

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО СТАНУ, СПРЯМОВАНOSTI ОСОБИСТОСТІ, СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК З РОЗЛАДОМ АДАПТАЦІЇ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Дана робота є фрагментом досліджень кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА» у межах науково-дослідної роботи «Порушення сімейного функціонування при невротичних розладах у жінок (причини, механізму розвитку, клініка, психокорекція)», № держ. реєстрації 0110U003030.

Розлади адаптації (РА) відносяться до вельми поширених в популяції і складають від 5% до 20% загальної кількості амбулаторних пацієнтів, які звертаються за допомогою до лікарів психіатрів. Розвиток розладу адаптації у подальшому може сприяти трансформації в інші, більш тяжкі психічні розлади (депресивні, тривожні, панічні, фобічні)[3]. В сучасному світі існують деякі передбачення щодо можливості впливу на виникнення та певний перебіг РА погіршення якості життя, розлади сексуальної поведінки, статевого життя. Так, формуванню РА можуть сприяти розлади статевої поведінки, сексуального життя, у тому числі і пов'язані з особливостями психосексуального та соматосексуального розвитку, урізноманітненням психосексуальних типів, психосексуальні, психосоціальні травми, гормональні порушення (абсолютна або відносна андрогена недостатність), інфекції, що передаються статевим шляхом. В Україні також має місце досить значне збільшення захворюваності на тривожно-депресивні розлади. Так, за офіційними даними МОЗ України, кількість депресивних хворих складає 0,5–2,5% від загальної популяції [2]. Майже 20% населення України можуть відповідати критеріям діагностики афективних розладів [1,6] У випадку розвитку змішаного тривожно-депресивного розладу з відповідним перекриванням симптомів тривоги і розлади настрою досить значне, але поєднання пригніченого настрою і тривоги ще більш типово[5]. Відповідні скарги висловлюються найчастіше у лікарів загальної практики, ніж у психіатрів[4]. Та хоча проблемі діагностики та відповідної корекції тривожних розладів присвячено досить велика кількість публікацій [3,5], але роботи, що були присвячені проблемам, пов'язаним / з особливостями сексуального життя у поєднанні зі станом психічної та сексуальної сфери практично

відсутні, внаслідок чого це й стало передумовою проведення нашого дослідження.

За умов інформованої згоди нами було досліджено 66 осіб жіночої статі, які звертались за консультативною та лікувальною допомогою до клінічної бази кафедри психіатрії, медичної психології, наркології ВДНЗУ «УМСА». Більшість обстежених перебували у шлюбі. Першу групу склали 37 жінок і відповідно подружні пари (ПП) де у жінки (56,1%) було діагностовано пролонговану депресивну реакцію (ПДР), другу 29 (43,9%) жінок у яких спостерігались клінічні прояви змішаного тривожно-депресивної розладу (ЗТДР) та в подружніх парах (ПП) у яких мали місце клінічні ознаки розвитку подружньої дезадаптації (ПД). 12 подружніх пар, в яких у жінок мали місце клінічні ознаки проявів ПДР або ЗТДР та в яких у ПП не було виявлено ознак розвитку ПД були обстежені в якості групи порівняння. 9 жінок (13,6%) на момент обстеження були неодружені та не перебували у цивільному шлюбі.

Соціально-демографічний метод використовували з метою аналізу факторів ризику формування сексуальної дисфункції (СД) у жінок та розвитку подружньої дезадаптації (ПД) у досліджуваного контингенту. Для цього збирали інформацію про пацієнтку, її родину, матеріально-побутові умови, схильність до розвитку девіантних та перверсних форм сексуальної поведінки, проводили якісний аналіз розвитку конфліктних ситуацій.

Вік обстежених становив від 25 до 37 років. Подружжя, як правило, входило до однієї вікової групи (різниця складала не більше 5 років). 68,4% ПП перебували в першому шлюбі, тривалістю від 2 до 7 років, решта у другому – тривалістю від 2 до 5 років. Початок статевого життя становив у чоловіків у середньому 19,3 роки, у жінок, що перебували у шлюбі – 18,4 роки. 63,2% чоловіків і 63,6% жінок мали вищу й незакінчену вищу освіту. Відповідно 36,8% і 36,4% обстежених – середню та середню спеціальну освіту. 78,9% чоловіків і 63,6% жінок займалися розумовою працею, а 21,1% чоловіків та 36,4% жінок відповідно займалися фізичною працею.

