

Л. В. Зайцева
**СОСТОЯНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ И СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ
 ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН**

Л. В. Зайцева
СТАН СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ ТА СІМЕЙНОЇ АДАПТАЦІЇ ПРИ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДАХ У ЖІНОК

L. V. Zaitseva
**THE STATE OF SEXUAL FUNCTION AND FAMILY ADAPTATION
 OF THE AFFECTIVE DISORDERS AT WOMEN**

В статье представлены данные клинических особенностей сексуальной функции при аффективных расстройствах 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 аффективных расстройствах 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, аффективные расстройства

У статті наведені дані про клінічні особливості сексуальної функції при афективних розладах у жінок. Визначено роль порушень соматосексуального та психосексуального розвитку, сексуальної поведінки, сексуальної мотивації та психосексуальних типів подружньої пари у розвитку сексуальних розладів, подружньої та сімейної адаптації при афективних розладах у жінок. Відображено основні стратегії діагностики дезадаптивних форм порушень сексуального здоров'я. Встановлено, що діагностика та корекція дезадаптивних форм порушень сексуального здоров'я можливі лише в парі.

Ключові слова: жінки, сексуальна функція, сімейна адаптація, афективні розлади

In the article presents the clinical peculiarities of sexual function of the affective disorders 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 affective disorders 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.

Key words: women, sexual function, family adaptation, affective disorders

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—4]. При депрессии, как предполагают В. G. Charlton, J. N. Ferrier [5] есть два главных источника нарушений в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе: увеличение содержания кортикотропин-рилизинг-гормона и гиперчувствительность надпочечников к действию адренкортикотропного гормона (АКТГ). Возникающие в результате этого изменения в гормональной регуляции могут обуславливать все патологические характеристики гипоталамо-гипофизарной системы, обычно наблюдаемые при депрессивных состояниях.

При депрессивном эпизоде аффективных расстройств 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 исследования — изучение особенностей формирования сексуальной дисфункции, сексуального поведения, сексуальной мотивации и психосексуальных типов при аффективных расстройствах у женщин и их влияние на развитие сексуальной и семейной дезадаптации.

Под нашим наблюдением находились 172 семьи, в которых в ходе комплексного обследования, у жён был установлен диагноз аффективного расстройства (АР), из них биполярное аффективное расстройство (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3) — у 129, рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), текущий эпизод легкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F33.1) — у 43. В группе супружеских пар (СП), в которых женщины страдали АР, были выделены две под-

группы: 1-я — 129 семей, в которых жёны страдали БАР, текущий эпизод умеренной или лёгкой депрессии (F31.3); 2-я — 43 семьи с РДР у женщин, текущий эпизод лёгкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F33.1). Выделить контрольную группу среди семей данной группы не представлялось возможным, так как при АР у женщин всегда отмечались нарушения здоровья семьи. Изучение супружеской дезадаптации и клинических проявлений сексуальной дезадаптации позволило обнаружить вторичную сексуальную дезадаптацию у жены вследствие БАР (первая подгруппа) и РДР (вторая подгруппа). 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 нами 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 аффективных расстройств.

При изучении длительности депрессий отмечено, что у пациенток 1-й подгруппы депрессивный эпизод длился от двух недель до 6 месяцев. Депрессии при БАР характеризовались высокой частотой рецидивов и большей продолжительностью у женщин среднего возраста (40—48 лет). У 8,3 % больных частота эпизодов за год составляла 4, у 24,5 % — 2, у 22,4 % — 1, у 44,8 % — меньше 1. Интермиссия после первой фазы обычно являлась самой длительной и в среднем составляла 4,5 года. В течение последующих 3—5 фаз длительность светлых промежутков сокращалась и составляла в среднем 1 год. У женщин 2-й подгруппы продолжительность эпизодов в среднем составляла 6 месяцев, они имели тенденцию к более редкой рекуррентности и продолжительным (до 3-х лет и более) ремиссиям. Среди обследованных преобладали лица (68,4 %) с числом депрессивных приступов от 1 в год. 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. Наименьший срок супружества —

до одного года — отмечался у 7,2 % СП при РДР у женщин. Как мы выяснили в результате системно-структурного анализа, в этих случаях у значительной части супругов имела место психологическая и социально-психологическая дезадаптация и, кроме того, у большинства женщин было нарушено полоролевое поведение.

