

СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ЖЕНЩИН И ЕЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

Канд. мед. наук Т. В. КРИШТАЛЬ

SPOUSE DISADAPTATION IN DIABETES MELLITUS IN WOMEN AND ITS PSYCHOTHERAPY CORRECTION

T. V. KRYSTAL

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Установлены причины, механизмы развития, течение и клинические проявления расстройства сексуального здоровья при сахарном диабете у женщин. Описана разработанная автором и апробированная с хорошим результатом система психотерапевтической коррекции дезадаптации супружеской пары при данном заболевании у жены.

Ключевые слова: сахарный диабет, женщины, супружеская дезадаптация, психотерапия.

The causes, development mechanisms, course and clinical manifestations of sexual health in women with diabetes mellitus were established. The author describes the original system of psychotherapeutic correction of the married couple disadaptation at this disease in the wife, which was tested with a good result.

Key words: diabetes mellitus, women, spouse disadaptation, psychotherapy.

Сахарный диабет (СД) является, как известно, одним из наиболее распространенных заболеваний в мире, причем частота его возрастает, особенно среди лиц молодого, наиболее активного возраста [1]. Это страдание нередко влечет за собой вторичное нарушение сексуальной функции больных, в частности у мужчин, у которых оно встречается, по разным данным, в 24,7–75% случаев [2, 3]. В работах, посвященных сексуальным расстройствам у больных СД мужчин, рассматриваются те или иные аспекты клиники, патогенеза, лечения данной патологии [4–6], однако сексуальная функция женщин, страдающих СД, практически не исследована и не получила освещения в литературе. Остается вне внимания исследователей и такая важнейшая проблема, как сексуальная дезадаптация супружеской пары, в которой у жены имеется связанная с диабетом сексуальная дисфункция, несмотря на то, что нарушение адаптации супругов тяжело переживается ими и подрывает прочность брака. Таким образом, даже имеющиеся исследования носят односторонний характер, без учета парности сексуальной функции, многомерного обеспечения сексуального здоровья и значения психологических факторов в его нарушении.

Считается, что сексуальные расстройства у больных диабетом обуславливаются вызванными этим заболеванием метаболическими, иннервационными, сосудистыми и гормональными нарушениями, обычно при поражении нескольких звеньев обеспечения сексуальной функции. При обострении болезни сексуальная дисфункция может возникать вследствие окклюзии внутренних

половых артерий. При этом, однако, игнорируется значение психогенных, а в ряде случаев и социогенных факторов в ее генезе. Между тем СД, как всякое хроническое, тем более неизлечимое заболевание, изменяет психику человека, тяжело переживается личностью, а следовательно, наряду с соматогенными — нейрососудистыми, нейрогуморальными сдвигами в организме психогенные нарушения играют очень большую роль в формировании расстройства сексуального здоровья.

Целью нашего исследования, результатам которого посвящена настоящая статья, явилось изучение на основе системного подхода механизмов развития, течения и клинических проявлений нарушения супружеской адаптации при СД у жены и разработка эффективной системы его психотерапевтической коррекции.

Под нашим наблюдением находились 43 супружеские пары, в которых жены страдали СД, сопровождавшимся сексуальной дисфункцией, и имела место супружеская дезадаптация. Супруги были в возрасте от 30 лет до 51 года, причем, как правило, входили в каждой паре в одну возрастную группу, составлявшую 5 лет.

Длительность заболевания СД у женщин составляла от одного года до 20 лет.

Было проведено комплексное всестороннее обследование: изучение соматического (в том числе эндокринологического у больных), неврологического, психического состояния, психодиагностическое, специальное сексологическое обследование супругов и системно-структурный анализ их сексуального здоровья [7].

Супружеские пары были разделены на две группы: в первой из них, куда вошло большинство обследованных — 23 пары, или $54 \pm 8\%$, сексуальная дисфункция у жен была обусловлена соматогенными расстройствами; во вторую вошли 20 ($46 \pm 8\%$) супружеских пар, в которых сексуальные расстройства у женщин возникли до заболевания СД и явились результатом воздействия психогенных и социогенных факторов. Во второй группе пациентки были более молодого возраста, и течение СД у них было более легким.

При изучении соматического состояния были обнаружены, в основном у больных первой группы, заболевания, обусловленные нарушением иннервации внутренних органов (кровообращения, дыхания, пищеварения, мочеполовой системы). Во второй группе такие нарушения встречались в единичных случаях. Неврологические изменения (симптомы энцефалопатии, анизорефлексия, у больных старше 40 лет — полинейропатия черепных нервов, дистальная полинейропатия) были отмечены только у больных первой группы. Функциональное состояние системы гипофиз — надпочечники — гонады зависело от тяжести диабета: при легком его течении уровень ФСГ, ЛГ, эстрадиола в крови больных не претерпевали существенных изменений, при тяжелом течении заболевания (в первой группе, в основном у пациенток старшего возраста) уровень половых гормонов, за исключением эстрадиола, был достоверно снижен.

В психическом статусе у $93 \pm 3\%$ больных первой группы и $41 \pm 8\%$ их мужей определялась невротическая, главным образом неврастеническая и астенодепрессивная симптоматика; во второй группе невротические расстройства были выявлены у всех супругов.

Половая конституция пациенток и их мужей была в основном средней, лишь во второй группе в единичных случаях сильной или ослабленной.