Керівниками підрозділів були 38,6% чоловіків і 36,4% жінок, виконавцями були відповідно 61,4% чоловіків і 63,6% жінок.

До комплексу проведених досліджень входило клінічне обстеження як чоловіків так і жінок, з вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів, та спеціальне сексологічне обстеження. Також було проведено психодіагностичне обстеження самотніх жінок, так і кожного з подружжя.

Враховуючи специфіку клінічних проявів захворювання особлива увага приділялася клініко-психопатологічному методу у вигляді розгорнутого клінічного інтерв'ю з аналізом психічного статусу та психоанамнестичних даних.

Психічний стан подружжя досліджували за допомогою психодіагностичних методик. Структуру і інтенсивність емоцій досліджували з допомогою «Карти самооцінки емоційного стану. Патопсихологічні особливості розвитку невротичної симптоматики встановлювали за допомогою об'єктивізації рівню особистісної і реактивної тривожності за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна. Кількісну оцінку психопатологічних порушень здійснювали за допомогою використання стандартизованих об'єктивних рейтингових шкал: клінічної шкали MADRS для оцінки депресії і клінічної шкали тривоги CAS. Причини і механізми порушення сексуальної функції, подружніх (партнерських) відносин виявляли, використовуючи системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я та здоров'я родини за В. В. Кришталем, І. А. Семьонкіній. Тип статевої конституції чоловіків визначали за методикою Г. С. Васильченка, жінок – за Л. І. Ботневою, типи сексуальної мотивації і мотиви статевого акту – за В. В. Кришталем, сексуальні фантазії – за класифікацією Дж. Мастерс, В. Джонсон. Оцінку сімейної тривоги проводили за допомогою методики Е. Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги», яка містить три шкали: а) вини, яка визначає неадекватне відчуття індивідом відповідальності за все негативне, що відбувається в сім'ї; б) тривожності, яка діагностує відчуття, що ситуація в родині не залежить від зусиль індивіда; в) нервового напруження, яке виявляє відчуття, що виконання сімейних обов'язків є непосильним завданням для індивіда. Задоволеність сексуальними відносинами оцінювали за шкалою сексуальності W. E. Snell, D. R. Papini, яка включає субшкали самооцінки: 1) своїх сексуальних можливостей; 2) сексуальної стурбованості, 3) сексуальної депресії.

Для статистичної обробки даних клінічних, психодіагностичних та соціологічних досліджень використовувались такі методи: описової статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M \pm SD$, частоти для якісних параметрів), математичної статистики за таблицями відсотків та помилок, критерій U Вілкоксона – Манна – Уїтні та t-критерій Стьюдента з достовірною імовірністю $p < 0,05$ – для обробки результатів психодіагностичних досліджень.

При дослідженні психоемоційного стану встановлено, що в обстежених основної групи мало місце переважаючі негативних емоцій: загальної невдоволеності (частота спостережень – 69,6%, інтенсивність – $3,8 \pm 0,4$ бали), незадоволення собою (частота спостережень – 77,2%, інтенсивність – $3,1 \pm 0,3$ бали), боязні (частота спостережень – 72,2%, інтенсивність – $2,7 \pm 0,9$ бали), тривоги (частота спостережень – 78,5%, інтенсивність – $2,2 \pm 0,9$ бали), страху (частота спостережень – 50,5%, інтенсивність – $2,9 \pm 0,7$ бали), відчуття образи (частота спостережень – 56,9%, інтенсивність – $1,5 \pm 0,3$ бали).

Серед подружжів групи порівняння превалювали емоції позитивного ряду: довіра (частота спостережень – $86,2 \pm 3,1$ %, інтенсивність – $1,2 \pm 0,5$ бали), відчуття безпеки (частота спостережень – $84,3 \pm 2,3$ %, інтенсивність – $2,5 \pm 0,3$ бали), відчуття задоволеності собою (частота спостережень – $81,7 \pm 2,1$ %, інтенсивність – $2,5 \pm 0,3$ бали), радість (частота спостережень – $80,1 \pm 2,7$ %, інтенсивність – $2,6 \pm 0,4$ бали), загальне задоволення життям (частота спостережень – $74,3 \pm 3,2$ %, інтенсивність – $2,2 \pm 0,3$ бали), упевненість (частота спостережень – $71,7 \pm 1,2$ %, інтенсивність – $1,1 \pm 0,3$ бали).

