

РЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.89–008.442: 618.179–009.8

БЕРЕЗОВСКАЯ
Наталья Анатольевна

**СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ
НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

по специальностям: 14.00.18 – психиатрия
19.00.04 – медицинская психология

Минск 2010

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: **Скугаревский Олег Алексеевич**,
доктор медицинских наук, доцент, заведующий
кафедрой психиатрии и медицинской психологии
УО «Белорусский государственный медицинский
университет»

Официальные оппоненты: **Игумнов Сергей Александрович**,
доктор медицинских наук, профессор, директор
ГУ «Республиканский научно-практический центр
психического здоровья»

Остянко Юрий Иванович,
кандидат медицинских наук, заведующий отделом
сложных экспертиз и контрольно-методической
работы Управления судебно-психиатрических экс-
пертиз государственной службы медицинских экс-
пертиз

Оппонирующая организация: ФГУ «Московский научно-исследовательский
институт психиатрии Федерального агентства по
здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится 19 апреля 2010 года в 14.00 часов на заседании совета
по защите диссертаций Д 03.18.06 при УО «Белорусский государственный
медицинский университет» по адресу: 220116, Минск, пр-т Дзержинского, 83;
тел. 272-55-98; e-mail: bsmu@bsmu.by.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский
государственный медицинский университет».

Автореферат разослан «_____» марта 2010 г.

Ученый секретарь совета
по защите диссертаций
кандидат медицинских наук, доцент



И. А. Хрущ

SUMMARY

Natalya Berezovskaya

Sexual health of women of reproductive age suffering from neurotic disorders

Key words: neurotic disorders, sexual dysfunctions, combination, reproductive age, mechanisms of development.

Object of the research: Married women of reproductive age (18–45 years old) suffering from neurotic disorders (F40–F45 ICD-10) undergoing a course of medical treatment in a mental hospital.

The theme of the research: basing on the complex evaluation of clinical-psychological parameters and peculiarities of sexual sphere to establish factors, which are conducive to development of sexual dysfunctions of the women of reproductive age having different forms of neurotic disorders.

Materials and methods: the method of questionnaires and interview, sexological and psychiatric examination, statistical analysis and interpretation of the results.

Results: it was revealed that 65,7% of 102 married women of reproductive age undergoing treatment in a mental hospital due to neurotic disorders (F40–F45 ICD-10) had sexual dysfunctions. Negative for female sexuality peculiarities of upbringing and sexological anamnesis, personal and constitutional characteristics in 22.4% of the cases result in forming of sexual dysfunctions from the very beginning of sexual life and accompany the later developed neurotic disorders; in 34.3% of the cases – they are conducive to the origin of neurotic disorders in the background of interpersonal and sexual problems with a husband; in 43.3% cases they relieve the development of sexual dysfunctions, caused by the neurotic symptoms. It was found out that women's neurotic and sexual disorders tend to mutually intensify each other that has a negative influence both on the trend of the neurotic disorder and on satisfaction from matrimonial relationships and quality of life in general. In the results of the patients having the neurotic disorders, especially combined neurotic and sexual pathology, it has been revealed the predominance of negative reproductive aims, the lower indexes of birth-rate and a higher frequency of abortions in comparison with the women without such neurotic symptoms. Therefore effective correction of neurotic and sexual disorders of women of reproductive age is important not only for the improvement of their psychical and sexual health but also for realization of their reproductive potential, that will conduce to stabilization of the demographic situation in our country.

Range of application: psychiatry, medical psychology, sexology.

