

*Л. В. Зайцева, Э. Н. Барычева, М. Ю. Григорчук*  
**УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ СУПРУЖЕСКИМИ ОТНОШЕНИЯМИ И АДАПТИВНОСТЬ СУПРУЖЕСТВА  
 ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ЖЕНЫ**

*Л. В. Зайцева, Е. М. Барычева, М. Ю. Григорчук*  
**Задоволеність подружніми стосунками та адаптивність подружжя  
 при депресивних розладах різного генезу у дружини**

*L. V. Zaitseva, E. M. Barycheva, M. Yu. Hryhorchuk*  
**Marital relationship satisfaction and marriage adaptability with a wife suffering  
 from depressive disorders of different genesis**

Изучены клинические проявления сексуальной функции при депрессивных расстройствах различного генеза у женщин. Помимо клинико-психопатологического, специального сексологического обследования были использованы психодиагностические методики: шкала сексуальности, разработанная W. E. Shell, D. R. Papini (1989) для определения самооценки каждым из супругов своих сексуальных возможностей и наличия у них сексуальной озабоченности и сексуальной депрессии; одношкальный опросник супружеской коммуникации Bienvenu (по C. Schaap, 1982) — для определения уровня супружеского счастья. Обследовали 399 супружеских пар с депрессивными расстройствами различного генеза у женщин, в возрасте от 19 до 48 лет. Установлены корреляции между показателями методик и данными, полученными традиционным сексологическим методом, что указывает на высокую значимость комбинированного использования психологического и клинического подходов. Изучена значимость особенностей сексуальной функции больных женщин на степень их адаптации на всех уровнях взаимодействия супругов в генезе нарушений здоровья семьи.

**Ключевые слова:** женщины, сексуальность, супружеская адаптация, депрессивные расстройства

Вивчено клінічні прояви сексуальної функції при депресивних розладах різного генезу у жінок. Крім клініко-психопатологічного, спеціального сексологічного обстеження, було використано психодіагностичні методики: шкала сексуальності, розроблену W. E. Shell, D. R. Papini (1989), для визначення самооцінки кожним з подружжя своїх сексуальних можливостей та наявності у них сексуальної стурбованості та сексуальної депресії; одношкальний опитувальник подружньої комунікації Bienvenu (за C. Schaap, 1982) — для визначення рівня подружнього щастя. Обстежили 399 подружніх пар з депресивними розладами різного генезу у жінок, у віці від 19 до 48 років. Встановлено кореляції між показниками методик та даними, отриманими традиційним сексологічним методом, що вказує на високу значимість комбінованого використання психологічного та клінічного підходів. Вивчено значимість особливостей сексуальної функції хворих жінок на ступінь їхньої адаптації на всіх рівнях взаємодії подружжя в генезі порушень здоров'я сім'ї.

**Ключові слова:** жінки, сексуальність, подружня адаптація, депресивні розлади

The clinical manifestations of sexual function in depressive disorders in women of various origins. In addition to clinic-psychopathological special sexological examination, diagnostics instruments were used: the scale of sexuality developed by W. E. Shell, D. R. Papini (1989) to determine the self-esteem of each of the spouses of their sexual capabilities and whether they have sexual concerns and sexual depression; single scale questionnaire marital communication Bienvenu (by C. Schaap, 1982) — to determine the level of marital happiness. The study included 399 married couples with depressive disorders of different genesis in women aged 19 to 48 years old. The correlations between the indicators and methods of data obtained by the traditional sexological method, which indicates the high importance of the combined use of psychological and clinical approaches. Studied the importance of the features of sexual function of women patients on their degree of adaptation at all levels of interaction in the genesis of the spouses family health disorders.

**Keywords:** women, sexuality, marital adaptation, depressive disorders

Супружеская адаптация представляет собой сложный многофакторный феномен. Поэтому его методологическая операционализация проводится по разным параметрам: количеству конфликтов, уровень согласия, разделение труда в семье, удовлетворённость партнером, оценка устойчивости брака самими супругами, переживание счастья супругами, оценка удовлетворённости своими сексуальными отношениями [1].