Более половины женщин (51,4 %) состояли в первом браке, 35,3 % — во втором, меньше всего (5,6 %) — в третьем и 7,7 % — в гражданском браке. В первом браке и в гражданском браке чаще всего состояли женщины с РДР, во втором и третьем браке — женщины с БАР. У большинства СП (67,8 %) было по одному ребёнку, у 21,2 % — по двое детей, и 5,2 % семей были бездетными. В 5,8 % семей жены имели ребёнка от первого брака.

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

Динамика сексуальных расстройств определялась особенностями клинического течения депрессивного эпизода и проявлялась снижением полового влечения у всех больных. Они чаще были предельно нарушены нарушением lubricации женских половых путей при половых актах, аноргазмическими расстройствами от снижения яркости оргастических ощущений до полного отсутствия разрядки и значительно преобладающим в 1-й подгруппе снижением сексуального либидо до полного его отсутствия (55,6 % и 21,8 % соответственно). У большинства женщин ($p < 0,05$) помимо притуплённости оргастических ощущений часто имелись сочетанные нарушения сексуальной функции — гиполибидемия, сексуальная гипестезия, гипо- или аноргазмия; кроме того, для них были характерны снижение половой активности и отказ от половых актов. У 34,8 % женщин 1-й подгруппы в период обострения заболевания возникала сексуальная аверсия. У 15,6 % мужчин также отмечалось снижение интенсивности оргастических ощущений вследствие наблюдавшегося у них хронического застойного простатита и дизритмии половой жизни. Ослабление адекватных эрекции и ускоренная эякуляция наблюдались у 23,7 % мужчин. Кроме того у части мужчин наблюдался абстинентный синдром из-за снижения половой активности жён и отказа их от половой жизни.

Сексологическое исследование показало, что нарушение темпов соматосексуального развития у женщин отмечалось чаще, чем у мужчин: ретардация отмечалась у 61 (47,3 %) женщин и у 28 (21,7 %) мужчин, ускорение — у 18 (13,9 %) женщин и у 11 (8,5 %) мужчин. У 50 (38,8 %) женщин и у 90 (69,8 %) мужчин соматосексуальное развитие было своевременным. Изучение темпа психосексуального развития супругов показало, что нарушения его у женщин встречались чаще, чем нарушения соматополового развития, и более чем вдвое чаще, чем у мужчин. При БАР ретардация психосексуального развития отмечалась у 65 женщин (50,4 %) и у 29 (22,5 %) мужчин. Значительное количество мужчин, а также женщин (51 %), больных БАР, принадлежали к среднему или ослабленному варианту среднего типа половой конституции, однако среди женщин в 35,1 % случаев встречался и слабый тип половой конституции, в то время как среди мужчин сильный ее тип наблюдался у 8,5 % лиц, а среди женщин — у 13,9 %. У женщин 1-й подгруппы значительно чаще, чем у мужчин, наблюдались асинхронии полового развития. В большинстве случаев были простые и сочетанные асинхронии (13,3 % и 41,2 % соответственно). Преждевременное психосексуальное развитие на фоне нормального соматосексуального развития отмечалось у 13,3 % женщин с БАР и у 41,0 % их мужей. Сочетанные асинхронии полового

развития были еще обусловлены влиянием психогенных и социогенных факторов. Психогенной причиной ретардации психосексуального развития было нарушение общего психического развития на фоне психотравмирующей ситуации в семье. Общее физическое и соматосексуальное развитие при этом не отклонялись от возрастных норм. Ретардация психосексуального развития социогенной природы в большинстве случаев (70,0 %) была результатом неправильного полового воспитания.

Изучение типов сексуальной мотивации, тесно связанной с особенностями личности, показало, что практически у всех женщин с АР (94,5 %, $p < 0,05$) имели место её типы, которые не способствуют гармоничным сексуальным отношениям. На первом месте по частоте был гомеостабилизирующий, на втором — шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, у мужчин преобладали дисгармонирующие — генитальный и шаблонно-регламентированный ее типы. Мотив полового акта у женщин — выполнение супружеского долга (55,8 %), средство релаксации (24,0 %), получение оргазма (20,2 %), а у мужчин — снятие полового напряжения (30,3 %), получение оргазма (36,4 %) и сексуальное самутверждение (33,3 %). Нередко встречалось несоответствие этих характеристик у супругов, что способствовало развитию сексуальной дезадаптации в СП и усиливало ее.

