

СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИН

Проф. Л. В. Зайцева

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены данные клинических особенностей сексуальной функции при невротических депрессиях у женщин. Определена роль нарушений соматосексуального и психосексуального развития, сексуального поведения, сексуальной мотивации и психосексуальных типов супружеской пары в развитии сексуальных расстройств, супружеской и семейной адаптации при невротических депрессиях у женщин. Отражены основные стратегии диагностики дезадаптивных форм нарушения сексуального здоровья. Установлено, что диагностика и коррекция дезадаптивных форм нарушения сексуального здоровья возможны только в паре.

Ключевые слова: женщины, сексуальная функция, семейная адаптация, невротические депрессии.

СТАН СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ТА СІМЕЙНОЇ АДАПТАЦІЇ У РАЗІ НЕВРОТИЧНИХ ДЕПРЕСІЙ У ЖІНОК

Проф. Л. В. Зайцева

Наведено дані про клінічні особливості сексуальної функції у разі невротичних депресій у жінок. Визначено роль порушень соматосексуального та психосексуального розвитку, сексуальної поведінки, сексуальної мотивації та психосексуальних типів подружжя в розвитку сексуальних розладів, подружньої та сімейної адаптації у разі невротичних депресій у жінок. Відображено основні стратегії діагностики дезадаптивних форм порушень сексуального здоров'я. Установлено, що діагностика й корекція дезадаптивних форм порушення сексуального здоров'я можливі лише в парі.

Ключові слова: жінки, сексуальна функція, сімейна адаптація, невротичні депресії.

THE STATE OF SEXUAL FUNCTION AND FAMILY ADAPTATION AT NEUROTIC DEPRESSIONS IN WOMEN

L. V. Zaitseva

In the article presents the clinical peculiarities of sexual function of the neurotic depressions at women. The role of somatosexual and psychosexual development disorders, sexual behavior, sexual motivation and types of psychosexual development in the development sexual disorders, matrimonial and family adaptation of the neurotic depressions at women. It was also shown in this work the prevention diagnostic strategies the disadaptive forms of sexual health disorders. It was established that the diagnosis and correction of forms of disadaptive forms of sexual health disorders are possible only in matrimonial couple.

Keywords: women, sexual function, family adaptation, neurotic depressions.

Патология гипоталамической области у женщин в зависимости от локализации, характера поражения и особенностей нейрогуморальных отношений в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе может приводить как к ослаблению, так и повышению сексуальной функции в любом возрасте [1, 2, 3, 5]. При депрессии есть два главных источника нарушений в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе: увеличение содержания кортикотропин-рилизинг-гормона и гиперчувствительность надпочечников к действию АКТГ [4, 6]. Возникающие в результате этого изменения в гормональной регуляции могут обуславливать все патологические характеристики гипоталамо-гипофизарной системы, обычно наблюдаемые при депрессивных состояниях.

При невротических депрессиях отмечается резкое снижение сексуальности, которая часто приобретает доминантное звучание в клинической картине заболевания и несмотря на многочисленность и разнообразие исследований в этой области, до сих пор многие вопросы остаются открытыми.

Цель работы — изучение особенностей формирования сексуальной дисфункции, сексуального поведения, сексуальной мотивации и психосексуальных типов при невротических депрессиях у женщин и их влияние на развитие сексуальной и семейной дезадаптации.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Под наблюдением находились 227 семей, в которых в ходе комплексного обследования

у жен был установлен диагноз невротические депрессии (НД). В соответствии с МКБ-10 у больных с НД были диагностированы неврастения (F48.0) — 132 человека, реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации — 95 человек, из них пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) — у 53, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) — у 42 человек. В группу больных с НД, в соответствии с существующими критериями, нами были отнесены пациенты с психогенно возникшими депрессивными расстройствами (ДР), включающими сниженный фон настроения, ухудшение сна, аппетита, тревогу, эмоциональную лабильность, сомато-вегетативные проявления. В данную группу были включены женщины с неврастением (F48.0) в связи с выраженным у них депрессивным компонентом. Ведущими в клинической картине у всех больных НД были депрессивные проявления невротического уровня. Соответственно МКБ-10, было выделено три подгруппы: в 1 из них, которая состояла из 132 семей, женщины страдали неврастением (F48.0) с выраженным депрессивным компонентом; во 2 (53 семьи) пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21) и в 3 (42 семьи) у женщин была смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22). Среди семей с НД у жены было выделено 39 (17,2 %) семей, в которых супруги считали свою семью здоровой, несмотря на заболевание жены. По возрасту и социальным характеристикам эта группа не отличалась от семей с нарушенным здоровьем. Это явилось основанием рассматривать их как контрольную группу по отношению к основной группе. Изучение супружеской дезадаптации и клинических проявлений сексуальной дезадаптации (СД) позволило обнаружить, что у 188 (82,8 %) супружеских пар (СП) имела место СД, из них у 76 (40,4 %) обследованных отмечалась первичная СД, а у 112 (59,6 %) — вторичная СД.

