

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Висвітлено сучасний стан проблеми біполярного афективного розладу. Визначено особливості сомато- і психосексуального розвитку пацієнтів, характер підліткової депресії при зазначеній патології.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, сомато- і психосексуальний розвиток, підліткова депресія, жінки, чоловіки.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дають змогу людині вважати своє буття повноцінним та значущим, ставати активним і творчим членом суспільства. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної єдності, продуктивності праці, суспільного спокою, що сприяє зростанню благополуччя та економічного розвитку країни.

Поліпшення психічного здоров'я, профілактика психічних порушень, лікування, реабілітація осіб із проблемами психічного здоров'я та догляд за ними є пріоритетними завданнями для ВООЗ та її членів, країн Європейського Союзу, Ради Європи.

В Україні психічні хворі становлять майже 25% інвалідів, отже, ця проблема є дуже актуальною. Проте в точній оцінці розповсюдження такого патологічного стану, як біполярний афективний розлад (БАР) виникають певні труднощі, що пов'язано в тому числі і з різноманітністю критеріїв його визначення (при «широкому» підході частка людей, які страждають на нього, становить 7,0%, а при «консервативному» — менше 0,05%, але і з неминучою суб'єктивністю діагностики в психіатрії) [1]. Згідно з даними зарубіжної літератури (цит. за [1, 2]), поширеність БАР становить від 0,5 до 0,8% (5–8 осіб на 1 тис. населення), а за результатами досліджень вітчизняних фахівців серед пацієнтів психоневрологічних диспансерів на хворих із БАР припадає 0,045%.

Афективні розлади є важким ускладненням сексуальних розладів і, як наслідок, — порушень здоров'я сім'ї.

Чоловіки і жінки, а також представники різних культурних та етнічних груп хворіють на БАР однаково часто [3]. Ймовірність протягом життя захворіти на «класичний» БАР (принаймні з одним маніакальним епізодом) оцінюється в 2%, а без урахування форми розладу — у 4%. Сучасні епідеміологічні дослідження показали, що

ймовірність захворіти на БАР упродовж життя дорівнює для I типу (епізоди депресії чергуються з маніями) — $3,9 \pm 0,2\%$, для II типу (гіпоманіями) — $2,6 \pm 0,2\%$ [1]. Серед біполярних пацієнтів відзначається висока частота (до 75%) супровідних психічних розладів (зокрема тривожного). Точних даних щодо захворюваності в дитячому віці немає, оскільки застосованість критеріїв, призначених для діагностики у дорослих, обмежена. Загальна поширеність депресії (усіх різновидів) у юнацькому віці становить від 15 до 40% [1]. У багатьох роботах підкреслюється, що більшої поширеності афективних розладів у юнацькому віці відповідає і велика частота суїцидів [1, 3]. При цьому біполярні форми частіше розвиваються у віці до 25 років, а уніполярні — після 30 років. Це свідчить про важливість створення системи інформаційної, консультативної та психотерапевтичної допомоги не лише хворому, але і його родині.

Сучасна медицина широко використовує принципи інтегративного психосоматичного підходу для вивчення взаємозв'язку між станом центральної нервової системи, функціональної активності різних органів і систем, а також психологічними особливостями особистості [1–4]. Саме на особистісному рівні сприймається або не сприймається зміна функції в прийнятті рішення реагувати або не реагувати на це певними змінами у поведінці (на емоційному та поведінковому рівнях), які в результаті призводять до зміни структури. Це визначає взаємодію соматичної медицини, психологічних і психотерапевтичних підходів, зокрема застосування в психіатрії психологічних концепцій переживання хвороби [4, 5], ставлення до хвороби [6], внутрішньої картини хвороби [7, 8] та ін.

У сучасній психіатрії найбільш продуктивною моделлю вивчення психічних розладів є системний підхід, оскільки саме психічна адаптація завершує складну структуру гомеостатичних процесів. Ця обставина, а також відсутність наукових даних

щодо маніфестації БАР у дитячому та підлітково-му віці визначили необхідність здійснення нашого наукового дослідження.

