

*Т. Ю. Проскурина, канд. мед. наук, зав. відділенням психіатрії  
ГУ «ІОЗДП АМН України»  
ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України»,  
г. Харків*

## ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО У ПОДРОСТКОВ

В работе представлена клиническая феноменология симптомокомплексов у подростков с тревожно-фобическим расстройством в возрастном аспекте. Выделены информативные прогностические критерии для благоприятного и неблагоприятного течения тревожно-фобического расстройства у подростков, что существенно в определении стратегии терапевтического вмешательства.

*Ключевые слова:* тревожно-фобическое расстройство, клиника, динамика, прогноз, подростки

Тревожно-фобическое расстройство (ТФР) является актуальным и малоизученным направлением подростковой психиатрии. Многочисленные работы освещают преимущественно клинический полиморфизм и нозоспецифичность проявлений ТФР у взрослого контингента [1—3]. Единичные работы посвящены анализу индивидуально-психологических особенностей подростков с социальными фобиями [4, 5]. Авторами продемонстрировано наличие высокого уровня тревожности, напряженности, неуверенности, эмоциональной неустойчивости, замкнутости и эгоцентризма при социальных фобиях у подростков.

Как известно, страх выполняет социализирующую или обучающую роль в процессе формирования личности и в некотором роде является способом ограничения «Я» от чужеродного, неприемлемого влияния извне. Страх — это демаркационная линия личного, безопасного пространства, в котором сохраняется единство «Я» и уверенность в себе [6].

Вместе с тем данный тип невротического расстройства в подростковом возрасте приводит к нарушениям психического и социального функционирования [7, 8].

Результаты фундаментальных исследований свидетельствуют, что одним из ведущих мест современного патоморфоза невротической болезни является доминирование среди клинических проявлений пароксизмальных состояний, которые влияют на тяжесть течения болезни, сложность диагностики и терапии этих состояний [1—3].

В связи с вышеизложенным целью исследования явилось изучение клинко-психопатологической феноменологии ТРФ у подростков, механизма их формирования и выделения диагностических и прогностических критериев.

Объектом исследования был 51 подросток с ТФР, которые находились на стационарном лечении в отделении психиатрии ГУ «ІОЗДП АМН України».

Обследование носило комплексный характер и включало использование клинко-психопатологического метода (сбор клинко-анамнеза, опросник выраженности психопатологической симптоматики, опросник оценки влияния травматического события); стандартизованных опросников — ПДО, тесты Люшера, В. М. Бойко, Р. Кеттелла, тест оценки интегративного показателя качества жизни; электроэнцефалографии биопотенциалов головного мозга. В основу изучения тревожно-фобического расстройства невротического генеза был положен многоосевой принцип анализа невротической болезни: клинко-психопатологический — как этап статистики, психосоциальный — как причинный фактор, личностно-динамический — как этап динамики заболевания и социального функционирования, вероятностный прогноз.

Феноменология клинических симптомокомплексов у подростков с тревожно-фобическим расстройством включала: астению, страхи, напряженность конфликта с максимальной интенсивностью показателей тревожности, вегетативной гиперреактивностью, включая вегетовисцеральные пароксизмальные состояния. По определению отечественных психиатров пароксизмальное состояние является феномен-отображающим изменения в системе психофизиологической адаптации [8, 9].

Максимальную интенсивность симптомов тревожного спектра у подростков имели: ощущения напряженности, беспокойство и опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере школьной жизни, истощаемость внимания, нарушение ритма «сна-бодрствования». У подростков ТФР включало различные типы пароксизмальных состояний. Феноменология пароксизмальных состояний представлена преимущественно преобладанием аффективного (58,8%), реже — фобического (21,6%) и тревожного (19,6%) типов.

