

СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ВТОРИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН

Канд. мед. наук Т. В. КРИШТАЛЬ

SPOUSE DEADAPTATION AT SECONDARY DYSFUNCTION IN WOMEN

T. V. KRISHTAL

Харьковский областной психоневрологический диспансер, Украина

Рассмотрены причинно-следственные связи между вторичной сексуальной дисфункцией у женщин и невротическими расстройствами, расстройствами зрелой личности и формирующимися при этом вариантами сексуальной дезадаптации супружеской пары. Сделан вывод о необходимости учитывать выявленные закономерности при разработке системы психотерапевтической коррекции.

Ключевые слова: вторичная сексуальная дисфункция у женщин, сексуальная дезадаптация.

Casual relations between secondary sexual dysfunction in women and neurotic disorders, impairment of a mature personality and forming variants of sexual deadaptation of a marries couple are featured. The author concludes about the necessity to consider the revealed regularities when working out the system for psychotherapeutic correction.

Key words: secondary sexual dysfunction in women, sexual deadaptation.

Вторичным сексуальным расстройствам у женщин посвящено довольно большое количество исследований. В литературе обсуждались причины, механизмы развития и клинические проявления сексуальной дисфункции при различных формах невротических расстройств, при расстройствах личности, при некоторых соматических заболеваниях [1–4 и др.]. Большинству этих работ, однако, присущ существенный недостаток, который заключается в том, что в них не учитывается или недостаточно учитывается парный характер сексуальной функции и, таким образом, остается без внимания сексуальная дезадаптация супружеской пары, неизбежно возникающая при сексуальном расстройстве у жены.

Таким образом, варианты и клинические формы супружеской дезадаптации при вторичной сексуальной дисфункции у женщин и особенно причинно-следственные связи между этими явлениями остаются недостаточно изученными.

Мы поставили перед собой задачу изучить причины, механизмы формирования, клинические проявления супружеской дезадаптации, формирующейся при вторичной сексуальной дисфункции у женщин, и, учитывая сложный многофакторный генез самого феномена адаптации и его нарушений, провести системное исследование данного аспекта сексуального здоровья супружеской пары [5, 6].

Под наблюдением было 100 супружеских пар с сексуальной дезадаптацией, в которых жены страдали вторичной сексуальной дисфункцией. У 50 из них она была обусловлена невротическим расстройством и у 50 — специфическим расстройством личности. Сексуальная дисфункция в этих случаях являлась симптомом указанных расстройств.

У наших пациенток с невротическими расстройствами примерно одинаково часто отмечались специфические фобии, навязчивые мысли, пролонгированные депрессивные реакции, соматизированное, ипохондрическое расстройства и невращения.

Специфические (изолированные) фобии (F40.2) — фобии, ограниченные узкоспецифичными ситуациями. У наблюдавшихся нами больных имела место коитофобия, при которой ситуация сексуальной близости вызывала страх, иногда вплоть до паники, что делало невозможной половую жизнь.

Преимущественно навязчивые мысли или размышления, умственная жвачка (F42.0). Эта форма проявляется в obsessions, которые могут принимать форму идей, образов или побуждений к действиям, почти всегда неприятных для субъекта и вызывающих у него дистресс. Иногда obsessions проявляются в виде бесконечного рассмотрения альтернатив по любому поводу, что делает человека неспособным принимать самые обычные, необходимые в повседневной жизни решения.

Пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) представляет собой легкое относительно непродолжительное (не более двух лет) депрессивное состояние, возникающее в ответ на длительное воздействие стрессовой ситуации.

Основным признаком соматизированного расстройства (F45.0) являются множественные, то исчезающие, то вновь возникающие, часто видоизменяющиеся соматические симптомы, которые наблюдаются не менее чем в течение 2–5 лет и не могут быть объяснены какими-либо физическими причинами. Больные обращаются к различным специалистам и, несмотря на множество негатив-

ных результатов разнообразных обследований, сохраняют уверенность в своем заболевании, что вызывает у них постоянный дистресс. Наши пациентки предъявляли жалобы на урогенитальные симптомы — дизурию или частое мочеиспускание, на неприятные ощущения в области половых органов, на необычные или обильные выделения из влагалища.

Ипохондрическое расстройство (F45.2) характеризуется стойкой озабоченностью и убежденностью пациента в наличии у него соматического заболевания с прогрессирующим течением. Беспокойство больного вызывают вполне нормальные, обычные ощущения и явления, которые он истолковывает как патологические, болезненные, обычно фокусируя внимание на одном-двух органах или системах организма.