Нам представляется, что помимо психологических аспектов супружеской адаптации большое значение для её достижения имеет сексуальный аспект, в частности, оценка супругами различных аспектов своей сексуальности [2, 3].

Brim O. G., Fairchild R. W., Borgatta E. F. [4] выявили пять основных её параметров. C. Schaap [4] рассматривает три аспекта супружеской адаптации: удовлетворённость браком, сплочённость супругов, отсутствие депривации потребностей каждого из них. E. W. Burgess, L. S. Cottrell [4] понимают супружескую адаптацию как совпадение интересов, единство мнений по критическим вопросам, чувство доверия, отсутствие чувства

одиночества и небольшое количество жалоб, связанных с супружеством.

Sprenkle D. H., Facher G. D. [4] выделяют семь параметров семейной адаптации: 1) гибкость — способность супругов к генерированию новых идей и изменению поведения в кризисных ситуациях; 2) демократическое лидерство как оппозиция авторитарности и попустительству; 3) ассертивность — умение отстаивать себя и свои права, не нарушая при этом прав супруга; 4) умение договориться и прийти к общему решению; 5) способность менять семейные правила в соответствии с изменяющимися семейными ситуациями; 6) способность к изменению семейных ролей; 7) способность получать и использовать обратную связь от супруга для улучшения качества отношений.

Цель работы — изучить особенности сексуальности женщин, сексуальную удовлетворённость, удовлетворённость коммуникацией и супружескими отношениями, а также степень их адаптации на всех уровнях взаимодействия при депрессивных расстройствах различного генеза у жены.

Под нашим наблюдением находились 399 семей, в которых в ходе комплексного обследования у жён был

установлен диагноз депрессивного расстройства (ДР) различного генеза: аффективные расстройства — у 172 женщин, 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 F 33.1) — у 43; невротические депрессии (НД) — у 227 женщин. В соответствии с МКБ-10, у больных с НД были диагностированы невращения (F48.0) — 132 человека, реакция на тяжёлый 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 ДР, включающими сниженный фон настроения, ухудшение сна, аппетита, тревогу, эмоциональную лабильность, соматовегетативные проявления. В данную группу были включены женщины с невращением (F48.0) в связи с выраженным у них депрессивным компонентом. Учитывая нозологическую разноплановость включенных в исследование больных, все обследованные были разделены группы в зависимости от регистра аффективной патологии, уровня генерализации депрессивных проявлений и нозологической принадлежности пациенток. В первой группе супружеских пар (СП), в которых женщины страдали аффективными расстройствами, были выделены две подгруппы: 1-я — 129 семей, в которых жёны страдали БАР, текущий эпизод умеренной или лёгкой депрессии (F31.3); 2-я подгруппа — 43 семьи с РДР у женщин, текущий эпизод лёгкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F33.1). Вторую группу семей составили те, в которых женщины болели НД (227). Ведущими в клинической картине у всех больных НД были депрессивные проявления невротического уровня. В соответствии с МКБ-10, было выделено три подгруппы: в 1-й из них, которая состояла из 132 семей, женщины страдали невращением (F48.0) с выраженным депрессивным компонентом; во 2-й — 53 семьи — с пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21) у жен и в 3-й — 42 семьи — у женщин была смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22). Выделить контрольную группу среди семей первой группы не представилось возможным, так как при аффективных расстройствах у женщин всегда отмечались нарушения здоровья семьи. Однако среди семей второй группы 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. Возраст больных женщин находился в пределах от 19 до 48 лет, причем мужа 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).

В комплексное обследование женщин с ДР различного генеза и их мужей входило клиническое, клинко-психопатологическое, психодиагностическое, специальное сексологическое обследование, клинко-статистический анализ. Результаты психодиагностического исследования обработаны с помощью методики проверки достоверности различий выборки (*t*-критерия Стьюдента с вероятностью  $p < 0,05$  и  $p < 0,001$ ). В этой работе приводятся данные психодиагностического исследования.