Касаясь возрастной и гендерной характеристики страхов у подростков, следует констатировать максимальное нарастание социального страха (страх одиночества, страх обсуждения со стороны сверстников, страх опоздать) у старших подростков, тогда как у младших подростков доминируют природные страхи (замкнутого пространства, животных, призраков, движущегося транспорта, пожара и т. д.). Для девочек подростков независимо от возраста были присущи как природные, так и социальные страхи, тогда как для мальчиков подростков пик социальных страхов отмечен только в старшем подростковом возрасте. Как известно, основу психосоциального аспекта невротозов составляет анализ структуры конфликта и установление этиологической связи с конфликтом [1]. При анализе актуальности конфликта и его векторности, степени выраженности, направленности и типа его течения было установлено, что психогении затрагивали все области функционирования личности подростка, включая сферу социального взаимодействия. Наиболее характерным для подростков с ТФР явился витальный компонент конфликта. В структуре корреляционной связи витальный страх доминировал ( $R = 0,71 \pm 0,12$ ). У исследуемых подростков выявлена положительная корреляционная связь ( $R = +0,65$ ) эпилептоидного типа акцентуации характера с тревогой и страхом. У большинства исследуемых подростков (88,2%) психологические корреляты представлены высоким уровнем тревоги и стресса, средним уровнем депрессии. Изменения ЭЭГ-паттерна носили преимущественно неспецифический характер (84,3%).

У всех подростков младшего возраста зарегистрировано сочетание тревоги с частичной дезорганизацией психической деятельности без ригидности, характеризующей аутохтонный вариант течения ТФР. Вектор тревоги у подростков старшего возраста имел преимущественную направленность на собственное «Я». Личностная составляющая компонентности тревоги у них была представлена повышенной чувствительностью к негативным событиям с неспособностью модулировать негативные эмоции, что формировало преимущественно ригидный вариант ТФР.

Установлено, що затяжної і хронічного типу ТФР мали 43,2 % підлітків. Следователно, почти у половини підлітків с ТФР набувається хронічна невротична сенсibiliзація с наростання невротичного дефекта личности, когда наряду с невротической симптоматикой имеется резкое расстройство социальной адаптации, конфликтность, непереносимость социальных раздражителей.

Для выделения критериев прогноза течения ТФР у підлітків был разработан прогностический алгоритм. Использована методика последовательной процедуры Ваальда с определением информированности признаков с помощью критерия Кульбака, который позволяет количественно оценить полученное отклонение и степень его прогностической выраженности.

Из всей совокупности анамнестических, клинических и психологических признаков в выборку было включено 37 наиболее значимых, на наш взгляд, параметров для определения прогноза течения ТФР. В перечень анализируемых прогностических признаков были включены клинические, психологические, социальные характеристики ТФР. Клинический регистр включал практически весь перечень наиболее значимых симптомов, образующих нозологическую форму невротического расстройства у подростков (депрессия, снижение интереса к происходящим событиям, навязчивые действия и мысли, тревожность, головная боль, головокружение, утомляемость, слабость, раздражительность, нарушение формулы сна, страхи, энурез, вегетовисцеральные пароксизмы, панические атаки, диспноэ, кардиосенестопатии). Большое значение имели характеристика невротического конфликта (компонентность, степень выраженности, направленность, тип течения) и тип семейной социогаммы. У подростков при формировании ТФР значимы как степень выраженности церебрально-органической патологии, так и наличие соматоневрологической патологии и психологических паттернов (уровни стресса, тревоги, депрессии, наличие акцентуации характера).

Прогностическая таблица была составлена с учетом клинических, социальных, психологических, анамнестических, нейрогормональных критериев, которые включали наиболее существенные признаки формирования данного типа невротического расстройства у подростков.

В перечень анализируемых прогностических признаков было включено 7 блоков: клинико-психопатологический симптомокомплекс (клиническая матрица невротического расстройства); характеристика невротического конфликта с определением зон действия психотравмирующих факторов в сферах мотивации психологических установок и поведенческого реагирования. Как известно, напряженность конфликта характеризуется дефицитом актуальной информации, в которой подросток находится, что особенно важно в формировании затяжных хронических форм невротозов (В. В. Ковалев, 1984). В структуре невротического конфликта анализировались следующие составляющие: актуальность конфликта, степень его выраженности, направленность конфликта, тип течения и напряженности; тип и социогамма семьи; уровень церебральной органической недостаточности; блок коморбидной соматической патологии; психологические признаки — психологическая реакция на стресс, уровень тревоги, депрессии, тип акцентуации характера.

