

УДК 616.89–008.442+37]:616.895.3

Д-р мед. наук, проф. О. Г. ЛУЦЕНКО,
Д. О. ЛІСОВИК

СТИЛІ ВИХОВАННЯ, ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО- І СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ПАЦІЄНТІВ ІЗ БІПОЛЯРНИМ АФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Розглянуто проблему поширеності та розвитку біполярного афективного розладу. Визначено особливості сомато- і психосексуального розвитку, негативний характер взаємовідносин в родині, порушення статевого виховання як передумови виникнення біполярного афективного розладу в дорослому віці.

Ключові слова: біполярний афективний розлад, стилі виховання, сомато- і психосексуальний розвиток, жінки, чоловіки.

Психічне здоров'я та психічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дають змогу людині бути активним і творчим членом суспільства. Високий рівень психічного здоров'я населення є важливим чинником соціальної єдності, продуктивності праці, спокою, що сприяє економічному зростанню суспільства.

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 держав-членів.

Європейська декларація з охорони психічного здоров'я метою зусиль у цьому напрямі визначає забезпечення більш високого рівня благополуччя та повсякденного функціонування людей, приділяючи основну увагу їх потужним якостям та ресурсам, підвищуючи їх стійкість до зовнішніх негативних впливів та посиленню захисних зовнішніх чинників.

Захворюваність на психічну патологію у 2010 р. серед чоловіків становить 366,1 випадку на 100 тис. населення. Афективні розлади — це вельми тяжке ускладнення перебігу сексуальних розладів, порушень здоров'я сім'ї, до того ж це хронічне та майже невиліковане захворювання. В Україні психічні хворі становлять близько 25% інвалідів, а це практично майже кожна третя людина (27,7%).

Труднощі в точній оцінці поширеності біполярного афективного розладу (БАР) пов'язані не тільки з різноманітністю критеріїв (при «широкому» підході частка людей, які страждають на нього, становить до 7,0%, а при «консервативному» — менше 0,05%), але і з неминучою суб'єктивністю діагностики в психіатрії [1]. Згідно із закордонними дослідженнями [1, 2] поширеність БАР становить від 0,5 до 0,8% (5–8 осіб на 1000 населення), а за даними, отриманими при вивченні пацієнтів, що перебувають на обліку в психоневрологічному диспансері [3], частка хворих на БАР становить 0,045% (0,45 особи на 1000 населення), з них дві третини лікувалися переважно амбулаторно, причому психотичні форми розладу спостерігалися лише у третини. Чоловіки і жінки, а також представники різних культурних та етнічних груп хворіють на БАР однаково часто [3]. Ймовірність протягом життя захворіти «класичним» БАР (принаймні з одним маніакальним епізодом) оцінюється в 2%, а без урахування форми розладу — у 4%. За останніми даними міжнародних досліджень [3] вірогідність біполярного захворювання протягом життя дорівнює 1%, у тому числі без маніакальних епізодів — 0,6%, а включаючи стерті стани — 3,4%. При цьому наголошується, що як серед країн із високим доходом на душу населення, так і серед країн із низьким доходом, серед населення США спостерігається підвищений ризик

біполярного психозу (4,4%). Цікаво також, що серед біполярних пацієнтів відзначається висока частота (до 75%) супровідних психіатричних 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) в юнацькому віці становить від 15 до 40% [4]. У багатьох роботах підкреслюється, що більшій поширеності афективних розладів у юнацькому віці відповідає і велика частота суїцидів [2, 3]. Розподіл дебюту БАР за віком показує, що у віці від 25 до 44 років захворюють 46,5% пацієнтів, тобто близько половини усіх хворих на цю патологію. При цьому біполярні форми частіше діагностуються в більш молодому віці, до 25 років, а уніполярні — після 30 років. На підвищення числа випадків БАР у пізньому віці з різким зростанням депресивних фаз звернув увагу ще Е. Крепелін [4]. Ця закономірність була підтверджена пізнішими дослідженнями [4, 5]. У віці після 50 років маніфестація настає приблизно в 20% випадків захворювання. Це свідчить про важливість забезпечення медико-психологічною допомогою кожного пацієнта та створення системи інформаційної, консультативної та психотерапевтичної допомоги 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, 3–5]. Справедливість цього визнається ВООЗ і підтверджується низкою наукових досліджень [3, 4]. Головною ланкою системи регулювання психофізіологічних співвідношень вважають церебральні інтегруючі механізми, формування яких здійснюється одночасно на фізіологічному (орган), індивідуально-психологічному (особистість) і соціально-психологічному (мікро- і макросоціальні взаємини) рівнях [4, 5]. Будь-яка патологія у зв'язку із цим ставить знак питання щодо прийнятої у сучасній клінічній медицині лінійної моделі неподільності структури і функцій [5] і надає увагу ще одному з патогенетичних чинників — особистості. Саме на особистісному рівні сприймається або не сприймається зміна функції, реагує або не реагує на це певними змінами в поведінці (на емоційному та поведінковому рівнях), які в результаті призводять до зміни структури. Це визначає взаємодію соматичної медицини і психологічних й психотерапевтичних підходів, зокрема, застосування в психіатрії психологічних концепцій переживання хвороби [5, 6], ставлення до хвороби [7], внутрішньої картини хвороби [8] та ін. Дана проблема корелює зі загальномедичною