Таким чином, метою здійснення наукового дослідження стало визначення форм сексуальної дезадаптації за допомогою системно-структурного аналізу стану здоров'я сім'ї за В. В. Кришталем [9] у подружніх парах, де у чоловіка або жінки було діагностовано БАР та ймовірність його маніфестації у дитячому та підлітковому віці.

Під спостереженням перебували 47 подружніх пар, які звернулися по психіатричну та сексологічну допомогу. У всіх подружжях чоловік (11 (23,4%)) або дружина (36 (76,6%)) мали діагностований БАР.

Проводилися соціально-демографічне, психоанамнестичне, клініко-психопатологічне [10], спеціальне сексологічне дослідження з використанням поглибленого вивчення спеціального сексологічного анамнезу та статистична обробка отриманих даних. Переважна більшість пацієнтів — 74 (78,72%) — були у віці від 23 до 30 років, 15 (15,96%) — 31–35 років, 5 (5,32%) — 36–40 років. Чоловіки і дружини належали до однієї вікової групи, за винятком 5 (10,64%) подружніх пар, в яких дружини були на 10–12 років молодші за своїх чоловіків (усі ці жінки перебували у другому шлюбі), і 3 (6,38%), де жінки були старші на 3–5 років за своїх чоловіків.

Аналіз соціально-демографічних характеристик обстежених виявив однорідність основних показників, що стало підставою для висновку про репрезентативність отриманих результатів дослідження. Серед подружніх пар, що перебували під спостереженням, після проведення системно-структурного аналізу стану здоров'я сім'ї за В. В. Кришталем [9] було виділено дві групи. До першої увійшло 31 (65,95%) подружжя з первинною сексуальною дезадаптацією, у жінок яких було діагностовано БАР; до другої — 16 (34,04%) таких пар з діагностованим БАР у чоловіків. При вивченні соматичного стану в чоловіків не було виявлено захворювань, які могли б негативно впливати на сексуальну функцію, за винятком застійного простатиту, діагностованого у 14,9% осіб, який був наслідком нерегулярного статевого життя та послаблював їх потенцію. Вивчення особливостей соматосексуального розвитку контингенту в ході проведення спеціального сексологічного обстеження показало, що 7 (14,9%) чоловіків і 12 (25,53%) жінок в обох групах прискорено розвивалися, випереджаючи своїх однолітків у зрості, масі тіла і фізичній силі приблизно на 1,5–2 роки. Деяко відставали у фізичному розвитку і були більш слабкими 11 (23,4%) чоловіків і 7 (14,9%) жінок. У 12 (25,53%) обстежених чоловіків і 23 (48,93%) жінок темпи соматосексуального роз-

Таблиця 1

Характеристика темпів соматосексуального розвитку обстежених подружніх пар

Темпи розвитку	Групи подружніх пар				Разом, n = 47	
	перша, n = 31		друга, n = 16			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Прискорений	5 8	16,13 25,81	2 4	12,50 25,0	7 12	14,9 25,53
Затриманий	8 4	25,81 12,90	3 3	18,75 18,75	11 7	23,4 14,90
Дисгармонійний	10 3	32,25 9,68	7 2	43,75 12,50	17 5	36,17 10,64
Нормальний	8 16	25,81 51,61	4 7	25,00 43,75	12 23	25,53 48,93

Примітка. У чисельнику — кількість чоловіків, у знаменнику — жінок. Те саме у табл. 2, 3.

витку були нормальними, і за фізичним розвитком вони не відрізнялися від своїх однолітків (табл. 1).

Результати вивчення темпів соматосексуального розвитку свідчать про те, що їх порушення у чоловіків траплялися частіше, ніж у їхніх дружин. Дисгармонійне статеве дозрівання визначалося у 17 (36,17%) чоловіків. Прискорений соматосексуальний розвиток характеризувався раннім пробудженням статевого потягу (підлітки до 11–12 років). При дисгармонійному характері соматосексуального розвитку була порушена послідовність появи ознак статевого дозрівання. Якщо в одних пацієнтів вторинні статеві ознаки були сформовані до 13–15 років, а поява сексуальних інтересів і перші полюції спостерігались в 16–17 років, то в інших відзначалася зворотна залежність.

