

В. В. КотликХарьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СУПРУГОВ
С НАРУШЕНИЕМ СУПРУЖЕСКОЙ АДАПТАЦИИ
ПРИ ПОСТКАСТРАЦИОННОМ СИНДРОМЕ У ЖЕНЫ**

По данным многочисленных научных наблюдений, в последние годы отмечается рост числа гинекологических заболеваний и оперативных вмешательств на половых органах, объем которых включает удаление яичников [1—3]. После тотальной овариоэктомии развивается обширный симптомокомплекс психоэмоциональных, вегетососудистых и обменно-эндокринных нарушений, обусловленных резким выключением гормональной функции яичников. В ответ на снижение уровня половых стероидов развивается закономерное повышение секреции гонадотропных гормонов. После овариоэктомии концентрация фолликулостимулирующего и лютеинизирующего гормонов в сыворотке крови повышается на 5—7-й день после операции, а через 20—30 дней уровень содержания этих гормонов становится в 7—10 раз выше, чем у женщин в детородном возрасте, и достигает уровня, характерного для климактерического периода. Удаление яичников, проведенное в период естественной возрастной инволюции, усугубляет биологическую трансформацию организма и приводит к нарушениям в защитно-приспособительных механизмах.

Недостаточность адаптационных механизмов проявляется развитием полисистемных функциональных и структурных расстройств, которые объединяются общим понятием — постовариоэктомический или посткастрационный синдром (ПКС). ПКС занимает особое место среди эстрогендефицитных состояний и наблюдается у 60—80 % женщин после одномоментного хирургического выключения функции яичников.

Широкий диапазон биологического действия половых гормонов объясняет сложную гамму симптомов, возникающих после хирургического выключения яичников. Повышение секреции гонадотропинов является закономерной реакцией на выключение обратной связи между гонадотропинами и половыми стероидами. Важную роль в развитии ПКС играет вся нейроэндокринная система, принимающая участие в адаптации организма в ответ на овариоэктомию. Особое значение в адаптации организма имеет кора надпочечников, в частности сетчатая и пучковые зоны, в которых синтезируются глюкокортикоиды и половые стероиды. Важную роль в развитии синдрома играет также преморбидный фон и фоновое функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы.

Вегетососудистые и психоэмоциональные расстройства возникают обычно через 2—3 нед. после овариоэктомии и достигают полного развития через 2—3 мес. Обратное развитие ПКС без лечения происходит лишь у 18 % больных, у остальных отмечается тяжелое, затяжное течение заболевания, продолжающееся 2—5 лет и более. В первые 2 года после операции у 73 % женщин преобладают нейровегетативные нарушения, у 16 % — психоэмоциональные расстройства и у 11 % — обменно-

эндокринные. В последующие годы частота обменно-эндокринных нарушений возрастает, психоэмоциональные расстройства сохраняются длительное время, а нейровегетативные уменьшаются [4—6].

Тяжелое течение заболевания отмечается почти у 60 % пациенток, у каждой четвертой женщины (26 %) его проявления носят умеренный характер и лишь в 14 % случаев ПКС имеет легкое течение. Стойкое нарушение трудоспособности, как последствие операции, возникает у 25 % женщин.

Некоторые исследователи указывают на негативное влияние овариоэктомии и ПКС на возникновение расстройств сексуальности у женщин [7]. Проведенные нами ранее исследования позволили установить, что непосредственной причиной нарушения сексуального здоровья у данного контингента является сексуальная дисфункция у женщин, обусловленная ПКС [8]. Однако в генезе супружеской дезадаптации даже при этиологической роли соматогенных факторов большое значение принадлежит также негативным психологическим и социально-психологическим факторам. Учитывая вышеизложенное, целью данной работы стало изучение психологических особенностей супругов с нарушением супружеской адаптации при ПКС у жены.