Важливу роль у процесі психічної адаптації відіграють рівень тривожності на даний момент (реактивна тривожність) й особистісна тривожність (стала характеристика). За методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна виявлено, що серед чоловіків переважали високий і середній рівні ОТ, а у чоловіків групи порівняння – середній і низький. У більшості жінок з ПД превалював середній рівень ОТ, тоді як для сексуально успішних характернішим виявився низький її рівень ($p < 0,01$). На відміну від показників ОТ, тенденція в розподілі РТ з превалюванням середнього її рівня, виявилася схожою серед жінок обох груп. Для чоловіків у групі з ПД та СД виявилося характерним домінування високого і середнього рівнів РТ, тоді як у чоловіків групи порівняння встановлено переважаючі середнього і низького її рівнів ($p < 0,01$). Таким чином встановлено, що у жінок з розладами адаптації переважали особи з середнім рівнем СТ і ОТ. Серед неодружених жінок кількість осіб із низьким рівнем тривожності ($p < 0,01$) була вірогідно менше.

Суб'єктивний стан легкої депресії ситуативного ґенезу діагностовано у 56% жінок та у 31% чоловіків основної групи, у 12% – масковану депресію ($p < 0,01$). Серед жінок першої групи 67,6% потерпали за їх суб'єктивною оцінкою, від ситуативної депресії та 69% – від субдепресивного стану у другій групі ($p < 0,01$).

При аналізі результатів об'єктивного дослідження психопатологічної симптоматики, в основній групі встановлено дисоціацію між самооцінкою своїх проявів і реальним станом обстежених. При об'єктивізації психопатологічної симптоматики за допомогою клінічної шкали MADRS, в першій групі у $64 \pm 4,6$ % жінок і $25 \pm 4,3$ % чоловіків діагностовано помірний, а у другій групі у $52 \pm 5,0$ % жінок $31,5 \pm 4,8$ % чоловіків – легкий депресивний епізод. Відповідно у $75 \pm 4,7$ % чоловіків і $35 \pm 4,3$ % жінок першої групи

групи і в усіх обстежених в групі порівняння не було виявлено ознак присутності депресивного розладу. При верифікації ознак тривожного розладу за шкалою CAS виявлено, що, не дивлячись на наявність у $37,8 \pm 4,6\%$ чоловіків ознак розвитку СД та у ПП з ПД досить високого рівня ситуативної тривожності, клінічно виражений тривожний стан було діагностовано лише у $32,4 \pm 3,3\%$, що свідчило про схильність чоловіків у першій групі не надто переоцінювати ступінь своїх тривожних проявів. Серед жінок тенденція виявилася зворотньою: високий рівень РТ встановлений лише у $29,7 \pm 3,3\%$, жінок але, клінічно значущий тривожний стан був характерним для уже $35,1 \pm 4,6\%$ осіб, а, відповідно $64,9 \pm 4,8\%$ жінок відчували симптоми тривоги. Це свідчить про те, що жінки з ПДР у випадку розвитку ПД свої психопатологічні порушення не схильні були вважати проявами тривожного розладу, трактуючи їх здебільшого, як депресивні або, як соматичні.

При аналізі стану сексуальності у чоловіків і жінок за допомогою спеціального сексологічного анамнезу було встановлено, що серед типів сексуальної мотивації, у значній частині обстежених чоловіків ($64,9\%$) відмічались дисгармонічні її типи, у жінок це зустрічалось значно рідше – ($13,6\%$). Відносно часто у чоловіків у першій і другій групі відмічались агресивні типи сексуальної мотивації (наприклад агресивно-егоїстичний – $17,5\%$). Гомеостабілізуючий та шаблонно-регламентований типи сексуальної мотивації спостерігались рідко та практично однаково часто ($12,5\%$ та $9,4\%$ відповідно). Ігровий тип сексуальної мотивації (гармонійний), відмічався лише у $17,5\%$ обстежених чоловіків, у жінок – ($65,6\%$). Невідповідність типів сексуальних мотивацій також слугувало дисгармонійності особистості. Серед мотивів статевого акту найбільш розповсюдженим, як у жінок з РА, так й у їхніх чоловіків, було отримання оргазму. На другому місці у чоловіків було зняття статевої напруги, на третьому (у край незначній кількості випадків) – бажання дати чуттєву насолоду сексуальному партнеру (ці).