У значній частині спостережень (51,06% жінок та 23,4% чоловіків) темпи психосексуального розвитку були нормальними (табл. 2). Однак наявність прискореного (21,28%) і частіше ретардованого (затриманого), особливо у чоловіків (55,32%), психосексуального розвитку в пре- та пубертатному віці надавало цьому процесу характер дисгармонійного, дизонтогенетичного і призводило до порушення процесу комунікації, особливо з представниками протилежної статі, формуванню та закріпленню в подальшому замісних і сурогатних форм сексуальної активності. У 51,06% жінок в обох групах темпи психосексуального розвитку були нормальними.

Формування статевої самосвідомості відбулось у віці 3–4 роки у 7 (22,58%) чоловіків першої та 3 (18,75%) — другої групи; 4–5 років — відповідно у 21 (67,74%) і 12 (75,0%); 5–6 років — у 3 (9,68%)

Таблиця 2

Характеристика темпів психосексуального розвитку обстежених подружніх пар

Темпи розвитку	Групи подружніх пар				Разом, n = 47	
	перша, n = 31		друга, n = 16			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Прискорений	6	19,36	4	25,00	10	21,28
	5	16,13	5	31,25	10	21,28
Затриманий (ретардація)	18	58,06	8	50,00	26	55,32
	9	29,03	4	25,00	13	27,66
Нормальний	7	22,58	4	25,00	11	23,40
	17	54,84	7	43,75	24	51,06

і 1 (6,25%). За даними вивчення спеціального сексологічного анамнезу етап формування статевої самосвідомості проходив із запізненням на 1–2 роки у 15 (23,8%) із загального числа обстежених. Зовні це виявлялося в запізненому інтересі до статевих відмінностей в однолітків і дорослих, до власних статевих ознак та умовно-сексуальних ігор, що вимагають розрізнення своєї приналежності до відповідної статі. У 9 (14,3%) обстежених у віці 5–6 років відзначався транзиторий феномен втрати усвідомлення власної статі, тобто хлопчики починали відчувати себе дівчатками, відповідним чином себе вели і наполегливо відгукувалися тільки на обрані чи вигадані ними самими жіночі імена. Такий стан тривав від кількох днів до двох тижнів. У 51,06% жінок темпи психосексуального розвитку були нормальними.

При співставленні темпів сомато- та психосексуального розвитку у більшості чоловіків першої та другої груп було виявлено асинхронії статевого дозрівання (табл. 3).

Найчастіше в обох групах обстежених спостерігалися асинхронії у чоловіків. Складні асинхронії характеризувалися поєднанням прискореного соматосексуального та ретардацією психосексуального розвитку або навпаки.

Цей варіант асинхронного психосексуального розвитку у чоловіків спостерігався в обох клінічних групах із первинною сексуальною

і соціально-психологічною дезадаптацією. У жінок асинхронії статевого дозрівання траплялися дещо рідше і в основному в поєднаній формі.

Усі пацієнти мали вади загального виховання, що обумовлювало формування негармонійної особистості та браку здатності до адаптації.

Найбільш конфліктними та негармонійними були стосунки між батьками чоловіків другої групи (67,3±4,7%), що стало основою для формування патологічних комунікаційних гендерних стереотипів та призвело до неможливості побудови постійних гармонійних відносин із жінками в дорослому житті. Питома вага конфліктних взаємовідносин була в родинях подружніх пар першої групи: між батьками 44,5% чоловіків та 48,9% жінок панували неконструктивні стосунки. Серед решти батьківських сімей респондентів першої групи в більшості випадків превалювали байдужість та неповага. Таким чином, негативний приклад подружніх взаємовідносин, які отримали обстежені першої групи в батьківських родинях, став підґрунтям для розвитку дезадаптивних комунікативних подружніх поведінкових стратегій респондентів у дорослому житті, сприяючи розвитку первинної соціально-психологічної дезадаптації. «Відносно адекватними» були стосунки між батьками респондентів другої групи. Отримані в батьківських родинях навички подружнього спілкування відносно «вдало» переносилися на комунікаційні стратегії уже у власних родинях і будували перепону у розвитку адаптивної міжособистісної комунікації.