Результаты проведенного нами исследования позволили выделить и систематизировать ряд признаков, имеющих высокую информативность в прогнозировании развития благоприятных и неблагоприятных форм ТФР. Диагностическую информативность для благоприятного и неблагоприятного типов течения ТФР у подростков имел, прежде всего, психопатологический клинический симптомокомплекс (см. таблицу).

**Клинико-психологические прогностические критерии течения тревожно-фобических расстройств у подростков**

Признак	Градация / тип признаков	ПК	Информативность
<b>Клинико-психопатологический симптомокомплекс</b>			
Снижение памяти	есть	-1,09	0,07
	нет	1,25	1,09
Трудности в концентрации внимания	есть	-0,97	0,03
	нет	0,41	0,01
Эмоциональная лабильность	есть	-4,77	1,27
	нет	5,64	1,50
Аффективность	есть	-0,79	0,03
	нет	0,46	0,02
Девiantное поведение	есть	-0,97	0,03
	нет	0,41	0,01
Возбужденность	есть	-1,09	0,07
	нет	1,25	0,08
Эйфоричность	есть	-0,58	0,02
	нет	0,58	0,02
Депрессия	есть	-0,46	0,02
	нет	0,79	0,03
Анорексия	есть	-1,25	0,04
	нет	0,38	0,01
Ипохондричность	есть	-1,76	0,12
	нет	0,87	0,06
Снижение интереса к происходящим событиям	есть	-2,43	0,24
	нет	1,38	0,14
Навязчивые идеи, мысли	есть	-4,77	1,27
	нет	5,64	1,50
Тревожность	есть	-5,23	1,22
	нет	3,80	0,89
Головная боль	есть	-1,76	0,12
	нет	0,87	0,06
Головокружение	есть	-2,69	0,54
	нет	6,02	1,20
Утомляемость	есть	-2,43	0,24
	нет	1,38	0,14
Слабость	есть	-1,46	0,10
	нет	0,97	0,06
Раздражительность	есть	-1,09	0,07
	нет	1,25	0,08
Интрасомнические расстройства	есть	-0,97	0,03
	нет	0,41	0,01
Пресомнические расстройства	есть	-1,46	0,10
	нет	0,97	0,06
Страх	есть	-4,77	0,64
	нет	1,60	0,21
Энурез	есть	-1,25	0,08
	нет	1,09	0,07
Вегетовисцеральные пароксизмы	есть	-4,15	1,11
	нет	6,99	1,86
Панические атаки	есть	-4,39	1,03
	нет	4,39	1,03
Диспноэ	есть	-3,68	0,49
	нет	1,76	0,23
Кардиосенестопатии	есть	-4,26	0,71
	нет	2,34	0,39

Характеристика невротического конфликта			
Компонентность	приветственный	-4,77	1,27
	сексуальный	-0,97	0,41
	личностные ценности	-0,58	0,02
Степень выраженности	высокий	-5,55	0,91
	средний	-1,09	0,07
	низкий	1,14	0,11
Направленность конфликта	межличностная	-1,09	0,07
	внутриличностная	-1,25	0,08
	смешанная	-4,15	1,11
Тип течения конфликта	острый	-3,42	0,68
	затяжной	-1,25	0,08
	хронический	-0,79	0,03
Тип социогаммы родителей	гармоничный	2,55	0,34
	негармоничный	-2,22	0,30
Степень выраженности церебрально-органической патологии	не выражена	4,77	1,27
	умеренно выражена	-5,64	1,50
	выражена	-2,43	0,24
Коморбидная соматическая патология	нет	6,02	1,81
	зоб	-1,25	0,08
	системная дисплазия	-2,69	0,54
	другая	-3,01	0,60
Психологические признаки			
Стресс	отсутствует	4,39	1,03
	низкий уровень	1,46	0,10
	средний уровень	-4,77	1,27
	высокий уровень	-5,44	1,81
Тревога	отсутствует	3,01	0,50
	низкий уровень	1,76	0,12
	средний уровень	-2,55	0,34
	высокий уровень	3,42	0,68
Уровень депрессии	отсутствует	1,46	0,10
	минимальная	-1,09	0,07
	умеренная	-3,68	0,49
Наличие акцентуации характера	отсутствует	—	—
	гипертимная	—	—
	эпилептическая	-4,15	1,11
	циклоидная	—	—
	другая	-0,87	0,06