Подписано в печать 15.03.10. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,33. Тираж 60 экз. Заказ 126.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В последние десятилетия во всем мире наблюдается тенденция к росту невротической патологии у лиц обоего пола, в особенности у женщин (Л.Н. Юрьева, 2001). По данным Б.Д. Петракова (1995), количество психозов увеличилось с 1900 года в 3,8 раза, а заболеваемость невротическими расстройствами возросла в 61,7 раза. Согласно МКБ-10, к психическим и поведенческим расстройствам отнесены и сексуальные дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием, которые могут сочетаться с психопатологическими нарушениями невротического регистра. Известно, что невротические расстройства облегчают возникновение половых дисфункций и связанных с ними супружеских конфликтов, а фрустрация сексуальных потребностей нередко способствует возникновению либо усугублению невротической симптоматики у одного или обоих партнеров (К. Имелинский, 1986; S. Garcia et al., 2008). Поэтому выяснение распространенности и клинических особенностей сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами, определение возможного взаимного влияния сексуальной и невротической патологии является актуальной научно-практической задачей. По причине тесной связи сексуальной и репродуктивной функций исследование женского сексуального здоровья весьма актуально для нашей страны, где в последние годы сложилась неблагоприятная демографическая ситуация (М.Ю. Сурмач, 2004). В связи с этим вопрос о реальном влиянии невротических расстройств и половых дисфункций у женщин на реализацию ими репродуктивного потенциала имеет большую медико-социальную значимость.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с научными программами, темами. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР УО «БГМУ» на 2005–2009 годы «Доклиническая и клиническая характеристика психических и поведенческих расстройств в онтогенезе (биопсихосоциальный аспект, диагностика, коррекция)», № гос. регистрации 2005425.

Цель исследования: на основании комплексной оценки клинико-психологических параметров и особенностей сексуальной сферы установить факторы, способствующие формированию сексуальных дисфункций у женщин репродуктивного возраста при различных формах невротических расстройств.

Задачи исследования:

1. Провести клинико-психологический анализ невротических расстройств у замужних женщин 18–45 лет, проходящих лечение в условиях стационара.

2. Определить особенности супружеских отношений и сексуального функционирования у женщин с невротическими расстройствами и без таковых.

3. Выявить значимые факторы формирования сексуальных дисфункций у женщин, страдающих различными невротическими расстройствами.

4. Установить характер и степень взаимовлияния невротических и сексуальных нарушений, выявленных у женщин репродуктивного возраста.

5. Уточнить влияние сексуальных дисфункций и невротических расстройств у женщин на реализацию их репродуктивного потенциала.

Объект исследования: женщины репродуктивного возраста (18–45 лет), состоящие в браке, страдающие психическими расстройствами невротического регистра (F40–F45, МКБ-10), проходящие лечение в условиях стационара.

Предмет исследования: клинико-психологические характеристики, сексологический статус и репродуктивные установки женщин, включенных в исследование.

Научная новизна исследования. Комплексное исследование клинико-психологического статуса и особенностей функционирования половой сферы женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами, в нашей стране проведено впервые. Оно позволило установить высокую частоту сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами, определить структуру, клинические особенности и основные механизмы развития нарушений половой функции, выявить характер взаимоотношений между имеющейся сексологической и невротической патологией.

Впервые изучены репродуктивные установки женщин с невротическими расстройствами и показано: наличие сочетанных невротических и сексуальных расстройств негативно влияет на реализацию их репродуктивного потенциала, что вносит определенный вклад в сложную демографическую ситуацию в нашей стране.

Практическая значимость. Полученные в ходе исследования результаты существенно дополняют представления о распространенности и структуре сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами, об особенностях их развития и характере взаимоотношений между невротической и сексуальной патологией. Данные о взаимовлиянии невротических и половых нарушений позволяют выработать адекватный подход к лечению их сочетанных клинических вариантов. Они позволяют психиатрам и психотерапевтам более эффективно выявлять у женщин детородного возраста с невротическими расстройствами патогенетически значимые сексуальные дисфункции и направлять к сексологам для их целенаправленной коррекции, что способствует более эффективному лечению невротической патологии, гармонизации семейно-сексуальных отношений, а также более полной реализации женщинами своего репродуктивного потенциала. С учетом недостаточной информиро-