Всего обследовано 130 супружеских пар (СП). Из них — 100 СП (основная группа), в которых у женщин наблюдался ПКС (давность оперативного вмешательства составляла от нескольких месяцев до 4 лет) и диагностирована супружеская дезадаптация (в $50 \pm 5,0$ % отмечалась и до заболевания женщин). 30 СП, у которых, несмотря на перенесенную женами аналогичную операцию, не выявлено супружеской дезадаптации, составили контрольную группу. Супруги были в возрасте от 35 до 55 лет, входили в одну возрастную группу и состояли в браке от 6 до 18 лет. Контингент обследованных был однородным по всем базовым показателям, что позволило изучить проблему, а результаты исследования считать репрезентативно отображающими генеральную совокупность.

Психодиагностическое исследование включало анализ типов полученного общего и полового воспитания супругов, изучение индивидуальных личностных особенностей с помощью методики многостороннего исследования личности (ММПИ) в модификации Ф. В. Березина и соавт. [9], а также определение типа отношения к болезни исследуемых женщин [10].

Формирование личности, в том числе ее способности к адаптации, во многом зависит от полученного воспитания. Результаты проведенного нами изучения типов воспитания, полученного нашими пациентками и их мужьями в родительских семьях, представлены на рис. 1 и 2.

Из данных на рис. 1, 2 видно, что и среди женщин, и среди их мужей самыми частыми типами полученного

общего воспитания были гиперпротекция — потворствующая в $37 \pm 4,8\%$ случаев у женщин или доминирующая — в $34 \pm 4,7\%$ у мужчин, а также гипопротекция ($30,0 \pm 4,6\%$ у женщин и мужчин, соответственно).

Гипопротекция проявлялась иногда полной безнадзорностью, но чаще — недостатком внимания и контроля за поведением подростка, заботы и руководства, истинного интереса родителей к его делам и увлечениям. В своей духовной жизни подростки в таких случаях были полностью предоставлены сами себе, а если контроль за поведением как будто и осуществлялся, то был крайне формальным (скрытая гипопротекция).

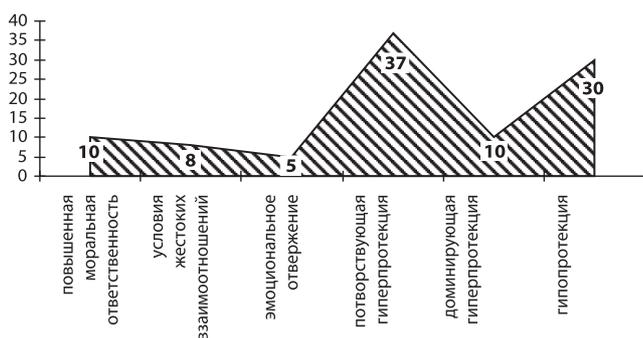


Рис. 1. Типы общего воспитания женщин основной группы (данные в %)

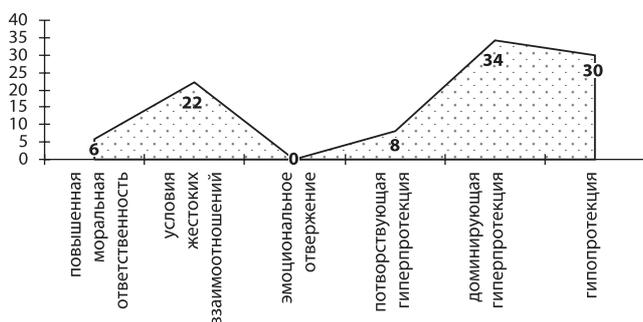


Рис. 2. Типы общего воспитания мужчин основной группы (данные в %)

Потворствующая гиперпротекция, или воспитание по типу «кумира семьи» проявлялась в чрезмерном покровительстве, в стремлении освободить ребенка от малейших трудностей, что дополнялось непрестанным восхищением его мнимыми талантами и преувеличением действительно имевшихся способностей. Дети росли при этом в атмосфере похвал и безудержного обожания, привыкали всегда быть в центре внимания окружающих, слышать хвалебные разговоры о себе и все желаемое получать с легкостью, без особого труда.