Возраст больных женщин находился в пределах от 19 до 48 лет, причем мужья и жены входили в одну возрастную группу. Пациенты возрастных групп старше 49 лет не включались в число обследованных в связи с возможностью наличия у них органической (сосудистой) патологии. Большинство больных (78 %) были в возрасте 25–40 лет, что подчеркивает высокую медицинскую и социальную актуальность проблемы невротических расстройств.

Среди женщин 1 подгруппы чаще были личности с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет, среди женщин 2 подгруппы от 6 мес. до 2 лет и у женщин 3 подгруппы — от 1 мес. до 6 мес.

Длительность брака у 44 % СП составляла от 1 года до 5 лет, у 35 % СП от 6 до 10 лет,

у остальных — от 11 до 15 лет и больше. Наиболее длительным (свыше 10 лет) было пребывание в браке у тех СП, у которых жены страдали неврастением, а также в контрольной группе, где наблюдался самый высокий уровень психологической и социально-психологической адаптации супругов. Более половины женщин (61,4 %) состояли в первом браке, 35,3 % — во втором, меньше всего (5,6 %) — в третьем и 7,8 % — в гражданском браке. В первом браке и в гражданском браке чаще всего состояли женщины 3 подгруппы, во втором и третьем браке — женщины 1 и 2 подгруппы. У большинства СП (67,8 %) было по одному ребенку, у 21,2 % — по двое детей, и 5,2 % семей были бездетными. В 5,8 % семей жены имели ребенка от первого брака.

В комплексное обследование женщин с НД и их мужей входило клиническое, клинко-психопатологическое, психодиагностическое, специальное сексологическое обследование, клинко-статистический анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сексологическое исследование женщин с НД показало, что заторможенное соматосексуальное развитие чаще отмечалось в 1 подгруппе при неврастении (у 41,5 % больных), ускоренное — в 3 подгруппе при смешанном тревожном и депрессивном расстройстве, при котором более частым было и преждевременное психосексуальное развитие (33,6 %). Ретардация психосексуального развития имела место почти у половины обследованных, особенно часто — у больных 1 и 2 подгрупп. В контрольной группе задержки сомато- и психосексуального развития не наблюдалось ни у кого из женщин, у мужчин всех подгрупп оно также, в подавляющем большинстве случаев, отклонялось от норм. Для женщин были характерны асинхронии полового развития, в основном сочетанные (61,7 %), но во 2 подгруппе женщин они чаще, чем в других подгруппах, были сложными (11,9 %). У мужчин и женщин контрольной группы они встречались редко (у 15,0 % обследованных), причем сложных асинхроний не было ни у кого из обследованных.

У 1/3 женщин имели место отклонения полового поведения (его трансформация у женщин 2 подгруппы и гиперролевое поведение у больных 1 подгруппы), также особенно часто ($p < 0,05$) отмечалась дезинформация в области секса. В контрольной группе подобные отклонения встречались в единичных случаях. При клиническом обследовании обращало на себя внимание трехкратное преобладание у больных НД по сравнению с их мужьями, расстройств сексуальной функции, что, наряду с дисбалансом деятельности вегетативной нервной системы, можно связать с НР.

Среди типов сексуальной мотивации у женщин 1 подгруппы чаще всего ($p < 0,05$) отмечались шаблонно-регламентированный и пассивно-подчиняемый типы сексуальной мотивации, у женщин 3 подгруппы — шаблонно-регламентированный, реже гомеостабилизирующий, а у больных 2 подгруппы сексуальная мотивация была наиболее разнообразной — от агрессивно-аверсионной до игровой. И ни у одной женщины не было оптимального типа сексуальной мотивации — взаимно-альтруистического коммуникативно-гедонического.