ванности женщин в вопросах нормы и отклонений в сексуальном функционировании, выявленной в ходе исследования, нами разработано научно-информационное пособие для обращающихся за амбулаторной и стационарной психиатрической помощью [13], которое внедрено в практику работы УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, психосоматического отделения УЗ «10-я ГКБ» г. Минска, 20 и 31 отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья». Результаты проведенного исследования используются в учебном процессе на кафедре психиатрии и медицинской психологии УО «БГМУ». Полученные данные могут послужить основой для разработки практических медико-психологических рекомендаций по коррекции наиболее распространенных сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами в детородном возрасте и формированию у них положительных репродуктивных установок.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. У женщин репродуктивного возраста невротические расстройства часто сочетаются с нарушениями в сексуальной сфере.

2. В формировании половых дисфункций у женщин с невротическими расстройствами участвует сложная констелляция факторов, связанных как с характером течения и клиническими особенностями невротической патологии, так и с дисгармоничными супружескими отношениями, сексологическим анамнезом, конституциональным и личностным преморбидом.

3. Сексуальные дисфункции у женщин, страдающих невротическими расстройствами, могут выступать в качестве их основной причины, возникать вторично, являясь их следствием, либо, формируясь с самого начала половой жизни, сопутствовать развившейся позднее невротической патологии.

4. Выявленные у женщин невротические и сексуальные расстройства имеют тенденцию к взаимному усилению симптоматики, что оказывает негативное влияние на супружеские отношения и качество жизни, связанное со здоровьем, а также реализацию их репродуктивного потенциала.

Личный вклад соискателя. Все основные научные результаты диссертационной работы получены автором лично. Соискатель лично осуществил планирование исследования, выбор методов и объема выборки для диссертационной работы, обследование 102 пациенток и 67 здоровых лиц с использованием клинических методов и психометрических методик, анализ, статистическую обработку и теоретическое обоснование результатов, написание всех разделов работы, выводов и статей.

Апробация результатов диссертации. Основные результаты проведенных исследований были представлены в виде докладов на ежегодных международных конференциях Белорусского государственного университета «Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы» (2007 и 2008 гг.), на Республиканской научно-практической конференции с международным участи-

ем «Медико-психологическая реабилитация граждан, подвергшихся радиационному воздействию вследствие аварий и катастроф: концептуальные подходы» (Гомель, 2008), на научных сессиях УО «Белорусский государственный медицинский университет», секция «Неврология, нейрохирургия и психиатрия» (Минск, 2009, 2010), на Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию кафедры сексологии Ереванского медицинского университета (Ереван, 2009), на 19 Всемирном конгрессе по сексуальному здоровью (The 19th WAS World Congress for Sexual Health «Sexual Health and Rights: A Global Challenge») – постерный доклад PO-1739 (Гетеборг, 2009), на Международной конференции «Психотерапия и консультирование: технологии и духовное измерение» (Москва, 2009), на III съезде психиатров и наркологов Республики Беларусь «Психиатрия и современное общество» (Минск, 2009).

Опубликованность результатов диссертации. По теме диссертации опубликовано 13 научных работ. Из них 7 статей, в том числе 4 (2,9 авторских листа) в научных журналах, включенных в перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований; 3 – в сборниках (1 – в России, 1 – в Армении), 5 тезисов докладов на международных съездах и конференциях (1 – в Швеции). 2 тезисов написано в соавторстве. Общее количество страниц единолично опубликованных материалов – 7,5 авторских листа.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 136 страницах машинописного текста. Состоит из введения, общей характеристики работы, основной части, заключения (105 страниц), списка использованной литературы и 6 приложений (13 страниц). В диссертации содержится 21 рисунок и 16 таблиц. Библиографический список (18 страниц) включает 222 наименования, в том числе 126 на русском, 96 на английском языке.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Нами проведено одномоментное контролируемое сравнительное исследование клинических особенностей невротических расстройств (в основной группе), а также психологических характеристик, параметров сексуального функционирования, удовлетворенности различными аспектами брака и качества жизни всех женщин выборки, а также оценка их репродуктивного потенциала. В исследование включено 169 лиц женского пола репродуктивного возраста.