Среди клинических симптомов выделены симптомы тревожности (ПК = -5,23), навязчивых действий и мыслей (ПК = -4,77), наличие в анамнезе вегетативных висцеральных пароксизмов (ПК = -4,61), особенно с проявлениями в системе органов дыхания — диспноэ (ПК = -3,68) и в кардиоваскулярной системе — кардиосенестопатии (ПК = -4,26).

Среди вазовегетативных проявлений, стабилизирующих основную симптоматику ТФР, выделены симптомы головокружения (ПК = -2,69), фобии (ПК = -4,77). Особенно информативным был клинический симптом панической атаки (ПК = -4,39).

Невротический конфликт (ПК = -4,77) сфокусирован преимущественно в витальной сфере (ПК = +4,77), конфликт имеет острый тип течения (ПК = -3,42). Практически зарегистрирован ригидный тип личностных установок, что,

по всей видимости, и формируют механизм самоблокировки и «застревания».

Интересен факт отсутствия значимости микросоциального окружения при формировании неблагоприятного типа течения ТФР у подростков. Высокую диагностическую значимость (ПК = -3,41) имела соматическая патология, преимущественно в виде расстройств гастроинтестинальной системы. Среди психологических паттернов выделена диагностическая значимость фактора высокого уровня стресса (ПК = -5,44) и тревоги (ПК = -3,42), умеренного уровня депрессии (ПК = -3,68), наличие акцентуации характера по эпилептоидному типу (ПК = -4,15).

Прогностическую информативность для условно благоприятного течения ТФР у подростков имели следующие клинические признаки: отсутствие симптома эмоциональной лабильности (ПК = +5,64), отсутствие навязчивых ритуальных действий и мыслей (ПК = +5,64), выраженной тревоги (ПК = +3,80), наличие минимальной вегетативной недостаточности (ПК = +6,99), отсутствие панических атак (ПК = +4,39). Минимальные значения напряженности конфликта в соматической сфере (ПК = -0,97) и сфере личностных ценностей (ПК = -0,58) служили информативным критерием благоприятного течения данного расстройства у подростков.

Существенными были и ряд других социальных и биологических факторов при определении благоприятного прогноза ТФР у подростков. Среди них: гармоничный тип семьи (ПК = +2,55), наличие незначительной минимальной мозговой дисфункции (ПК = +4,77), отсутствие соматической патологии (ПК = +6,02), низкий уровень стресса (ПК = +1,46), низкий уровень тревоги (ПК = +1,76), минимальная депрессия или ее отсутствие (ПК = +1,46), недифференцированный тип акцентуации характера (ПК = -0,87) или его отсутствие (ПК = +0,41).

Таким образом, определены варианты течения ТФР у подростков, биологические, психологические и социальные детерминанты неблагоприятных форм течения данного заболевания, что существенно для выбора направленности терапевтических вмешательств и прогноза социальной адаптации.