Максимальное количество (41,8 %) сложных дизонтогенетических вариантов полового развития было обнаружено у женщин с РДР. У женщин 2-й подгруппы (F33.0 и F33.1) заторможенное соматосексуальное развитие отмечалось чаще, чем у женщин в 1-й подгруппе и вдвое чаще, чем у их мужей. У 24 (55,8 %) женщин и у 11 (25,6 %) мужчин — заторможенное, у 5 (11,6 %) женщин и у 3 (7,0 %) мужчин — ускоренное, своевременное соматосексуальное развитие было у 14 (32,6 %) женщин и у 29 (67,4 %) мужчин. У женщин, больных РДР, в 57,5 % случаев отмечалась ретардация психосексуального развития (отсутствие периода дистинкции, редукция сексуальной фазы и гипертрофия платонической фазы либидо), у мужчин — в 25,6 % случаев.

Таким образом, изучение полового развития женщин, страдающих АР, позволило установить значительную частоту имеющихся у них асинхроний соматосексуального и психосексуального развития. В большинстве случаев среди женщин 1-й подгруппы наблюдались простые и сочетанные асинхронии (13,3 % и 41,2 % соответственно). Среди женщин 2-й подгруппы первой группы значительно распространенными были сложные (41,8 %), сочетанные (32,3 %) или простые (25,9 %). Среди мужчин нарушения соматосексуального и психосексуального развития отмечались в 9,1 % (задержка психосексуального развития, обусловленная ретардацией соматосексуального развития), а дисгармоничное соматосексуальное развитие и сложные асинхронии встречались в единичных случаях только среди мужчин 2-й подгруппы. Задержка психосексуального развития, кроме поздних сроков становления сексуальности, обуславливалась еще и психогенными и социогенными факторами. Наличие ускоренного (7,6 %) и ретардированного (52,3 %) психосексуального развития, приводила к нарушению процесса коммуникации с представителями противоположного пола, формированию и закреплению замещающих и суррогатных форм сексуальной активности.

Этап формирования стереотипа полоролевого поведения у всех больных 2-й подгруппы отличался структурной сложностью и ретардацией.

Данные изучения либидо свидетельствовали о том, что у женщин нередко было нарушено соотношение

платонического, эротического и сексуального либидо. При сохранном платоническом либидо, эротическое и сексуальное либидо было слабо выраженным. У половины женщин практически оказался несформированным сексуальный компонент полового влечения. У мужчин все виды либидо страдали относительно редко, в основном они были сохранены. У большинства (59,2 %) женщин 2-й подгруппы сексуальные контакты сопровождались различными перверзными элементами. Мужчины в 33 % случаев после полового акта испытывали безразличие или неприятный осадок от осознания, что жена чувствует себя неудовлетворенной.

У 18,8 % женщин 1-й и 15,1 % 2-й подгруппы половой акт вызывал отвращение, и поэтому они искали повод от него уклониться. Среди обследованных мужчин в отношении к жене преобладала привычка. Сексуальную аверсию отмечали 9,3 % мужчин, причем у 4,2 % СП аверсия наблюдалась у обоих супругов. Сексуальная предприимчивость была снижена у 41,8 % мужчин и у 69,7 % женщин. Соответственно уровню сексуальной предприимчивости сексуальное желание возникало у мужчин один-два раза в неделю, у большинства (23,2 %) женщин 1-й подгруппы один раз в 10—14 дней, у 30,3 % женщин 2-й подгруппы она находилась в пределах 1—2 раза в месяц. При анализе содержания сексуальных фантазий оказалось, что примерно у трети обследованных женщин не было выявлено сексуальных фантазий, у остальных — у женщин с БАП преобладали картины полового акта с воображаемым партнером, а у их мужей — картины орально-генитального секса и замена партнера. Реализация эротических фантазий у женщин, страдающих РДР, оказывалась очень затруднительной. У части наших пациенток платоническая влюбленность отличалась устойчивостью, приобретаемая со временем оторванный от реальности характер. Внешне они производили впечатление асексуальных, что объяснялось в основном неспособностью адекватно выражать свои чувства.