Мотивами полового акта у больных 1 подгруппы были в основном средства релаксации и несколько реже — выполнение супружеского долга и желание дать чувственное наслаждение партнеру. Во 2 подгруппе половой акт часто служил средством достижения несексуальной цели или достижения оргазма, несколько реже его целью было сексуальное самоутверждение. У женщин 3 подгруппы на первом месте был мотив получения оргазма, но встречался и такой мотив полового акта, как средство коммуникации, который был вторым по частоте в контрольной группе.

Данные о психосексуальных типах обследованных свидетельствовали о том, что среди женщин 1 и 2 подгрупп чаще всего был тип женщина-дочь, а среди женщин 3 подгруппы — женщина-мать. У подавляющего большинства мужчин 1 и 2 подгрупп были агрессивные варианты типа мужчина-мужчина. Среди пациентов 3 подгруппы преобладал тип мужчина-отец. Из приведенных данных следует, что сочетание пациентов в паре при НД у жен в основном было неблагоприятным.

Половая конституция была слабой более чем у половины больных 1 подгруппы, у остальных — средняя, у женщин 2 подгруппы — в основном слабая и средняя, а среди больных 3 подгруппы 7,7 % принадлежали к сильному типу половой конституции. В контрольной группе слабого типа половой конституции не было ни у одной женщины, а у подавляющего большинства из них отмечался сильный ее тип. Либи́до было нарушено чаще в 1 подгруппе (особенно эротическое и сексуальное), а во 2 и 3 подгруппах — особенно сексуальное. Сексуальные ощущения в большинстве случаев были притуплены у всех женщин, но во 2 подгруппе они отсутствовали у 1/3 женщин, а у остальных были болезненными. У подавляющего большинства женщин (75,5 %, $p < 0,05$) отмечались также расстройства оргазма. Среди типов сексуальной культуры распространенным был невротический ее тип. Прimitивный тип сексуальной культуры был на втором месте по частоте во 2 подгруппе и изредка отмечался в других подгруппах. В сексуальных фантазиях у всех женщин, но чаще во 2 подгруппе, превалировала замена партнера, у больных 3 подгруппы в фантазиях довольно часто присутствовал также групповой

секс. Психосексуальную неудовлетворенность испытывали 70,0 % женщин с НР, остальные 30,0 % женщин (контрольная группа) были довольны своими отношениями с партнером и сексуальной жизнью.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья (СЗ) у находившихся под нашим наблюдением супругов дал возможность выявить ряд форм первичной сексуальной дезадаптации СП при НД у женщин. Первичная сексуальная дезадаптация проявлялась в трех клинических формах: 1) коммуникативной, 2) полоролевой, 3) сексуально-эротической. Наличие дезадаптации провоцировало развитие или отягощало течение основного заболевания. Первичные сексуальные нарушения, многочисленные и разнообразные по форме, служили психотравмой, которая приводила к искажению супружеских отношений и развитию НД. Вторичная СД явилась следствием НР, развившихся в результате несексуальной психотравмы, и зависела от их тяжести и течения, на основе чего уже возникала супружеская дезадаптация. При всех обстоятельствах развитие сексуальных нарушений во многом определялись личностными качествами и сексуальным поведением женщины.

ВЫВОДЫ

В целом полученные результаты исследований свидетельствовали о многообразии причин и проявлений СР у женщин при разных клинических вариантах НД и связанных с ними СД СП. СД как при первичных, так и при вторичных формах дезадаптации и сексуальных расстройств у женщин, обуславливались разнообразными патогенными факторами — социогенными, психогенными, негативными социально-психологическими и соматогенными. Формы СД имели также разные механизмы развития, течения и клинические проявления, но объединяла их первичность и вторичность специфической сексологической симптоматики. При этом дезадаптивные формы нарушения СЗ являлись общими для мужчин и женщин, хотя причина их заключалась в особенностях личности и сексуальности либо мужчины либо женщины, а среди форм сексуальных расстройств, приводящих к дезадаптации, были нозоформы, присущие только женщинам. Естественно, что патогенетические механизмы и клинические проявления СР имели свою специфику, связанную с особенностями нейрогуморального, психического и сосудистого обеспечения сексуальной функции женщины. Однако диагностика и коррекция дезадаптивных форм нарушения СЗ возможны только в паре. Разнообразие нарушений СЗ и многофакторное его обеспечение требуют системного подхода к их изучению и в перспективе это даст возможность разработать комплексную и дифференцированную систему психотерапевтической коррекции.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Зозуля А. А. Нейробиологические основы депрессий / А. А. Зозуля, А. Ф. Изнак // Депрессии в общей медицине. — М.: Мед. информ. агенство, 2001. — С. 20–31.
2. Колов С. А. Значение дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в психопатологии у ветеранов боевых действий / С. А. Колов, Е. Ю. Шейченко // Социальная и клиническая психиатрия. — М.: Медпрактика, 2009. — Т. 19. — № 3. — С. 74–79.
3. Шишкина Г. Т. Нейробиологические основы депрессивных расстройств и действия антидепрессантов / Г. Т. Шишкина, Н. Н. Дыгало // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. — 2010. — Т. 60. — № 2. — С. 138–152.
4. A multiple timepoint study of N-Terminal pro-opiomelanocortin in depression using a two-site recognition immunoradiometric assay / B. G. Charlton, I. N. Ferrier, A. Leake [et al.] // Clinical endocrinology. February, 1988. — Vol. 28. — № 1. 2. — P. 165–172.
5. Etude de la fonction thyroïdienne dans la psychose maniaco-dépressive / J. L. Schlienger, M. T. Kapfer, C. Demangeat // Nouv. Presse méd. — 1981. — Vol. 10. — № 6. — P. 401–402.
6. Sinton Ch. M. Neuropsychology and neuropsychiatry of sleep / Ch. M. Sinton, V. McCarley // Neuropsychiatry Eds R. B. Shiffer, S. M. Rao, P. S. Fogel. — Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin. — 2003. — P. 235–394.

