87 %) випадках визначалися як вибіркові та конфліктні. На роботі до 144 (92,91 %) з обстежених жінок оточуючі ставилися нормально, до 11 (7,09 %) — недобррозичливо.

У соматичному статусі відзначено, що 4 жінки (2,58 %) хворіли на стенокардію, 10 (6,45 %) — на кардіосклероз та гіпертонічну хворобу та 14 (9,03 %) — на ревматизм, 4 пацієнтки (2,58 %) страждали на пієліт, у 10 жінок діагностовано виразкову хворобу шлунка та 12-палої кишки та у 4 (2,58 %) — безкам'яний холецистит.

Захворювання ЛОР-органів виявлені у 4 (2,58 %) випадках, хірургічні захворювання — у 9 (5,80 %), гінекологічні — у 19 (12,25 %) обстежених жінок.

При неврологічному огляді у 43 (27,75 %) осіб виявлено мікросимптоматику з боку черепно-мозкових нервів (у 24 — з боку оculoмоторних нервів, у 18 — лицевого та в одному випадку — язико-глоточного нервів).

Перевіряючи сухожильні та надкiсткові рефлексy на верхніх та нижніх кінцівках, ми встановили, що згинальні ліктвові у 64 (41,29 %) випадках були живими, у 48 (30,96 %) — погаввлені та у 43 (27,75 %) — низькі; розгинальні ліктвові у 87 (56,14 %) осіб — живі, у 15 (9,67 %) — підвищені, у 53 (34,19 %) — низькі. Карпорадіальні живими виявилися у 97 (62,58 %), підвищеними — у 18 (11,61 %) та низькими — у 40

(25,81 %) жінок. Колінні рефлексy живими були у 97 (62,58 %) обстежених, підвищеними — у 18 (11,61 %), високими — у 25 (16,14 %) та низькими — у 15 (9,67 %) обстежених. Ахіллові рефлексy діагностовано живими у 83 (53,56 %) осіб, підвищеними — у 15 (9,67 %) і низькими — у 57 (36,77 %) випадках. Черевні рефлексy у 126 (81,30 %) пацієнток оцінені як живі, у 29 (18,70 %) — як низькі, підшовні, відповідно, живими — у 150 (96,78 %) випадках та низькими — у 5 (3,22 %) спостереженнях.

Відхилень під час виконання координаційних рухів та порушень чутливості не виявлено в жодному випадку.

Під час дослідження вегетативної нервової системи встановлено, що око-серцевий рефлекс Даніні — Ашнера позитивним був у 121 (78,06 %) випадках, різко позитивним — у 34 (21,94 %); кліностатичний рефлекс, відповідно, у 121 (78,06 %) і 34 (21,94 %) випадках. Ортостатичний рефлекс у 107 (69,04 %) жінок виявився позитивним, а в 48 (30,96 %) — різко позитивним.

Реакція при дослідженні болючих зон Маркелова — Біробрайтера, Лапінського у ділянці скроневої артерії зареєстрована позитивною в 53 (34,19 %) обстежених, негативною — у 102 (65,81 %); у зоні шийного симпатичного сплетіння — позитивною у 18 (11,61 %) осіб та негативною — у 137 (88,39 %); у зоні надпліччя, відповідно, у 53 (34,19 %) і в 102 (65,81 %) жінок. Реакція в нижньогрудній ділянці (позаду) зліва негативною була в усіх випадках. Спереду зону сонячного сплетіння діагностовано позитивною у 73 (47,09 %) жінок, різко позитивною — у 25 (16,14 %) та негативною — у 57 (36,77 %). Зона підчеревного сплетіння позитивною виявилася у 53 (34,19 %) осіб, різко позитивною — у 5 (3,22 %) та негативною — у 97 (62,59 %) жінок. Точки Лапінського у 19 (12,25 %) жінок були позитивними, у 136 (87,75 %) — негативними; зона литкових м'язів, відповідно, у 5 (3,22 %) та в 150 (96,78 %).

Отже, отримані нами дані не виявили будь-яких специфічних порушень загального психічного та фізичного розвитку подружніх пар, які могли б послабити сексуальну функцію та призвести, як наслідок, до сексуальної дисгармонії та порушення сімейної гармонії.

Список літератури

1. Ворник Б. М., Подшивалов К. В., Коломиец В. П. Влияние изменений «Я-концепции» мужчин, страдающих сексуальными расстройствами, на течение сексуальной дисгармонии супружеской (партнерской) пары. В кн.: Нарушение сексуального здоровья: Диагностика, коррекция, профилактика. — Харьков, 1997. — С. 112—116.
2. Горпинченко І. І., Імшенецька Л. П., Бойко М. І. та ін. Клінічна сексологія і андрологія / За ред. акад. НАН та АМН України О. Ф. Возіанова, проф. І. І. Горпинченка. — К.: Здоров'я, 1996. — 536 с.
3. Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
4. Кришталь В. В., Системный подход к диагностике и коррекции нарушенного сексуального здоровья // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. I Всесоюз. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 7—8.
5. Кришталь В. В. Сексуальная совместимость. В кн.: Психология: Словарь. — М.: Политиздат, 1990. — С. 355—356.
6. Мартыненко С. А. Нетрадиционные методы психотерапии в системе психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары В кн.: Нарушение сексуального здоровья: Диагностика, коррекция, профилактика. — Харьков, 1997. — С. 159—162.

Надійшла до редакції 26.01.2007 р.

О. А. Потапенко

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).