Проведенное нами изучение по методике W. E. Snell, D. R. Papini [5] оценки различных аспектов сексуальности женщин с ДР различного генеза позволило получить следующие данные. Сексуальная самооценка оказалась наиболее высокой ( $p < 0,05$ ) у женщин, больных невращением (6,42 балла). При пролонгированной депрессивной реакции указанный показатель достоверно ниже, чем при невращении и смешанной депрессивной и тревожной реакции (соответственно 6,15 и 5,72 балла). При РДР этот показатель был ниже, чем при БАР (соответственно 3,79 и 5,41 балла). Показатели сексуальной депрессии были наиболее высокими у пациенток с РДР и БАР (соответственно 6,47 и 6,35 балла), у этих же пациенток отмечались и самые низкие показатели сексуальной озабоченности (3,18 и 3,27 балла), тогда как у больных со смешанной тревожной и депрессивной реакцией этот показатель был наиболее высок (6,89 балла). У мужчин второй группы оценки параметров сексуальности были более высокими, чем у мужчин первой группы. Кроме этого, их оценки по всем параметрам были ближе к норме, чем у женщин, они более адекватно оценивали свою сексуальную жизнь.

С помощью опросника супружеской коммуникации Bienvenu [4], позволяющего измерить уровень супружеского счастья, нами были обследованы 100 СП — по 20 пар с каждым клиническим вариантом депрессий у жены. В связи с тем, что супружеская адаптация является многомерным феноменом, мы выбрали лишь её интегральный показатель, а именно — уровень супружеского счастья, который, как понятно, содержит в себе и сексуальную удовлетворённость, и удовлетворённость коммуникацией, и единство интересов супругов, и т. п. Полученные значения этого показателя при разных клинических вариантах депрессии у женщин приведены в табл. 1.

Из данных таблицы следует, что обследованные группы практически не различаются по уровню супружеского счастья. Выявлено лишь одно статистически достоверное различие по этому показателю — различие между СП, в которых жена страдает смешанной тревожной и депрессивной реакцией, и теми, в которых у жены имеет место невращение ( $p < 0,01$ ). Самый высокий ( $p < 0,05$ ) показатель супружеского счастья выявлен у женщин, больных пролонгированной депрессивной реакцией.

Таблица 1. Уровень супружеского счастья в обследованных супружеских парах

Обследованные	Клинические варианты депрессивных расстройств у женщин									
	БАР		РДР		невращения		пролонгированная депрессивная реакция		смешанная тревожная и депрессивная реакция	
	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S
мужчины	7,41	0,55	7,64	0,46	8,01	0,39	8,23	0,39	9,24	0,64
женщины	9,84	0,35	9,40	0,56	7,4	0,44	8,23	0,34	7,6	1,95

Показатели супружеского счастья у мужчин из обследованных СП статистически не различаются, вместе с тем в трёх группах СП, а именно в парах, где жёны страдают БАР, РДР и неврастение, эти показатели значительно варьируют.

Сопоставляя показатели уровней супружеского счастья жён и мужей в СП, можно предложить классификацию функциональности (адаптивности) семей при депрессии, а именно существование условно функциональных и дисфункциональных супружеств при депрессии у женщин.

Под условно функциональным супружеством мы понимаем такое супружество, в рамках которого наблюдаются: 1) относительная удовлетворённость супружеской жизнью; 2) готовность к изменению собственных

ожиданий одного из супругов по отношению ко второму супругу под влиянием актуального опыта жизни в супружестве; 3) принятие субъективной концепции различия супругов (в желаниях, потребностях, чертах характера и т. п.), понимаемой как их уникальность, а не как непримиримое различие; 4) достаточно гибкие отношения власти в супружестве, учитывающие реальные жизненные ситуации: лидер не тот кто сильнее, а тот кто более адекватно понимает жизненную ситуацию.