Критерии включения в исследование: женщины в возрасте 18–45 лет, состоящие в браке; наличие невротического расстройства, относящегося к рубрикам F40–F45 МКБ-10 (для основной группы); отсутствие психической патологии, включая расстройства невротического спектра (для контрольной группы); информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: психические и поведенческие расстройства кроме относящихся к рубрикам F40–F45 МКБ-10 (для основной группы); наличие клинически значимой сомато-неврологической и гинекологической патологии; беременность в любом сроке и первый год после родов.

Основную группу составили 102 женщины, страдающие тревожно-фобическими и другими тревожными, адаптационными, диссоциативными и соматоформными расстройствами, проходившие стационарное лечение в психоневрологическом отделении (20 отделение) и психосоматическом отделении (31 отделение) ГУ «РКПБ» в 2007–2008 гг.

Контрольная группа состояла из 67 женщин детородного возраста без каких-либо психических и поведенческих расстройств. Средняя длительность невротических расстройств в основной группе – $3,1 \pm 1,8$ лет (тревожных и адаптационных расстройств – $2,8 \pm 1,6$ лет, диссоциативных и соматоформных расстройств – $3,6 \pm 1,9$ лет ($p > 0,05$)). Средняя продолжительность выявленных сексуальных дисфункций статистически значимо не различалась, составляя по данным сексологического анамнеза $3,9 \pm 1,5$ лет в основной группе и $4,2 \pm 2,9$ – в контрольной ($p > 0,05$). Средний возраст женщин в основной группе составил $33,5 \pm 8,2$ лет. Средний возраст женщин в контрольной группе составил $32,9 \pm 7,6$ лет. Основная и контрольная группа статистически значимо не различались по возрасту. Средний возраст начала половой жизни составил $17,9 \pm 2,6$ лет у женщин основной и $17,5 \pm 2,4$ лет у женщин контрольной группы ($p > 0,05$). Все женщины основной и контрольной групп состояли в браке. Средний возраст вступления в брак у женщин основной и контрольной групп статистически значимо не различался: соответственно $23,5 \pm 5,4$ лет и $22,9 \pm 5,1$ лет ($p > 0,05$). В основной группе 38,2% пациенток имели среднее образование, 41,2% – среднее специальное, 20,6% – высшее и незаконченное высшее образование. В контрольной группе среднее образование имели 34,3% женщин, среднее специальное – 43,3%, а высшее и незаконченное высшее – 22,4%. Материально-бытовые условия женщин в обеих группах значимо не различались. В группах имелись различия по среднему количеству рожденных детей на одну женщину. Так, в контрольной группе этот показатель составлял $1,52 \pm 0,7$, в то время как в основной группе он был достоверно ниже – $1,04 \pm 0,9$ ($p < 0,01$).

Дизайн и методы исследования. Исследование по своему дизайну было одномоментным (поперечным) сравнительным контролируемым с формированием выборки методом направленного отбора на основании критериев диагностики невротических расстройств (МКБ-10). Использовались следующие методы:

- клинико-психопатологический с использованием диагностических критериев МКБ-10;
- клинико-сексологический с применением опросника «Сексуальная формула женская» (СФЖ), стандартной карты сексологического обследования

и анкеты-приложения, шкалы векторного определения половой конституции, метода структурного анализа сексуальных расстройств (Г.С. Васильченко, И.Л. Ботнева 1983, 1990); методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (Б.Е. Алексеев, 2006).