В противоположность этому девочки, воспитывавшиеся в условиях эмоционального отвержения ($5,0 \pm 2,2\%$), постоянно ощущали, что они лишние в семье, ими тяготеется, что они обуза в жизни родителей. Даже при скрытом эмоциональном отвержении, когда родители не проявляли явно, что тяготеются своим ребенком, положение «Золушки» оставило неизгладимый след на личности, способствуя формированию таких черт характера, как эмотивная и тревожная.

Доминирующая гиперпротекция ($34 \pm 4,7\%$ среди мужчин и $10,0 \pm 3,0\%$ у женщин) выражалась в чрезмерной опеке, мелочном контроле за каждым шагом, каждой мыслью подростка, в постоянных запретах и неусыпном наблюдении за ним, вплоть до постыдной для него слежки. Столь жесткий надзор и непрерывные запрещения, невозможность принимать самостоятельные решения создали у подростка впечатление, что ему запрещено все то, что разрешается сверстникам. Гиперпротекция не давала возможности развиваться самостоятельности, с ранних лет учиться на собственном опыте разумно пользоваться свободой.

Воспитание в условиях жестоких взаимоотношений ($22 \pm 4,1\%$ обследованных мужчин и $8,0 \pm 2,7\%$ женщин) в ряде случаев сочеталось с эмоциональным отвержением. Ребенка, подростка сурово наказывали даже за мелкие проступки, на нем «срывали зло» на других. Жестокость, как правило, касалась не только самого ребенка, ею была проникнута вся атмосфера в семье, хотя это могло быть и скрыто от посторонних взоров. Члены семей с такими отношениями были безразличны друг к другу, каждый заботился только о самом себе, полностью пренебрегая интересами других членов семьи. В семье с жестокими взаимоотношениями каждый мог рассчитывать только на самого себя, не ожидая ни помощи, ни поддержки, ни участия. Естественно, что такие взаимоотношения не способствовали стремления к успешной коммуникации и выработке способности к межличностной адаптации.

У $10,0 \pm 3,0\%$ женщин и $6 \pm 2,4\%$ мужчин воспитание было в условиях повышенной моральной ответственности. Для этого типа воспитания характерно, что родители возлагали большие надежды на будущее своего ребенка, на его успехи, часто рассчитывая, что он воплотит в жизнь их собственные несбывшиеся мечты. От подростка ждали слишком много, и такие чрезмерно высокие требования к чувству ответственности привели к заострению тревожно-мнительных черт характера.

Гармоничное воспитание не встречалось ни у женщин, ни у мужчин основной группы (в отличие от супругов группы контроля).

Что касается полового воспитания, большинство обследованных основной группы, особенно женщины, вообще не получили никакого полового воспитания (рис. 3). $27 \pm 4,4\%$ мужчин получили безнравственное и пуританское воспитание; правильное половое воспитание получили 1/5 мужчин.

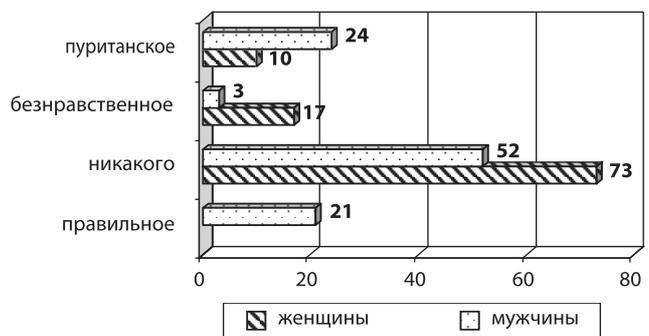


Рис. 3. Типы полового воспитания, полученные супругами основной группы (данные в %)

Неправильное общее и отсутствие полового воспитания у подавляющего большинства больных основной группы и их мужей в значительной мере способствовали становлению черт личности, усугублявших межличностную и сексуальную дезадаптацию супругов, развившуюся в тяжелой ситуации, которой явился ПКС.