Клиническими проявлениями сексуальной дисфункции у женщин первой группы было отсутствие генитальных реакций и оргазма, у женщин второй группы отмечалась сексуальная дезадаптация. У большинства пациенток первой группы были также снижены сексуальная активность и предприимчивость. Следует отметить, что сексуальную дисфункцию у обследованных нами больных, особенно в первой группе, усугубляло отсутствие регулярной половой жизни. Все супруги обеих групп испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

При проведении системно-структурного анализа сексуального здоровья были получены следующие результаты. В первой группе супружеских пар выявлено сочетанное поражение его компонентов и составляющих. Стержневым, т. е. причиной сексуальной дисфункции у женщин и дезадаптации супругов, было обусловленное СД поражение у больных всех составляющих биологического компонента — нейрорегуляторной, нейрогуморальной и генитальной, психическая составляющая

этого компонента была нарушена у обоих супругов вследствие имеющихся у них невротических расстройств (у части мужчин — невротической реакции на заболевание жены и супружескую дезадаптацию). Нарушение психологического и социально-психологического компонентов сексуального здоровья, обусловленное характерологическими особенностями и особенностями межличностных отношений супругов и наблюдавшееся не у всех супружеских пар, служило в этих случаях усугубляющим дисгармонию фактором, так же как и нарушение информационно-оценочной составляющей социального компонента, связанное с низким уровнем осведомленности в области секса. Супружеская дезадаптация в данной группе возникла в разные сроки после начала заболевания женщин диабетом — от одного года до 2–3 лет.

Во второй обследованной группе стержневым было поражение у всех супругов информационно-оценочной и социокультурной составляющих социального компонента, первой — по указанной выше причине, второй — вследствие низкого уровня сексуальной культуры и расхождения ее типов в супружеской паре. Психологический компонент сексуального здоровья был нарушен у женщин из-за наличия у них связанного с заболеванием СД внутриличностного конфликта, а социально-психологический — из-за межличностного конфликта супругов. Ослабление психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья, обусловленное невротической реакцией супругов на дезадаптацию, служило в этих случаях усугубляющим ее течение фактором. Супружеская дезадаптация во второй группе возникла с самого начала супружеской жизни задолго до заболевания женщин диабетом и усугубилась после того, как оно возникло.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что возникновение сексуальной дисфункции у больных СД зависит от длительности и тяжести последнего и компенсаторных возможностей организма, но может быть, независимо от этого заболевания, и следствием психогенных, социогенных и негативных социально-психологических факторов.

В результате системного анализа сексуального здоровья у супругов второй группы были выявлены две клинические формы его нарушения: сексуально-эротическая — у 12 ($60 \pm 11\%$) супружеских пар, и социокультурная — у 8 ($40 \pm 11\%$) пар.

Установленные причины сексуальной дисфункции у больных СД женщин, механизмы развития и клинические проявления супружеской дезадаптации при этом заболевании были положены нами в основу разработки системы коррекции. Она проводилась в двух направлениях. Первое из них — медикаментозное лечение основного заболевания женщин, направленное на нормализацию обменных процессов в организме больных, гормональных нарушений, нейропатии и ангиопатии, невротических расстройств, причем все проводимые мероприятия

потенцировались методами психотерапии. Второе направление — психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации.

Больные получали препараты, направленные на улучшение микроциркуляции (никотиновую кислоту, трентал, кавинтон) и проводимости нервных волокон (ноотропил, аминалон, прозерин), снижение уровня липидов и холестерина крови (мисклерон и др.). С целью активизации обмена в нервных волокнах назначали витамины группы В, С, РР, фолиевую кислоту, при полинейропатии — унитиол, тиосульфат натрия; для лечения невротических расстройств — седативные средства, адаптогены, транквилизаторы.

Психотерапия супружеской дезадаптации проводилась в два основных этапа: на первом из них у супругов вырабатывалась новая, правильная установка на межличностное общение, второй этап был посвящен научению реализации этой установки. Соответственно в первой группе супругов на первом этапе применяли рациональную

(индивидуальную и парную), информационную психотерапию, на втором — сексуально-эротический тренинг. Во второй группе проводимые психотерапевтические мероприятия были направлены на повышение уровня культуры общения, психологической и социально-психологической адаптации супругов, их информированности в области психогигиены половой жизни. С этой целью на первом этапе психотерапии использовали методы индивидуальной, парной и групповой психотерапии, на втором — ролевой психосексуальный, коммуникативный и сексуально-эротический тренинги.

В результате проведения системы коррекции у всех супружеских пар, в которых жены страдали СД, была достигнута возможность нормальной половой жизни и таким образом, ликвидирована сексуальная дезадаптация. Супружеская гармония была восстановлена и во второй группе супругов, в которой дезадаптация развилась вследствие психогенных или социогенных причин.

Литература

1. Гогіна І. Ф., Андріюк Л. В., Огранович О. Є. Діабетичні ангіо-, ретіно-, нейропатії: патогенез, клініка, лікування.— Львів: Ліга прес, 2000.— 186 с.
2. Прихожан В. М. Поражение нервной системы при сахарном диабете.— М.: Медицина, 1981.— 296 с.
3. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 575 с.
4. Агарков С. Т. Психологический и социальный аспекты эректильной дисфункции // Здоровье мужчин.— 2004.— № 2 (9).— С. 48–49.
5. Wagner G., Green R. Impotence.— N. Y., London: Plenum press, 1985.— 240 p.
6. Демченко А. Н. Принципы терапии сексуальных расстройств при сахарном диабете у мужчин // Лечение половых расстройств.— Киев, 1982.— С. 82–84.
7. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М: Пер Се, 2002.— 879 с.

Поступила 04.01.2008