Данные о психосексуальных типах обследованных свидетельствовали о том, что подавляющее большинство (60,3 %, $p < 0,05$) женщин с АР принадлежали к типу женщина-мать, часть из них — пассивно-подчиняемые (25,2 %). У мужчин чаще всего (58,9 %, $p < 0,05$) был агрессивный вариант типа мужчина-мужчина. Из приведенных данных следует, что сочетание пациентов в паре при АР у женщин, в основном было неблагоприятным как в психологическом, межличностном, так и в сексуально-эротическом плане. Столь же дезадаптирующую роль играл и имеющийся у женщин дисгармоничный вариант сексуальной культуры — чаще у женщин 1-й подгруппы на первом месте по частоте преобладал невротический ее тип, на втором месте — либеральный, а у женщин 2-й подгруппы, наоборот, преобладал либеральный тип сексуальной культуры, на втором месте — невротический. Гармоничного варианта — аполлоновского типа сексуальной культуры не отмечалось ни у одной из женщин. У мужчин чаще наблюдался дисгармоничный вариант сексуальной культуры — генитальный ее тип, на втором месте был девиантный вариант — оргиастический и гиперролевой. Психосексуальную неудовлетворенность отмечали 80 % ($p < 0,05$) женщин 1-й подгруппы, остальные 20 % женщин, у которых отмечалась трансформация полоролевого поведения, были довольны своими отношениями с мужчинами и сексуальной жизнью. Гиперфеминное поведение у больных характеризовалось подчиняемостью, пассивностью, забывчивостью, самоотдачей. Все усилия женщин с гиперфеминным поведением были направлены на удовлетворение мужчины,

их не волновало отсутствие оргазма, психосексуальное удовольствие они получали от сознания того, что доставили удовольствие партнеру. У них проявлялись элементы мазохизма. Все женщины и мужчины 2-й подгруппы отмечали психосексуальную неудовлетворенность.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья (СЗ) находившихся под нашим наблюдением СП, в которых жены страдали АР, показал, что причиной его нарушения было сочетанное поражение психологического и социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента СЗ по указанным выше причинам. Нарушение социального компонента и других составляющих биологического компонента служило фактором, способствующим развитию нарушений СЗ СП и усугубляющим её.

В целом полученные нами результаты исследований свидетельствовали о многообразии причин и проявлений сексуальных расстройств у женщин при разных клинических вариантах депрессивных расстройств и связанных с ними сексуальной и семейной дезадаптации СП. Сексуальная дезадаптация при вторичных формах дезадаптации и сексуальные расстройства у женщин обуславливались разнообразными патогенными факторами — социогенными, психогенными, негативными социально-психологическими и соматогенными. Формы сексуальной дезадаптации 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 сексуальных расстройств имели свою специфику, связанную с особенностями нейрогуморального, психического и сосудистого обеспечения сексуальной функции женщины. Однако диагностика и коррекция дезадаптивных форм нарушения сексуального здоровья возможны только в паре.

Список литературы

1. 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-М, 2009. — Т. 19, № 3. — С. 74—79.
2. Шишкина Г. Т. Нейробиологические основы депрессивных расстройств и действия антидепрессантов: обзор / Г. Т. Шишкина, Н. Н. Дыгало // Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова. — 2010. — Т. 60, № 2. — С. 138—152.
3. Зозуля А. А. Нейробиологические основы депрессий / А. А. Зозуля, А. Ф. Измак. В кн.: Депрессии в общей медицине. — М.: Мед. информ. агентство, 2001. — С. 20—31.
4. Sinton Ch. M. Neuropsychology and neuropsychiatry of sleep / Ch. M. Sinton, V. McCarley. In: Neuropsychiatry [Eds R. B. Shiffer, S. M. Rao, P. S. Fogel]. — Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin, 2003. — P. 235—394.
5. 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, Issue. 2. — P. 165—172.

Надійшла до редакції 24.06.2014 р.

ЗАЙЦЕВА Лариса Владимировна, доктор медичинських наук, професор кафедри сексології та медичинської психології Харківської медичинської академії післядипломного образования, г. Харків; e-mail: larzay@gmail.com

ZAITSOVA Larysa Volodymyrivna, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: larzay@gmail.com