Под дисфункциональным супружеством мы понимаем супружество, в рамках которого указанные условия (критерии функциональности) не выполняются. Распределение условно функциональных и дисфункциональных супружеств среди наших обследованных показано в табл. 2.

Таблица 2. Зависимость между функциональностью супружества и клиническим вариантом депрессивных расстройств у жены

Супружество	Клинические варианты депрессивных расстройств										Всего (n = 360)	
	БАР (n = 129)		РДР (n = 43)		неврастения (n = 112)		продолжительная депрессивная реакция (n = 43)		смешанная тревожная и депрессивная реакция (n = 33)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Условно функциональное	47	36,4	15	34,8	54	48,2	19	44,2	13	39,4	148	41,1
Нефункциональное	82	63,6	28	65,2	58	51,8	24	55,8	20	60,6	212	58,9

Как мы видим, при всех клинических вариантах депрессий преобладают дисфункциональные семьи, но особенно — при БАР и РДР. Больше всего условно функциональных супружеств при неврастении и продолжительной депрессивной реакции у жены.

Одним из механизмов становления условной функциональности супружеств является механизм полоролевой и характерологической комплементарности, который специфичен для каждого варианта депрессий.

В контрольной группе СП все указанные выше условия (критерии функциональности) выполняются.

Таким образом, при депрессивных расстройствах различного генеза у женщин возможны как условно функциональные, так и нефункциональные варианты супружества. Поражаться может как сфера коммуникации, так и собственно сексуальная сфера. При этом по механизму «чёрного пятна» [6] коммуникативные нарушения распространяются на сексуальную сферу. Поражение сексуальной сферы в разной мере связано с депрессивными расстройствами различного генеза. Одним из механизмов патологии супружества является полоролевая дисфункция, которая проявляется в различных вариантах: полоролевая дискордантность больных женщин (несогласованность показателей маскулинности

и фемининности на различных уровнях), отсутствие полоролевой комплементарности супругов, полоролевая трансформация.

**Список литературы**

1. (Berne E.) Берн Э. Секс в человеческой любви / Э. Берн ; пер. с англ. М. П. Папуша. — М.: Московский кадровый центр. — 1990. — 113 с.
2. Кришталь В. В. Сексологія : навчальний посібник : в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. — Х. : Фоліо, 2008. — 990 с.
3. Є. В. Кришталь Сексопатологія : підручник / Є. В. Кришталь, Б. М. Ворнік. — К.: «Медицина», 2014. — С. 543.
4. Schaap C. Communication and adjustment in marriage / C. Schaap. — Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1982. — 281 p.
5. Snell W. E. The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation / W. E. Snell & D. R. Papini // Journal of Sex Research. — 1989. — Vol. 26. — P. 256—263.
6. Васильченко Г. С. Семейная психотерапия и её место в системе реабилитации сексологических больных / Г. С. Васильченко // Частная сексопатология / под ред. проф. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 17—20.

Надійшла до редакції 12.12.2014 р.

**ЗАЙЦЕВА Лариса Владимировна**, доктор медицинских наук, профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), г. Харьков; e-mail: larzay@gmail.com

**БАРЫЧЕВА Эльвира Николаевна**, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ХМАПО, г. Харьков; e-mail: barylvir@mail.ru

**ГРИГОРЧУК Маргарита Юрьевна**, врач-психиатр Коммунального учреждения здравоохранения «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3», г. Харьков; e-mail: margaritagrigorchuk@gmail.com

**ZAITSEVA Larysa**, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (KhMAPE), Kharkiv; e-mail: larzay@gmail.com

**BARYCHEVA Elvira**, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry of KhMAPE, Kharkiv; e-mail: barylvir@mail.ru

**HRYNORCHUK Marharyta**, Physician-psychiatrist of Public Health Institutions' "Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3", Kharkiv; e-mail: margaritagrigorchuk@gmail.com