При поглибленому психоанамнестичному дослідженні було встановлено досить високий рівень присутності депресивної симптоматики в обстежених у підлітковому віці. Наявність підліткової депресії значною мірою пояснювалась неможливістю налагодити взаєморозуміння та бути «адекватним» саме у представників протилежної статі. Велика можливість розвитку підліткової депресії могла також слугувати формуванню суїцидальної поведінки у хлопців та дівчат саме у підлітковому віці.

Патологічні типи внутрішньосімейних взаємин у батьківській родині були чинником формування первинної соціально-психологічної дезадаптації

Таблиця 3

Асинхронії статевого розвитку обстежених подружніх пар

Групи подружніх пар	Асинхронії						Разом, n = 47	
	прості		поєднані		складні			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Перша, n = 31	2	6,5	10	32,3	9	29,0	21	67,7
	3	9,7	9	29,0	3	9,7	15	48,4
Друга, n = 16	1	6,3	4	25,0	7	43,8	12	75,0
	1	6,3	5	31,3	2	12,5	8	50,0

у власних родинях при формуванні БАР. Отже, негармонійні батьківські родини з перекрученими зв'язками між батьками, порушеними дитячо-батьківською взаємодією, узгодженістю темпів сомато- та психосексуального розвитку, патологічним загальним та неправильним статевим вихованням відбивалися на формуванні особистості та гендерній комунікації обстежених і були передумовою для розвитку сексуальних розладів майже в усіх обстежених жінок і чоловіків при БАР.

Таким чином, виявлені особливості психосексуального дизонтогенезу, патологічні типи внутрішньо-родинних відносин у поєднанні з вадами загального та статевого виховання особливо в сучасних соціально-економічних умовах є одним із чинників розвитку БАР. Отже, налагодження гармонійних стосунків у родинному колі, достатня увага з боку батьків до дитячих та підліткових проблем має слугувати поліпшенню стану соціально-психологічної адаптації та запобігти розвитку БАР у чоловіків та жінок.

Список літератури

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні: збірник МОЗ України за 2014 рік [Електронний ресурс].— К., 2015.— 147 с.— Режим доступу: www.medstat.gov.ua/statreports.html
2. Маниакально-депрессивный психоз; ред.-сост. В. Д. Москаленко.— 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1985.— 416 с.
3. Психосоматическая медицина; под ред. А. Н. Крымской, О. Г. Сыропятова.— К.: Наук. світ, 2008.— 276 с.
4. Гиндикин В. Я. Личностная патология / В. Я. Гиндикин, В. А. Гурьева.— М.: Триада-х, 1999.— 206 с.
5. Дьяконов И. Ф. Психотерапия психосоматических заболеваний / И. Ф. Дьяконов, В. В. Овчинников // Ананьевские чтения — 2005: матер. науч.-практ. конф.; под ред. Л. А. Цветковой, Л. М. Шипицыной.— СПб.: Изд-во СПбУ, 2004.— С. 157–159.
6. Психология здоровья: учебник для вузов; под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2006.— 607 с.
7. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. рук. / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс, 1999.— 592 с.
8. Смулевич А. Б. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики и терапии / А. Б. Смулевич, Э. Б. Дубницкая, Н. А. Ильина // Психиатрия.— 2003.— № 5.— С. 9–17.
9. Кришталь В. В. Сексология: навч. посіб. в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь.— Харків: Фоліо, 2008.— 990 с.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский.— Самара: БАХРАХ-М, 2000.— 672 с.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

А. Г. ЛУЦЕНКО, Т. В. КРИШТАЛЬ, Т. П. ДАНИЛЕНКО

Освещено современное состояние проблемы биполярного аффективного расстройства. Определены особенности сомато- и психосексуального развития пациентов, характер подростковой депрессии при данной патологии.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, сомато- и психосексуальное развитие, подростковая депрессия, женщины, мужчины.

THE FEATURES OF PSYCHOSEXUAL DYSONTOGENESIS IN PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

О. Н. LUTSENKO, Т. V. CRYSH TAL, Т. P. DANYLENKO

Modern problems of bipolar affective disorder were featured. Peculiarities of somato- and psychosexual development of patients, the character of adolescent depression at this pathology was determined.

Key words: bipolar affective disorder, somatosexual and psychosexual, development, adolescent depression, women, men.

Надійшла 21.11.2016