концепцією біологічного діатезу [9], згідно з якою біологічне стає хворобою тільки за умови впливу стресорних впливів — несприятливих психологічних і соціально-психологічних факторів [11]. У сучасній психіатрії найбільш продуктивною моделлю вивчення психічних розладів є системний підхід, оскільки система психічної адаптації завершує складну структуру гомеостатичних процесів в організмі людини, забезпечуючи тим самим найвищий рівень гомеостазу — психологічний (емоційний). Таким чином, з поля зору багатьох дослідників зникла психодинамічна парадигма, яка допоможе об'єднати біологічний, індивідуально-психологічний і соціальний підходи до розуміння розвитку психічної патології. Ця обставина, а також відсутність наукових даних щодо маніфестації БАР у дитячому та підлітковому віці визначили мету та необхідність здійснення нашого наукового дослідження.

Мета дослідження — вивчення особливостей виховання за умов патологічних внутрішньосімейних взаємовідносин, сомато- і психосексуального розвитку як факторів формування соціально-психологічної дезадаптації у власній сім'ї чоловіків і жінок із БАР.

Обстежено 59 подружніх пар, які звернулися по психіатричну та сексологічну допомогу. В усіх подружніх парах у чоловіка (18–30,5%) або жінки (41–69,5%) було діагностовано БАР.

Проводилися соціально-демографічне, психоанамнестичне, клініко-психопатологічне, спеціальне сексологічне дослідження з використанням поглибленого вивчення спеціального сексологічного анамнезу та статистична обробка отриманих даних. Переважна більшість пацієнтів — 81 (68,6%) — були у віці від 23 до 30 років, 29 (24,6%) — у віці 31–35 років, решта 8 (6,8%) — 36–40 років. В основному чоловіки і дружини входили до однієї вікової групи, за винятком 6 (10,2%) подружніх пар, в яких дружини були на 10–12 років молодше за своїх чоловіків (усі ці жінки перебували у другому шлюбі) і 4 (6,8%) подружні пари, де жінки були старшими на 3–5 років за своїх чоловіків.

У цілому аналіз соціально-демографічних характеристик обстежених груп 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 [10] було виділено дві групи. В першу групу входила 41 (65%) подружня пара з первинною сексуальною дезадаптацією, в якій у жінок було діагностовано БАР, у другу — 18 (35%) подружніх пар із первинною сексуальною дезадаптацією, в яких чоловік хворів на БАР. При

Таблиця 1

Характеристика темпів соматосексуального розвитку чоловіків і жінок, хворих на БАР

Темпи розвитку	Групи подружніх пар				Разом, n = 59	
	перша, n = 41		друга, n = 18			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Прискорений	4	9,75	2	11,1	6	10,2
	5	12,2	4	22,2	9	15,3
Затриманий	9	21,95	3	13,63	12	19,04
	5	12,2	3	13,63	8	12,69
Дисгармонійний	21	51,21	10	45,45	31	49,2
	3	7,31	2	9,09	5	7,93
Нормальний	7	17,07	7	31,81	14	22,22
	28	68,3	13	59,09	41	65,07