Неврастения (F48.0) проявляется в двух основных типах, имеющих между собой много общего. При первом из них ведущим симптомом служат жалобы на повышенную утомляемость при умственной работе, которая может приводить к некоторому снижению профессиональной продуктивности или способности справиться с решением повседневных задач. Больные обычно описывают это состояние как неприятное вмешательство отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, трудность сосредоточения и общую неэффективность мышления. Неврастения второго типа проявляется физической слабостью и истощением при малейшем усилии, сопровождающимися мышечной болью; характерна также неспособность к расслаблению. При обоих типах наблюдаются также головокружение, головные боли напряжения

и чувство общей неустойчивости. Нередки также озабоченность в связи с умственным и соматическим неблагополучием, раздражительность, ангедония, подавленное настроение и тревога, часто нарушается сон.

Результаты обследования женщин с невротическими расстройствами и сопоставительного анализа связи этих расстройств с имеющимися у пациенток сексуальными нарушениями представлены в табл. 1.

Как следует из данных этой таблицы, общими для всех форм невротического расстройства были отсутствие сексуального удовлетворения и оргазмическая дисфункция (аноргазмия).

У всех женщин с коитофобией имел место спазм мышц тазового дна, делавший невозможным проведение полового акта; ни у кого из остальных пациенток этот тип дисфункции не наблюдался. При пролонгированных депрессивных реакциях, помимо оргазмической дисфункции, отсутствовало половое влечение, реже отмечалось отсутствие генитальных реакций (сухость влагалища) и в значительном числе случаев — сексуальное отвращение (аверсия), не встречавшееся больше ни у кого из женщин с расстройством личности. У большинства женщин с соматизированным расстройством наблюдалась алибидемия, а у остальных — все типы сексуальной дисфункции, кроме сексуального отвращения. Для ипохондрического расстройства, помимо отмеченных выше общих проявлений сексуальной дисфункции, было характерно отсутствие генитальных реакций, при неврастении — алибидемия. Половое влечение и генитальные реакции были сохранены при кои-

Таблица 1

Зависимость типов сексуальной дисфункции у женщин (по МКБ-10) от форм невротического расстройства

Патология, обусловившая формирование сексуальной дисфункции	Типы сексуальной дисфункции					
	отсутствие или потеря полового влечения, F52.0	сексуальное отвращение, F52.1.10	отсутствие сексуального удовлетворения, F52.1.11	отсутствие генитальных реакций, F52.2	оргазмическая дисфункция, F52.3	спазм мышц тазового дна, F52.5
<i>Невротическое расстройство</i>						
специфические изолированные фобии (коитофобия), n = 8	—	—	100–12	—	100–12	100–12
навязчивые мысли или размышления, n = 10	—	—	100–10	—	100–10	—
пролонгированная депрессивная реакция, n = 11	36±15	27±14	100–9	18±12	100–9	—
соматизированное расстройство (урогенитальные симптомы), n = 5	60±24	—	100–20	100–20	100–20	—
ипохондрическое расстройство, n = 7	28±18	—	100–14	43±20	100–14	—
неврастения, n = 9	44±18	—	100–11	33±17	100–11	—

Примечание. Здесь и в последующих таблицах данные в процентах.

тофобии и навязчивых мыслях и размышлениях.

Таким образом, вторичная сексуальная дисфункция у женщин, страдающих невротическим расстройством, характеризовалась сочетанными сексуальными нарушениями, чаще всего аоргазмией, сексуальной неудовлетворенностью, отсутствием генитальных реакций и полового влечения.

Среди наших пациенток со специфическим расстройством личности чаще всего отмечались шизоидный и демонстративный его типы, значительно реже — зависимое расстройство.

Для шизоидного расстройства личности (F60.1) характерны отгороженность от эмоциональных, социальных и других контактов, склонность к интроспекции. Больные отдают предпочтение фантазиям, индивидуальной деятельности, требующей уединения. У них значительно снижена способность выражать свои чувства и ощущать удовольствие. У находившихся под нашим наблюдением женщин отмечались очень ограниченное количество занятий, способных доставить им удовольствие, эмоциональная холодность, отчужденность, сниженный интерес к сексуальным контактам, отсутствие друзей и доверительных взаимоотношений с кем-либо.

Больные с демонстративным расстройством личности (F60.4) отличаются поверхностностью и лабильностью эмоций; склонностью к самодраматизации, театральности, преувеличенно интенсивному выражению чувств; для них типичны также внушаемость, эгоцентричность, потворство своим желаниям и потакание слабостям; невниманье к другим людям; постоянные поиски новых

возбуждающих впечатлений, стремление быть объектом внимания, вызывать восхищение и одобрение. У таких лиц наблюдается также повышенная озабоченность своей внешней привлекательностью, а также неадекватная обстоятельствам сексуальная провокация, проявляющаяся во внешнем виде и поведении.