Статева конституція у чоловіків була частіше слабкою у середньому або посиленому її варіантах ($52,6\%$), дещо рідше середньою ($36,8\%$), у решти випадків сильною у послабленому її варіанті. При структурному вивченні компонентів статевого потягу було встановлено, що однаково часто були порушені усі компоненти реалізації статевого потягу.

В обох групах у жінок спостерігались й відсутність або втрата статевого потягу та оргазмічна дисфункція. Відсутність сексуального задоволення в групі одружених жінок значною мірою пояснювалось недостатньою комунікативною погодженістю в їх шлюбних відносинах у зв'язку з наявністю у жінок з розладами адаптації дисгармонічних особистісних рис.

У більшості ($68,4\%$) жінок визначалися все ж таки досить адекватні мотиви вступу до шлюбу, такі як побоювання самотності та короткочасне захоплення. Навіть ті з ПП, які брали шлюб з кохання, до моменту обстеження втратили це почуття.

Домінуючою мотивацією у одружених жінок з РА при ПДР (F 43. 21) було забезпечення життєвих потреб, при змішаній тривожній і депресивній реакції (F 43. 22) – престиж та творчість (які частіше сприймалися не зовсім конгруентно звичайним соціальним зразкам). В ціннісних орієнтаціях у жінок з ПДР переважали професійні потреби, при ЗТДР – побут. У вільний час більшість жінок з ПДР та чоловіків в ПП віддавали перевагу відпочинку, а з ЗТДР – самовдосконаленню. Розбіжність спрямованості особистості відмічалась у $57,9\%$ випадків, що, безумовно, сприяло розвитку дисгармонійних стосунків. Встановлення психосексуальних типів обстежених засвідчило, що у жінок з ПДР частіше за все спостерігались пасивно-підкорюваний варіант типу «жінка-мати» ($46,8\%$) та пасивно-підкорюваний варіант типу „жінка-жінка” (34%), а у чоловіків в обох групах «чоловік-чоловік» ($52,6\%$) та рідше тип «чоловік-син» ($28,1\%$). Приблизно у $1/3$ ПП зустрічались несприятливі сполучення психосексуальних типів чоловіка та жінки.

У значній кількості жінок було порушено статевий розвиток. Дослідження формування та динаміки становлення сексуальності в обстежених жінок довело, що на другому та третьому етапах психосексуального розвитку за даними спеціального сексологічного дослідження упродовж препубертатного та пубертатного періодів статевого розвитку в них виникали порушення формування стереотипу статевої поведінки та психосексуальної орієнтації – спрямованості статевої переваги. Темпи соматосексуального розвитку були в порушеними, згідно з анамнестичних даних у третини й психосексуального – у $36,4\%$ жінок.

Результатом цих порушень були асинхронії статевого розвитку, здебільшого ($29,2\%$) поєднані, обумовлені патогенним впливом на психосексуальний розвиток взаємодії психогенних та соматогенних чинників. Такий варіант асинхронного психосексуального розвитку найчастіше мав місце при ЗТДР – ($34,5\%$).

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок з РА порушення загальної, міжособистісної та сексуальної комунікації у відбувається внаслідок констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. Переважаючим типом СД в жінок з РА з ПДР є відсутність сексуального задоволення, втрата статевого потягу та оргазмічна дисфункція. За даними проведених досліджень встановлено, що при РА у вигляді ПДР, ЗТДР переважають нефункціональні типи шлюбу.

Проведене комплексне дослідження надало можливість визначити психоемоційний стан, спрямованість особистості, особливості сексуальної поведінки та її мотиваційні аспекти, рівень ПА, типологію шлюбних відносин у жінок з РА, зокрема з ПДР та ЗТДР з метою удосконалення лікувально-реабілітаційного процесу та підвищення якості життя та надання нових аспектів медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Література

1. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / Науч. ред. Ю. Л. Нуллер, С. Ю. Циркин. – Киев : Факт, 1999. – 272 с.
2. Кришталь В. В. Сексологія / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. – Харків : Фоліо, 2008. – 990 с.
3. Нарушение психосексуального развития / В. М. Маслов [и др.] // Частная сексопатология. – 1983. – № 2. – С. 27-108.
4. Невротичні, соматоформні розлади та стрес / Л. М. Юр'єва [та ін.]. – Дніпропетровськ [б. в.], 2005. – 96 с.
5. Подкорытов В. С. Депрессии. Современная терапия / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка. – Харьков : Торнадо, 2003. – 352 с.
6. Masters W. H. Textbook of Sexual Medicine / W. H. Masters, V. Johnson, B. Kolodny. – Boston : Miss Little Brown, 1984. – 357 p.