В отличие от основной группы, большинство (83,3 ± 3,7 %) супругов контрольной группы получили гармоничное общее и почти все — правильное половое воспитание, что во многом способствовало их адекватному сексуальному поведению в условиях заболевания жены.

При обследовании супругов с помощью методики многостороннего исследования личности (ММПИ) в модификации Ф. Б. Березина с соавт. в качестве показателей по отдельным шкалам использовали средние для обследуемой группы значения (в Т-баллах). С целью оценки выявленных тенденций проводили интерпретацию усредненных профилей, а также их сравнительный анализ.

Профили больных женщин оказались не однородными, среди них можно было выделить два варианта (рис. 4).

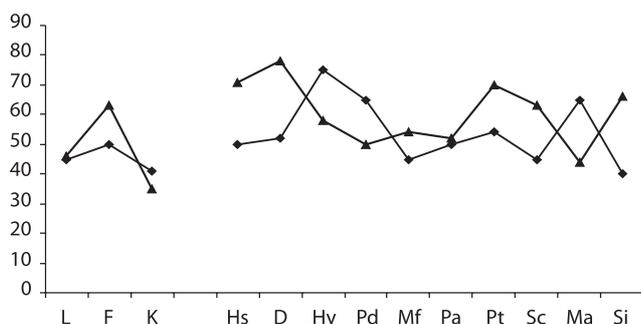


Рис. 4. Варианты усредненных профилей личности женщин основной группы

Первый вариант характеризовался максимальным повышением показателей 2-й шкалы (тревоги и депрессивных тенденций), сочетающимся с высокой 1-й (соматизации тревоги, сверхконтроля), 7-й (фиксации тревоги и ограничительного поведения), 0-й (социальной интроверсии) шкалами при низкой 9-й шкале (отрицания тревоги и пессимистического восприятия). Такой профиль был характерен для лиц с выраженными тревожно-мнительными чертами.

Клинически состояние больных женщин определялось эмоциональной напряженностью, тревожностью, подавленностью настроения, ипохондрической фиксацией. Повышенная тревожность была сопряжена с неуверенностью, застенчивостью, нерешительностью, замкнутостью, неловкостью в общении. Для этих больных были характерны пессимизм, сниженная самооценка, неуверенность в себе, напряженность и тревога. У них легко возникало чувство вины и недостаточная оценка собственных возможностей, их отличала сентиментальность, сенситивность, ранимость. Опасение потерпеть неудачу определяло поведение таких личностей. Вследствие этого возникало ограничительное поведение, проявляющееся в отказе от деятельности, если успех не гарантирован. Они предпочитали узкий

круг близких людей, поскольку установление новых контактов давалось им с трудом, испытывали тревогу при межличностных трениях, что усугубляло их социальную интроверсию, сосредоточенность на своих болезненных переживаниях и личностных недостатках, чувство собственной неполноценности.

Второй вариант профиля личности характеризовался подъемами на 3-й (вытеснение причин, вызывающих тревогу), 4-й (импульсивности), 9-й (отрицание тревоги и пессимистического восприятия) и снижением на 5-й (мужественности — женственности) и 0-й (социальной интроверсии) шкалах.

У таких пациенток происходит подавление импульсивности по отношению к окружающим (подъем на 4-й шкале), т. е. имело место сдерживание импульсов. Женщины с такими личностными особенностями испытывали трудности в общении с противоположным полом. Супружеские взаимоотношения у них были неустойчивы, с отсутствием чувства глубокой привязанности к супругу. Межличностные контакты отличались напряженностью и осуществлялись на незрелом и поверхностном уровне. Отрицательные сигналы со стороны окружающих этими пациентками, как правило, игнорировались, их самооценка контрастировала с оценкой окружающих, что, однако, не мешало им сохранять самоуверенность и снисходительность к собственным недостаткам. Им выявились свойственны раздражительность, недружелюбное отношение к окружающим, неудовлетворенность жизнью, отсутствие конформности и самоконтроля, тенденция предрасположенности к конфликтным ситуациям. Межличностные отношения таких лиц ограничивались кратковременными поверхностными и неустойчивыми контактами и характеризовались склонностью к доминированию, агрессивности.