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

Таблиця 2

Характеристика темпів психосексуального розвитку подружжя

Темпи розвитку	Групи подружніх пар				Разом, n = 59	
	перша, n = 41		друга, n = 18			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Прискорений	6	14,6	4	22,2	10	16,9
	5	12,1	5	27,8	10	16,9
Затриманий (ретардація)	15	36,6	10	66,7	25	42,4
	9	22,0	6	33,3	15	25,4
Нормальний	20	56,1	4	33,3	24	44,0
	27	65,9	7	38,9	34	57,6

вивченні соматичного стану у чоловіків не було виявлено захворювань, які могли б негативно впливати на сексуальну функцію, послабити їх потенцію, за винятком діагностованого в 11,9% осіб застійного простатиту, що розвинувся в результаті нерегулярного статевого життя. Вивчення особливостей соматосексуального розвитку обстежених у ході проведення спеціального сексологічного аналізу показало, що порівняно невелика кількість із них — 6 (9,5%) чоловіків та 9 (14,3%) жінок в обох групах прискорено розвивалися, випереджаючи своїх однолітків зростом, масою тіла і фізичною силою приблизно на 1,5–2 роки. Дещо відставали у фізичному розвитку і були більш слабкими 12 (20,3%) чоловіків і 8 (13,6%) жінок. Приблизно у третини обстежених чоловіків і у 41 (69,5%) жінки темпи соматосексуального розвитку були нормальними, і за своїм фізичним розвитком вони не відрізнялися від своїх однолітків.

Порушення темпів соматосексуального розвитку у чоловіків траплялося частіше, ніж у їхніх дружин (табл. 1). Особливо часто у чоловіків визначалося дисгармонійне статеве дозрівання — у 31 (49,2%) випадку, затриманий соматосексуальний розвиток — у 12 (19,0%), а потім прискорений соматосексуальний розвиток — у 6 (9,5%).

Прискорений соматосексуальний розвиток характеризувався раннім пробудженням лібідо (до 10–11 років) та раннім розвитком вторинних статевих ознак. 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 відзначалися в 16–17 років, то в інших спостерігалася зворотна залежність.

Порушення темпів соматосексуального розвитку у чоловіків траплялося частіше, ніж у їхніх дружин. Особливо часто у чоловіків спостерігалось дисгармонійне статеве дозрівання — у 31 (49,2%) випадку, на другому місці у чоловіків було затримане соматосексуальне дозрівання — у 12 (19,0%), а потім прискорений соматосексуальний розвиток — у 6 (9,5%).

Результати вивчення темпів психосексуального розвитку подружжя наведено в табл. 2.

Незважаючи на те що у значній частині (53,4%) спостережень темпи психосексуального розвитку були нормальними, наявність прискореного (16,9%) і частіше ретардованого (затриманого), особливо у чоловіків (42,4%), психосексуального

Асинхронії статевого розвитку в подружніх парах

Групи	Асинхронії						Разом, n = 59	
	прості		поєднані		складні		абс. ч.	%
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
Перша, n = 41	2	4,9	10	24,4	23	56,1	35	59,5
	3	7,3	16	14,6	9	4,9	28	47,5
Друга, n = 18	1	4,5	4	18,2	7	31,8	12	20,3
	1	4,5	5	22,7	2	9,0	8	13,6

розвитку в препубертатному та пубертатному віці надавало процесу психосексуального розвитку характер дисгармонійного, призводило до порушення процесу комунікації з представниками протилежної статі, формуванню та закріпленню у подальшому замісних і сурогатних форм сексуальної активності. У жінок в обох групах (57,6%) темпи психосексуального розвитку були нормальними.

Формування статевої самосвідомості, усвідомлення своєї статевої приналежності та її незворотності сталося в 3–4 роки у 7 (17,1%) чоловіків першої та у 3 (13,6%) — другої групи; в 4–5 років — у 31 (75,6%) чоловіка першої та у 18 (81,8%) — другої групи; в 5–6 років — у 3 (7,3%) чоловіків першої та у 1 (4,5%) — другої групи.

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 однокласників і дорослих, до власних статевих ознак та умовно-сексуальних ігор, що вимагають розрізнення своєї належності до відповідної статі. У віці 5–6 років у 9 (14,3%) обстежених відзначався транзиторий феномен втрати усвідомлення власної статі. Це виявлялося в тому, що хлопчики починали відчувати себе дівчатками, відповідним чином себе поводити і наполегливо відгукувалися тільки на обрані чи вигадані ними самими жіночі імена. Такий стан тривав від кількох днів до двох тижнів.