#### Список литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства [Текст] / Ю. А. Александровский. — М.: Медицина, 2000. — 496 с.
2. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах [Текст] / Н. А. Марута. — Харьков: Арсис, 2000. — 160 с.
3. Чабан О. С. Неврозы: патоморфоз, концепция, пространство и территория [Текст] / О. С. Чабан. — Тернополь: Збруч, 1997. — 162 с.
4. Чабан О. С. Патоморфоз неврозів (клініко-психопатологічні, соціально-психологічні та конституціонально-біологічні закономірності) [Текст] : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук / О. С. Чабан. — Х., 1987. — 30 с.
5. Пшук Н. Г. Характеристика індивідуально-психологічних особливостей особистості підлітків із соціальними фобіями [Текст] / Н. Г. Пшук, Л. В. Стукан // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1 (9). — С. 80—82.
6. Прихожан А. М. Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика [Текст] / А. М. Прихожан. — Москва; Воронеж: НПО МОДЭК, 2000. — 303 с.
7. Ахмедов Т. И. Тревога и страх в структуре личности психосоматического человека [Текст] / Т. И. Ахмедов // Арх. психіатрії. — 2002. — № 4 (31). — С. 151—157.
8. Михайлова Е. А. Состояние психического здоровья современных школьников [Текст] / Е. А. Михайлова, Г. Н. Даниленко, Е. Г. Куриная // Укр. вісник психоневрології. — 2003. — Т. 11, вип. 3 (36). — С. 67—71.
9. Марута Н. О. Пароксизмальні стани невротичного генезу (клінічні прояви, діагностика та терапія) [Текст] / Н. О. Марута, С. П. Колядко, Г. Ю. Каленська // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2006. — № 1—2 (9—10). — С. 26—29.

Надійшла до редакції 17.06.2010 р.

**Т. Ю. Проскуріна**

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків АМН України»,  
м. Харків

**Тривожно-фобічний розлад у підлітків**

У роботі наведено клінічну феноменологію симптомокомплексів у підлітків з тривожно-фобічним розладом у віковому аспекті. Виділено інформативні прогностичні критерії щодо сприятливого і несприятливого перебігу тривожно-фобічного розладу у підлітків, що істотно у визначенні стратегії терапевтичного втручання.

*Ключові слова:* тривожно-фобічний розлад, клініка, динаміка, прогноз, підлітки.

**T. Proskurina**

State institution «Institute of Children and Adolescents Health care of the AMS of Ukraine», Kharkiv

**Phobic anxiety state in adolescents**

The article defines clinical phenomenology of syndromes in adolescents with age-related states of phobic anxiety. There were singled out some informative prognostic criteria for favourable or unfavourable course of phobic anxiety states which essential for determining a therapeutic intervention strategy.

*Keywords:* phobic anxiety state, clinical picture, dynamics, prognosis, adolescents.

УДК 616.89.001.8:577.31

**Г. Т. Сонник, А. М. Скрипніков, В. О. Рудь**

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

**ДОСВІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ХРОНОБІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ У ВИВЧЕННІ АФЕКТИВНОЇ ПСИХІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ**

У статті проаналізовано стан и перспективи розвитку біоритмологічного напрямку в сучасній психіатрії, заснованого на вивченні впливу різноманітних природних факторів на психіку людини, а також ролі біологічних ритмів в розвитку психічних захворювань. Наведені дані, що доводять пріоритетність подальшого розвитку цього напрямку для кращого розуміння природи психічних розладів і розробки найбільш ефективних методів їх лікування.

*Ключові слова:* біологічні ритми, геліогеофізичні фактори, афективні розлади, суїцидальна поведінка, нейросекреторні ядра гіпоталамуса