УДК 616. 89 – 008. 449- 005. 2

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО СТАНУ, СПРЯМОВАНІСТІ ОСОБИСТОСТІ, СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК З РОЗЛАДОМ АДАПТАЦІЇ

Герасименко Л. О.

Резюме. Представлено результати вивчення особливостей психоемоційного стану, психопатологічних розладів, ситуативної, реактивної тривожності, спрямованості особистості, психосексуальних типів, організації сексуальної поведінки у жінок з розладами адаптації.

Ключові слова: розлад адаптації, пролонгована депресивна реакція, спрямованість особистості, психосексуальні типи, сексуальна поведінка.

УДК 616. 89 – 008. 449- 005. 2

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ, НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВОМ АДАПТАЦИИ

Герасименко Л. А.

Резюме. Представлены результаты изучения особенностей психоэмоционального состояния, психопатологических расстройств, ситуативной, реактивной тревожности, направленности личности, психосексуальных типов, организации сексуального поведения у женщин с расстройствами адаптации.

Ключевые слова: расстройство адаптации, направленность личности, психосексуальные типы, сексуальное поведение.

UDC 616. 89 – 008. 449- 005. 2

Features of Psychopathologic State, Orientation, Sexual Behavior of Women with Adaptation Disorders

Gerasymenko L. O.

Abstract. Adaptation disorders (AD) are considered to be rather widely-spread in a population and account for 5% to 20% of the total quantity of outpatients, who come to consult psychiatrists. The development of adaptation disorder can subsequently transform into another, more severe mental disorders (depressive, anxiety, panic, and phobic ones). Nowadays there are some predictions regarding the potential impact of life quality degradation, disorder of sexual behavior and sexual life onto AD initiation and its specific clinical course. In this way AD origination may be caused by disorders of sexual behavior and sexual life, as it comes particularly to specific features of psychosexual and psychosocial traumas, hormonal dysfunctions (absolute or relative androgenic deficiency), and sexually transmitted infections. The rate of anxious-depressive disorders has been significantly increased in Ukraine recently. Official data issued by Ministry of Public Health of Ukraine shows that the quantity of depressive patients accounts for 0,5–2,5% of the entire population.

Under conditions of informed agreement, 66 female individuals have been examined, who visited clinical facility of Department of Psychiatry, Medical Psychology and Narcology at HSEEU "UMSA" for consultation and medical aid. Most of them were married. The first group included 37 women and, correspondingly, married couples (MC), in which a woman (56,1%) has been diagnosed a prolonged depressive reaction (PDR); the second group included 29 (43,9%) women with clinical manifestations of mixed anxious-depressive disorder (MADD) and married couples (MC) with clinical signs of development of marital maladjustment (MM). 12 married couples, in which women had clinical signs of PDR or MADD manifestations, and where no signs of MM development have been examined as comparison group. 9 women (13,6%) were single and were not in civil marriage at the moment of examination.

Complex of conducted studies included clinical examination of both men and women, including somatic, neurologic, mental status and specific sexological examination, as well as psychodiagnostic examination of single women and each of the spouses.

Taking into consideration the specific character of clinical manifestations of the disease, special attention has been given to clinical-psychopathologic method presented in the form of detailed clinical interview with the analysis of mental status and psychoanamnestic data. Mental state of a couple has been examined by psychodiagnostic techniques.

Findings of the studies have shown that women experienced disorders of common, interpersonal and sexual communication due to constellation of psychopathological, pathopsychological and negative sociopsychological factors. Overwhelming type of sexual dysfunction (SD) in women, suffering from AD with PDR, is lack of sexual satisfaction, loss of sexual desire and orgasmic dysfunction. Findings of the studies have established that in AD in the form of PDR, MADD, non-functional types of marriage prevail.

Complex study enables identification of psychoemotional state, orientation, specific characters of sexual behavior and its motivation aspects, degree of psychological adaptation (PA), typology of marital relations in women with AD, PDR and MADD, in particular, to enhance treatment-and-rehabilitation process and increase the quality of life, and provide with new aspects of medical-psychological and psychotherapeutic aid.

Key words: adaptation disorder, prolonged depressive reaction, orientation, psychosexual types, sexual behavior.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 11. 04. 2014 р.