В целом, данная конфигурация профиля личности характеризовала пациенток как эмоционально незрелых личностей. Демонстративность и ориентация на внешнюю оценку препятствовали прямому проявлению асоциального поведения. Поэтому агрессия, протест, неспособность и нежелание считаться с интересами окружающих, обнаруживались чаще всего в отношениях с близкими людьми.

Изучение психологических особенностей мужей пациенток основной группы также выявило наличие двух характерных вариантов личностных профилей (рис. 5).

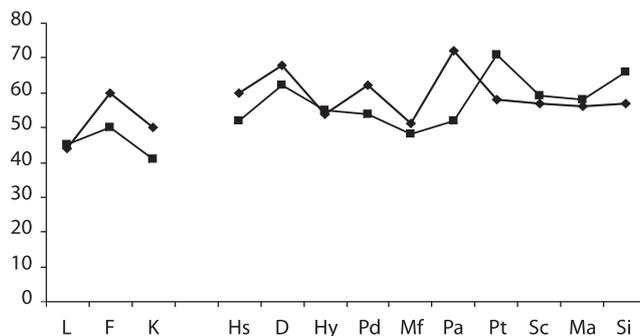


Рис. 5. Варианты усредненных профилей личности супругов обследованных пациенток основной группы

Первый вариант характеризовался повышением показателей 6-й шкалы (ригидности аффекта), сочетающихся с подъемом профиля на невротических шкалах: 1-й (соматизации тревоги, сверхконтроля), 2-й (тревоги и депрессивных тенденций), умеренным повышением 4-й шкалы (импульсивности) и снижением на 5-й шкале (мужских и женских черт характера).

Такая конфигурация профиля свидетельствовала о повышенной устойчивости негативно окрашенных аффективных переживаний, склонности к конфликтам, раздражительности, несдержанности, вспышках агрессивности; имеющейся у мужей больных тенденции к упрямству, недоверчивости.

У личностей с таким профилем наблюдалось исходно повышенное внимание к себе, в связи с чем ощущение тревоги сопровождало как межличностные отношения, так и процессы, происходящие в собственном организме. Социальные контакты осложнялись раздражительностью, сниженным настроением и тревогой, пессимистическим отношением к своим семейным проблемам, подавленностью. Декомпенсирующими ситуациями служили нарушения межличностных отношений. Лица с данным профилем личности выявились ригидными, конформными, педантичными, дистанцированными, уступчивыми, сентиментальными, обидчивыми, упрямыми. Их поведение определялось зависимостью от социального одобрения, они были озабочены своим социальным статусом и стремлением вызвать к себе симпатию окружающих.

Для мужчин со вторым вариантом профиля личности было типичным максимальное повышение 7-й шкалы (тревожности, фиксации тревоги и ограничительного поведения), а также умеренное повышение показателей по шкалам 2-й (тревоги и депрессивных тенденций) и 0-й (социальной интроверсии). Такие личности были постоянно тревожны, нерешительны, сенситивны, интрапунитивны, имели заниженную самооценку. Безусловно, наличие подобных личностных особенностей в ситуации заболевания жены ПКС не способствовало возникновению супружеской адаптации: вместо оказания поддержки такие мужья сами нуждались в помощи.

Анализ психологических особенностей супружеских пар контрольной группы (рис. 6) не выявил превышения показателя в 65 Т-баллов ни по одной шкале. Таким образом, по результатам исследования с помощью ММРІ ни у кого из супругов контрольной группы не были выявлены какие-либо нарушения или черты, предрасполагающие к развитию дезадаптации.