Стрімкий розвиток науково-технічної та методологічної бази сучасної клінічної медицини, наявний в останні десятиліття, призвів до суттєвого перегляду існуючих теоретичних підходів проведення наукових досліджень та перерозподілу пріоритетів різних їх моделей. Клініко-експериментальні дослідження в сучасній вітчизняній психіатрії розгортаються в силовому полі двох методологічних полюсів: традиційної феноменологічної моделі та доказової парадигми. Незважаючи на тенденції т. зв. «наукової моди», що інколи безпідставно відхиляє ще не до кінця вичерпані методологічні джерела дослідницької діяльності, в психіатрії не втратили актуальності описові підходи, особливо доцільні в дослідженнях психотерапевтичного, етологічного, клініко-психологічного напрямку. З іншого боку, досягнення психофізіології, біологічної хімії, генетики та інших фундаментальних дисциплін диктують новітні умови планування та проведення клінічних і експериментальних психіатричних досліджень, що базуються саме на засадах доказової медицини. Звичайно, ідеальна теоретична модель сучасного клініко-експериментального дослідження в психіатрії, з нашої точки зору, має враховувати обидва полюси: не відхиляючи унікальності конкретного матеріалу (клініко-феноменологічний метод), на засадах доказового підходу обережно формалізувати отримані дані, спираючись на збагачену фундаментальними науками дослідницьку методологію.

В світлі вищезазначеного нам здається цікавим розглянути стан та перспективи розвитку одного з напрямків сучасної психіатричної науки — вивчення психічних розладів в аспекті ритмологічної організації функціонування відкритої біологічної системи — людського організму. Біоритмологічна парадигма в психіатрії одночасно поєднує клініко-феноменологічні та доказові принципи клініко-експериментального дослідження, створюючи єдину часово-просторову модель певного психічного явища, зокрема патологічного процесу, з урахуванням зо-

внішніх природних впливів та ритмологічної саморегуляції. Біоритмологічна організація живих систем є загально-відомим природним феноменом, що в світлі інтегральної антропології ставить людський організм на якісно новий рівень взаємозв'язків з оточуючим середовищем, зокрема, геліогеофізичними впливами, пов'язуючи ритмологічні явища в неживій природі з фазними біосферними коливаннями — біологічними ритмами.

Відомо, що сонячна активність та пов'язані з нею геомагнітні флуктуації є екологічно значущими факторами, що впливають на чисельні зміни в спектрі електромагнітних полів у поверхні Землі [15]. До найбільш значущих зовнішніх факторів, які впливають на синхронізацію біологічних ритмів та можуть виконувати функцію «захвату» та «примушувача» ритму, відносять світлові корпускулярні випромінювання, зміни фонових електромагнітних та акустичних полів, іонізуюче випромінювання, варіації радіоактивності атмосфери, електромагнітні поля, коливання ультразвукових полів та тиску в атмосфері, а також регулярні чергування світла та темряви, зміну сезонів року [8; 13; 17]. Існують дослідження, які свідчать про кореляцію ризику виникнення психічних захворювань з геліогеофізичною обстановкою і рівнем сонячної активності [5; 6; 8], причому доведено прямий зв'язок між рівнем смертності населення та ступенем впливу несприятливих екологічних чинників [4]. Вплив геліогеофізичних факторів, що знижують ефективність механізмів психологічної адаптації та сприяють розвитку афективних психозів, аутоагресивної поведінки, невротичних розладів, алкогольних психозів т. ін. описувався в ряді наукових праць [9; 10; 12; 20; 25; 27].

Більшість дослідників вважає, що коливальний характер біологічних ритмів, пов'язаний з постійно діючими природними факторами, в процесі онто- та філогенезу отримав форму ендегенних ритмів, що еволюційно (генетично) закріпились, причому до них відносять не тільки циркадіанні, а й цирканнуальні ритми [13; 17]. Стан біологічної ритміки у хворих на різну патологію, в тому числі, й психічні розлади, досить активно досліджувався, причому сучасні хрономедичні дослідження свідчать про те, що різноманітні патологічні процеси в організмі людини супроводжуються явищами десинхронозу, а сама біоритмологічна дезадаптація є однією з причин розвитку виражених патологічних змін [13; 17]. Однією з найбільш вивчених є циркадіанна (колодובהва) організація фізіологічних функцій людини, синхронізована зі зміною дня та ночі (світло — темрява), що має властивості саморегуляції та є високочутливою до будь-якого стресового впливу. Так, дослідження циркадіанної (колодובהвої) ритміки у пацієнтів з різними психічними захворюваннями