– экспериментально-психологический с использованием стандартизированных шкал и опросников: опросник Спилбергера–Ханина для оценки уровня тревожности; опросник Бека для оценки степени выраженности депрессивных переживаний; субъективная шкала оценки астении (MFI-20); пятифакторный опросник личности (5 PFQ) в адаптации А.Б. Хромова; опросник Шмишека–Леонгарда для выявления акцентуаций характера; опросник удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко; экспресс-методика оценки качества жизни NAIF, разработанная Р. Hugenhiltz, R. Erdman.

– статистический с использованием пакета программ SPSS 11.5. Полученные данные обрабатывались с помощью методов описательной, аналитической статистики и теории статистического вывода с учетом характера данных и формы их распределения.

В спектре невротических расстройств у женщин основной группы по критериям МКБ-10 наиболее широко были представлены: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (17,6%), расстройства адаптации (13,7%), соматоформная вегетативная дисфункция (11,8%), диссоциативное расстройство моторики и ощущений (10,8%), недифференцированное соматоформное расстройство (6,9%), генерализованное тревожное расстройство (6,9%), смешанное диссоциативное расстройство (6,9%), паническое расстройство (4,9%).

На этом этапе исследование выявило сочетанный характер невротических расстройств и сексуальных дисфункций у 67 из 102 женщин (65,7%) основной группы ($\chi^2=10,7$; $v=0,635$, $p<0,01$). Согласно МКБ-10 сексуальные дисфункции были представлены у них: отсутствием или потерей полового влечения (F52.0) – у 18 (17,6%); сексуальным отвращением (F52.10) – у 7 (6,9%); отсутствием генитальной реакции (F52.2) – у 8 (7,8%); оргазмической дисфункцией (F52.3) – у 29 (28,5%); диспареунией неорганической природы (F52.6) – у 5 (4,9%).

В контрольной группе среди 67 обследованных женщин сексуальные дисфункции зарегистрированы лишь у 15 (22,4%). В их числе: отсутствие или потеря полового влечения – у 7 (10,4%); недостаточность генитальной реакции – у 2 (3%); оргазмическая дисфункция – у 6 женщин (9%).

Для реализации задач исследования в зависимости от преобладающей невротической симптоматики и наличия либо отсутствия сексуальной патологии основная группа была разделена на 4 подгруппы: 1) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями ($n=36$); 2) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами без сексуальных дисфункций ($n=18$); 3) женщины с диссоциативными (конверсионными), сома-

тоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (n=31); 4) женщины с диссоциативными (конверсионными), соматоформными расстройствами без сексуальных дисфункций (n=17). Контрольная группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от наличия либо отсутствия сексуальной патологии: 5) женщины с сексуальными дисфункциями (n=15); 6) женщины без сексуальных дисфункций (n=52).

Результаты и их обсуждение

Анализ типового профиля СФЖ, отражающего наиболее важные показатели женской сексуальности, позволил выявить предсказуемые различия в общих (прогностических) показателях СФЖ в подгруппах основной и контрольной групп с сексологическими нарушениями и без таковых (таблица 1). Так, у больных с тревожными и адаптационными расстройствами в подгруппе с сексуальными дисфункциями общий показатель СФЖ составлял 20,7, а в подгруппе без сексуальных дисфункций достигал нормативных значений – 28,9 ($p < 0,001$). У женщин, страдающих диссоциативными и соматоформными расстройствами, эти различия были столь же велики: 29,2 – в подгруппе без сексуальных дисфункций, а при их наличии – всего 18,2 ($p < 0,001$). В подгруппе женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами общий показатель СФЖ наиболее низкий, однако он статистически значимо не отличается от такового в подгруппе больных тревожными и адаптационными расстройствами ($p > 0,05$). В группе контроля подгруппы женщин без сексуальных нарушений и имеющих половые дисфункции также различались между собой по общему показателю СФЖ: 29,3 и 19,8 соответственно ($p < 0,001$). Анализ типового профиля СФЖ показал, что в подгруппе женщин, страдающих диссоциативными либо соматоформными расстройствами, регистрируются самые низкие значения 2-го и 6-го показателей, что указывает на негативное либо индифферентное отношение большей части из них к половой активности и эмоциональный дискомфорт после полового акта.