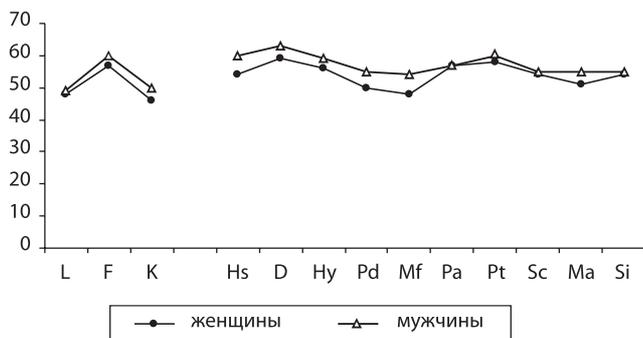


Рис. 6. Усредненные личностные профили у супругов контрольной группы

Таким образом, анализ результатов исследования по методике ММРІ засвидетельствовал, что психологическими особенностями женщин с ПКС, сопровождающегося сексуальными нарушениями, является, с одной стороны, наличие эмоциональной напряженности, тревожности, сниженного настроения, ипохондрической фиксации, падения активности и инициативы, сниженной самооценки, сенситивности, с другой — эмоциональной незрелости, склонности к протестным реакциям, неспособности и нежелания считаться с интересами близких людей. Вышеизложенное, в сочетании с такими особенностями мужей пациенток как устойчивость негативно окрашенных аффективных переживаний, склонность к конфликтам, раздражительность, несдержанность, агрессивность и нерешительность, интрапунитивность, сенситивность, безусловно, явилось фактором риска развития супружеской дезадаптации у данной категории больных.

Данные, полученные по методике ММРІ, были подтверждены результатами использования опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБ), позволившего получить развернутую характеристику системы отношений личности, связанных с заболеванием, а также целостный тип реагирования на болезнь (рис. 7).



Примечание: 1 — спокойно-выжидательный ТОБ; 2 — анозогностический ТОБ; 3 — эргопатический ТОБ; 4 — тревожный ТОБ; 5 — ипохондрический ТОБ; 6 — неврастенический ТОБ; 7 — меланхолический ТОБ; 8 — апатический ТОБ; 9 — сенситивный ТОБ; 10 — эгоцентрический ТОБ; 11 — паранойяльный ТОБ; 12 — обсессивно-фобический ТОБ.

Рис. 7. Типы отношения к болезни обследованных женщин (данные в %)

Из рис. 7 видно, что у женщин с ПКС и сексуальной дезадаптацией супружеской пары в диагностическую зону значительно чаще попадали шкалы тревожного, неврастенического, ипохондрического типов реагирования на болезнь. Значительно реже у больных основной группы отмечались анозогностический и эргопатический, а также меланхолический и обсессивно-фобический типы отношения к своему заболеванию. Адекватного (спокойно-выжидательного) отношения к болезни в основной группе не наблюдалось ни у кого из больных, тогда как в контрольной группе оно имело место у всех обследованных.

В большинстве случаев у одной и той же пациентки сочетались разные типы отношения к болезни, чаще всего ипохондрический, тревожный и неврастенический типы.

Результаты работы по интерпретации шкальных оценок опросника по блокам шкал (первому, второму, третьему), позволила установить следующее. В первый блок были включены шкалы эргопатического и анозогнозического типов реагирования, характеризующихся меньшей выраженностью социальной дезадаптации больного в связи с заболеванием, во второй и третий блоки — шкалы типов реагирования, характеризующихся наличием личностной дезадаптации в связи с заболеванием.

Второй блок включал типы реагирования с интрапсихической направленностью: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический. Эмоционально-аффективный аспект отношений у больных с этими типами реагирования клинически выражался в реакциях по типу раздражительной слабости, подавленном, угнетенном состоянии, «уходе» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляция» перед заболеванием и т. п.