При співставленні темпів соматосексуального та психосексуального розвитку у більшості чоловіків першої та переважної частини другої групи спостерігалися асинхронії статевого дозрівання (табл. 3).

Найбільш частими в обох групах обстежених були складні асинхронії у чоловіків, які 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 були поєднаними. У процесі дослідження встановлено, що більшість обстежених зростали в повних (64,6±4,8% чоловіків і 71,9±4,5% жінок першої групи; 70,5±4,6% чоловіків і 73,4±4,4% жінок другої групи) та багатодітних родин (64,6±4,8% чоловіків та 66,7±4,7% жінок першої групи; 73,8±4,4% чоловіків та 72,1±4,5% жінок другої групи).

Усі пацієнти мали вади загального виховання, що обумовлювало формування негармонійної особистості та браку здатності до адаптації. Так, виховання за типом домінуючої гіперпротекції отримав 41,8±4,9% чоловіків першої групи, 34,4±4,8% чоловіків і 13,1±3,4% жінок другої групи та 25,0±4,3% чоловіків і 18,8±3,9% жінок першої групи; потураючої гіперпротекції — 38,5±4,9% чоловіків і 27,1±4,4% жінок першої групи, а також 39,3±4,9% жінок другої групи; гіпопротекції — 26,0±4,4% чоловіків та 8,3±2,8% жінок першої групи, 6,6±2,5% чоловіків і 16,4±3,7% жінок другої групи; в умовах емоційного відкидання виростили 28,1±4,5% жінок першої групи та 14,8±3,5% жінок другої групи; 31,1±4,6% чоловіків та 6,6±2,5% жінок другої групи, а також 5,2±2,2% чоловіків і 12,5±3,3% жінок першої групи; в умовах жорстких відносин виховувалися 24,6±4,3% чоловіків і 9,8±3,0% жінок другої групи; 5,2±2,2% чоловіків і 5,2±2,2% жінок першої групи. В надмірній кількості випадків обстежені не отримали належного статевого виховання (72,9±4,4% чоловіків та 60,4±4,9% жінок першої групи, 63,9±4,8% чоловіків і 55,7±5,0% жінок другої групи). Серед тих респондентів, хто отримав-таки статево виховання в родині, спостерігались пуританський (19,7±4,0% чоловіків другої групи; 28,1±4,5% жінок першої групи і 24,6±4,3% — другої); репресивний (16,4±3,7% чоловіків другої групи) та аморальний (27,1±4,4% чоловіків першої групи; 11,5±3,2% жінок першої та 19,7±4,0% жінок другої групи) його типи, що наклало негативний відбиток на процес реалізації сексуальності пацієнтів у дорослому віці. Отже, значний вплив на формування особистості має тип загального і статевого виховання в батьківській родині.

Найбільш конфліктними та негармонійними були стосунки між батьками ($67,3 \pm 4,7\%$) чоловіків другої групи, що стало основою для формування патологічних комунікаційних гендерних стереотипів та призвело до неможливості побудови постійних гармонійних відносин із жінками в дорослому житті [12]. Питома вага конфліктних взаємовідносин була в родинних подружніх пар першої групи: між батьками $47,9 \pm 5,0\%$ чоловіків та $56,3 \pm 5,0\%$ жінок панували неконструктивні конфлікти. Серед решти батьківських сімей респондентів першої групи в більшості випадків превалювали відносини байдужості та неповаги. Таким чином, негативний приклад подружніх взаємовідносин, які отримали подружжя першої групи в батьківських родинних, став підґрунтям для розвитку дисгармонійних комунікаційних подружніх поведінкових стратегій респондентів у дорослому житті, надаючи вагомий внесок в розвиток первинної соціально-психологічної дезадаптації. «Відносно адекватними» були стосунки між батьками респондентів другої групи, в родинних яких спостерігалися усі типи: від конфліктного ($11,5 \pm 3,2\%$ у чоловіків та $24,6 \pm 4,3\%$ у жінок) до конструктивного ($36,1 \pm 4,8\%$ і $31,3 \pm 4,6\%$ відповідно) та дружнього з розумінням одне одного ($32,8 \pm 4,7\%$ та $29,5 \pm 4,6\%$ відповідно). Отримані в батьківських родинних навички подружнього спілкування ставали перепоною розвитку порушень міжособистісної комунікації, проте не могли зарадити формуванню сексуально-еротичної дезадаптації на тлі сексуальної дисфункції у чоловіка.