Характерными признаками зависимого расстройства личности (F60.7) являются общая склонность полагаться на других в принятии любых, даже незначительных решений в своей жизни; отчаянный страх оказаться покинутым; чувство собственной беспомощности и несостоятельности; пассивная уступчивость, в особенности людям, старшим по возрасту; слабая реакция на требования повседневной жизни и в то же время стремление переложить ответственность на других людей. Недостаток жизненной энергии у наших больных проявлялся и в интеллектуальной, и в эмоциональной сфере.

Как и при невротических расстройствах, у женщин со специфическими расстройствами личности нарушения сексуальной функции были сочетанными. Из табл. 2 следует, что у всех этих больных также имели место отсутствие сексуального удовлетворения и оргазмическая дисфункция. При этом у части пациенток с шизоидным расстройством отмечались и все другие типы сексуальной дисфункции, кроме спазма мышц тазового дна. Последний наблюдался почти у половины больных с демонстративным расстройством личности, у которых нередко были также отсутствие генитальных реакций и сексуальная аверсия, но сохранялось половое влечение. При зависимом

Таблица 2

Зависимость типов сексуальной дисфункции у женщин от типов специфического расстройства личности

Тип расстройства личности	Типы сексуальной дисфункции					
	отсутствие или потеря полового влечения, F52.0	сексуальное отвращение, F52.1.10	отсутствие сексуального удовольствия, F52.1.11	отсутствие генитальных реакций, F52.2	оргазмическая дисфункция, F52.3	спазм мышц тазового дна, F52.5
Шизоидное, n = 21	14±8	10±7	100–5	10±7	100–5	—
Демонстративное, n = 20	—	20±9	100–5	25±10	100–5	45±11
Зависимое, n = 9	11±11	—	100–9	—	100–9	—

Таблица 3

Зависимость сексуальной дезадаптации супругов от патологии, обусловившей вторичную сексуальную дисфункцию у жены

Патология, обусловившая формирование дисфункции	Приобретенная дезадаптация, n = 100		Варианты дезадаптации	
	I степени	II степени	псевдоадаптация, n = 14	параадаптация, n = 8
Невротическое расстройство, n = 50	26±6	74±6	6±3	—
Специфическое расстройство личности, n = 50	36±7	64±7	8±4	4±3

расстройстве, кроме аноргазмии и сексуальной неудовлетворенности, иногда страдало либидо.

Вторичная сексуальная дисфункция у женщин привела к возникновению сексуальных расстройств у их мужей, у которых в период обследования отмечались снижение адекватных эрекций и сексуальная неудовлетворенность. Эти нарушения имели относительный характер, проявляясь только по отношению к жене.

Таким образом, у супругов развилась сексуальная дезадаптация, разновидность и варианты которой показаны в табл. 3.

Из данных таблицы видно, что у всех обследованных супружеских пар имела место не дебютантная, а приобретенная дезадаптация, в большинстве случаев и при невротическом расстройстве, и при расстройстве личности у жены достигавшая II степени, при которой жена либо вообще не испытывала оргазма, либо достигала его в единичных случаях. При дезадаптации I степени оргастичность женщин не превышала 30%.

При этом в ряде случаев у супругов имели место такие варианты дезадаптации, как псевдоадаптация и параадаптация [7]. В первом случае жена имитирует переживание оргазма, на самом

деле не испытывая его, во втором — генита-генитальный половой акт вообще не происходит, а имеют место такие заместительные его формы, как, например, интерфеморальный половой акт, что связано с практически полной неосведомленностью в вопросах секса. Параадаптация наблюдалась только при специфическом расстройстве личности у женщин.

В целом результаты проведенного исследования показали, что невротическое расстройство и специфическое расстройство личности у женщин сопровождаются сексуальной дисфункцией, которая в свою очередь влечет за собой формирование сексуальной дезадаптации супружеской пары. Выявленные закономерные связи между формами невротического расстройства, типами расстройства личности и типами сексуальной дисфункции у женщин, а также между этими параметрами и степенью выраженности дезадаптации супругов должны быть учтены при разработке системы психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья супружеской пары, в которой жена страдает указанными психическими расстройствами, сопровождающимися вторичной сексуальной дисфункцией.

Литература

1. Николаев В. В. Нарушение сексуального здоровья и функционирования семьи при психопатии у женщин.— Харьков: Основа, 1999.— 266 с.
2. Рожков В. С. Механизмы развития вторичных сексуальных расстройств при неврозах у мужчин // Арх. клин. и экпер. медицины.— 2000.— Т. 9, вып. 1.— С. 33–36.
3. Баженов О. С. Характеристика структуры соматоформных розладів // Укр. вісн. психоневрології.— 2003.— Т. 11, вип. 4 (27).— С. 42–44.
4. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 575 с.
5. Келли Г. Ф. Основы современной сексологии: Пер. с англ.— СПб.: Питер, 2000.— 889 с.
6. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Рег Се, 2002.— 879 с.
7. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация.— М.: Единторнал, 2004.— 256 с.

Поступила 09.02.2006