Третий блок шкал составляли типы реагирования на болезнь с интерпсихической направленностью. Они отражали сенсibilизированное отношение к болезни, вероятно, в наибольшей степени связанное с преморбидными особенностями личности больных: это сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный, обсессивно-фобический типы. Такие больные при различных эмоциональных реакциях отличались дезадаптивным поведением, которое приводило к нарушению их социального функционирования: они или стеснялись своего заболевания, или использовали его в своих целях, строили концепции паранойяльного характера относительно своего здоровья, проявляли гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге, и т. д.

В целом проведенное психодиагностическое исследование показало большую значимость в генезе сексуальной дезадаптации личностных особенностей супругов и степени их адаптации на всех уровнях взаимодействия. Полученные результаты свидетельствуют о том, что при ПКС у женщин большую роль в формировании супружеской дезадаптации, помимо

сексуальной дисфункции, обусловленной операцией, играют неправильное общее и половое воспитание, негативные изменения личности и неправильное отношение к болезни. В то же время позитивная, мобилизующая трансформация этих характеристик, наблюдавшаяся у больных контрольной группы и их мужей, позволяла им изменить свое сексуальное поведение соответственно новым обстоятельствам, достигнуть достаточно высокого уровня супружеской адаптации и психосексуального удовлетворения.

Список литературы

1. Боржи Уссама Бен Монсеф. Профилактика посткастрационного синдрома после радикальных операций у пациенток репродуктивного возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук, специальность 05.13.01. — Воронеж, 2007. — 20 с.
2. Новак Ф. Оперативная гинекология / Пер. с англ. — М.: Медицина, 1989. — 368 с.
3. Рябцева И. Т., Шаповалова К. А. Заместительная гормональная терапия при синдроме постовариозэктомии // Вестник российской ассоциации акушеров-гинекологов. — 2000. — № 2. — С. 92—94.
4. Глебова Н. Н., Додонов А. Н. Оценка психоэмоционального статуса женщин, перенесших двухстороннюю овариозэктомию и разроботка реабилитационных мероприятий // <http://medinform.net>.
5. Волков А. Е., Окороков А. А., Фардзинова Е. Г. Психоэмоциональные аспекты посткастрационного синдрома // <http://medinform.net>.
6. Бижанова Д. Оставайтесь женщиной навсегда: как восстановить гармонию гормонов // Популярная медицина. Образовательный медицинский журнал. — 2004. — Т. 3. — № 4 // <http://www.consilium-medicum.com>.
7. Серов В. Н., Баранов И. И. Транквилизаторы в практике гинеколога // Consilium medicum: Журнал доказательной медицины для практикующих врачей. — 2007. — Т. 09. — № 6 // <http://www.consilium-medicum.com>.
8. Котлик В. В. Посткастрационный синдром у женщин и его влияние на сексуальное здоровье супружеской пары // Медицинская психология. — 2007. — Т. 2. — № 4. — С. 94—97.
9. Березин Ф. Б., Мирошников М. Л., Рожнец Р. В. Методика многостороннего исследования личности. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.: ил., табл.
10. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: Методики и тесты. — Самара: Изд. дом БАХРАХ-М, 2002. — 672 с.

Надійшла до редакції 10.09.2008 р.

В. В. Котлік

Психологічні особливості подружжя з порушенням подружньої адаптації при посткастраційному синдромі у дружини

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Подані результати аналізу особистісних властивостей та типів ставлення до хвороби у подружжя з порушенням адаптації за умови наявності посткастраційного синдрому у дружини.

V. V. Kotlik

Psychological features of the married couples with violation of matrimonial adaptation at a post-castration syndrome for wife

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

The results of analysis of personality features and types of attitude toward illness for the married couples with violation of adaptation on condition of presence of post-castration syndrome for a wife were presented.