У батьківських сім'ях жінок, чоловіків із розладами сексуальності різного генезу при БАР панували несприятливі типи взаємовідносин між батьками та дітьми: у $41,5 \pm 4,9\%$ випадків — конфліктні взаємини, у $26,4 \pm 4,4\%$ — байдужі, у $22,2 \pm 4,2\%$ — авторитарні. Приязні дитячо-батьківські стосунки в батьківських сім'ях чоловіків траплялися нечасто — $9,8 \pm 3,0\%$ серед сімей чоловіків другої групи та $4,2 \pm 2,0\%$ серед чоловіків першої групи. Патологічні типи внутрішньосімейних взаємин у батьківській родині були чинником формування первинної соціально-психологічної дезадаптації у власних родинних при формуванні БАР. Отже, негармонійні батьківські родинні з перекрученими зв'язками між батьками, порушеною дитячо-батьківською взаємодією, узгодженістю темпів

соматосексуального та психосексуального розвитку, патологічним загальним та неправильним статевим вихованням відбивалися на формуванні особистості та гендерній комунікації обстежених і ставали передумовою для розвитку сексуальних розладів майже в усіх обстежених жінок і чоловіків при БАР.

Список літератури

1. Пособие по психиатрии / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловська [и др.]; под ред. А. С. Тиганова.— М.: Медицина, 1999.— Т. 1.— 712 с.
2. Маниакально-депрессивный психоз / А. В. Снежневский, А. Б. Смулевич, А. С. Тиганов [и др.]; сост. В. Д. Москаленко.— 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1985.— 416 с.
3. Международная классификация болезней МКБ-10: крат. вариант. В 3 ч. / Науч.-исслед. ин-т соц. гигиены, экономики и упр. здравоохран. им. Н. А. Семашко РАМН, Моск. центр ВОЗ; сост. В. К. Овчаров, М. В. Максимова.— М.: [б. и.], 1996.— 292 с.
4. Психосоматическая медицина; под ред. А. Н. Крымской, О. Г. Сыропятова.— К.: Наук. світ, 2008.— 276 с.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.— К.: Факт, 1999.— С. 88–90.
6. Гиндикин В. Я. Личностная патология / В. Я. Гиндикин, В. А. Гурьева.— М.: Триада-Х, 1999.— 206 с.
7. Дьяконов И. Ф. Психотерапия психосоматических заболеваний / И. Ф. Дьяконов, В. В. Овчинников // Ананьевские чтения.— 2005: материалы науч.-практ. конф.; под ред. Л. А. Цветковой, Л. М. Шипицной.— СПб.: Изд-во СПбУ, 2004.— С. 157–159.
8. Психология здоровья: учебник для вузов; под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2006.— 607 с.
9. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: практ. руководство / В. Д. Менделевич.— М.: МЕДпресс, 1999.— 592 с.
10. Кришталь В. В. Сексуальная гармония и варианты ее нарушения / В. В. Кришталь // Сексология и андрология.— К.: Абрис, 1997.— С. 136–137.
11. 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.
12. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М. 2000.— 672 с.

СТИЛИ ВОСПИТАНИЯ, ОСОБЕННОСТИ ПСИХО- И СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ ПАЦИЕНТОВ С БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

А. Г. ЛУЦЕНКО, Д. А. ЛИСОВИК

Рассмотрена проблема распространения и развития биполярного аффективного расстройства. Определены особенности сомато- и психосексуального развития, негативный характер вза-

иμοотношений в семье, нарушения полового воспитания как предпосылки возникновения биполярного аффективного расстройства во взрослом возрасте.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, стили воспитания, сомато- и психосексуальное развитие, женщины, мужчины.

**EDUCATION STYLES, FEATURES OF PSYCHO- AND SOMATOSEXUAL DEVELOPMENT
OF PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER**

A. G. LUTSENKO, D. A. LISOVIK

The problem of the spread and development of bipolar affective disorder is discussed. The features of somatic and psychosexual development, negative family relationships, disorders of sex education as predictors of bipolar affective disorder in adulthood were determined.

Key words: bipolar affective disorder, education styles, somato- and psychosexual development, women, men.

Надійшла 13.02.2014