ЕНДОСКОПІЇ ТА ХІРУРГІЇ

Зав. кафедри проф. Велігоцький О. М.

тел. 95-59-52; 702-11-76

Лапароскопічна герніологія (для лікарів-ендоскопістів, хірургів, зав. хірургічними відділеннями)

09.02–11.03

Лапароскопічна гінекологія (для акушерів-гінекологів, хірургів та ендоскопістів)

17.03–16.04

Ускладнення та помилки при лапароскопічній біліарній хірургії (для гастроентерологів, ендоскопістів, хірургів, зав. хірургічними відділеннями)

20.04–25.05

Ендоскопічна ретроградна панкреато-холагіографія (для ендоскопістів, хірургів, зав. хірургічними відділеннями)

26.05–25.06

Лапароскопічне лікування гастроезофагеальної хвороби (для ендоскопістів, хірургів, гастроентерологів, терапевтів)

03.09–02.10

Ендоскопічні транспілярні втручання (для ендоскопістів, хірургів, зав. хірургічними відділеннями)

07.10–05.11

СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, НАРОДНОЇ
ТА НЕТРАДИЦІЙНОЇ МЕДИЦИНИ, САНОЛОГІЇ

Зав. кафедри проф. Шкляр С. П.

тел. 725-26-99; 093-553-26-72

Санологія (лікарі лікувального, педіатричного, медико-профілактичного профілю)

02.02–08.05

Народна та нетрадиційна медицина (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)

02.03–01.04

Народна та нетрадиційна медицина (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)

27.04–02.06

Народна та нетрадиційна медицина (лікарі лікувального профілю)

27.07–25.12

Санологія (лікарі лікувального, педіатричного, медико-профілактичного профілю)

28.09–25.12

РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ

Зав. кафедри проф. Морозова О. Г. тел. 710-21-04

Рефлексотерапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)

18.03–16.04

Рефлексотерапія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)

05.11–04.12

НАРКОЛОГІЇ

Зав. кафедри проф. Сосін І. К. тел. 52-61-77

Наркологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)

21.04–26.05

Наркологія (для лікарів, які атестуються на II, I, вищу категорії)

02.11–01.12

МЕДИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ, СПОРТИВНОЇ
МЕДИЦИНИ ТА ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ

Зав. кафедри проф. Малахов В. О. тел. 711-75-01

Медикаментозні та немедикаментозні методи в спортивній медицині (для лікарів лікувального профілю)

12.05–26.05

Медикаментозні та немедикаментозні методи в спортивній медицині (для лікарів лікувального профілю)

21.09–05.10

ПЕДАГОГІКИ, ФІЛОСОФІЇ
ТА МОВНОЇ ПІДГОТОВКИ

Зав. кафедри проф. Касьянова О. М. тел. 711-59-17

Психолого-педагогічні основи вищої освіти (для викладачів медичних ВНЗ профільних дисциплін)

12.05–26.05

Психолого-педагогічні основи вищої освіти (для викладачів медичних ВНЗ профільних дисциплін)

07.09–21.09

Психолого-педагогічні основи вищої освіти (для викладачів медичних ВНЗ профільних дисциплін)

16.11–30.11