Дифференцированный анализ показателей половой конституции в сравниваемых подгруппах среди женщин с невротическими расстройствами (таблица 1) показал, что в обеих подгруппах преобладали слабая и ослабленный вариант средней половой конституции (средние значения Кг располагались в диапазоне от 2,9 до 3,9). В обеих подгруппах контрольной группы показатели Кг у женщин были выше и в своем большинстве соответствовали варианту средней половой конституции. Полученные нами данные свидетельствуют в пользу гипотезы о том, что конституционально ослабленный преморбид может снижать адаптационные возможности организма и предрасполагает к невротическому реагированию.

Таблица 1 – Психометрические и сексологические показатели у женщин в исследуемых подгруппах
(U-критерий Манна–Уитни, M±σ)

	Основная группа (n=102)				Контрольная группа (n=67)	
	Тревожные и адаптационные расстройства (n=54)		Диссоциативные, соматоформные расстройства (n=48)		секс. дисфункции (n=15)	без секс. дисфункций (n=52)
	секс. дисфункции (n=36)	без секс. дисфункций (n=18)	секс. дисфункции (n=31)	без секс. дисфункций (n=17)		
Типовой профиль СФЖ	3,3;2,3/2,2;1,9/1,9;2,6/2,1;2,6/1,8 – 5,6/4,1/4,5/4,7/1,8–20,7*	3,4;3,0/2,8;3,3/3,7;3,6/2,7;2,8/3,6 – 6,4/6,1/7,3/5,5/3,6 – 28,9	3,0;1,8/2,0;1,7/1,7;2,0/2,2;2,3/1,5 – 4,8/3,7/3,7/4,5/1,5–18,2*	3,2;3,3/3,3;3,4/3,5;3,6/2,3;3,1/3,5–6,5/6,7/7,1/5,4/3,5–29,2	3,5;2,4/1,9;1,8/1,8;2,5/2,2;1,8/1,9 – 5,9/3,7/4,3/4/1,9 – 19,8*	3,5;3,4/2,9;3,0/3,4;3,7/2,9;2,9/3,6 – 6,9/5,9/7,1/5,8/3,6 – 29,3
Кг	3,9±0,6	3,7±0,7	2,9±0,5*	3,9±0,8	4,4±0,9**	4,6±1,1**
Ка	2,9±1,0*	3,5±0,7	3,5±0,8	3,6±0,9	3,5±0,8	4,3±1,2**
Ка/Кг	0,68±0,22*	0,96±0,26	1,21±0,24*	0,92±0,25	0,82±0,11	0,91±0,13
Удовлетв. браком	22,0±6,6*	32,8±9,5	21,2±5,7*	34,1±7,4	31,2±5,9	34,3±6,6
РТ	48,7±12,1*	39,6±8,7	37,2±7,6	35,9±11,6	18,9±7,5**	21,2±10,8**
ЛГ	57,9±9,6*	48,8±7,2	54,2±10,2*	45,9±12,5	23,2±5,7**	27,1±12,8**
Депресс. проявления	21,5±6,3*	14,5±6,9	16,6±8,2	12,9±7,1	8,2±3,9**	9,1±7,4**
М-Ф	0,433±0,01	0,415±0,01	0,432±0,01	0,426±0,02	0,231±0,01**	0,225±0,09**
Общая астения	12,0±3,4*	9,7±2,6	8,7±4,3	8,6±4,3	6,0±3,1**	6,9±3,2**
Интегральный показатель КЖ	55,1±5,7	60,9±8,9	54,9±6,8	59,3±7,6	75,3±7,9**	80,4±7,9**

Примечания –

- 1) * – различия статистически значимы внутри подгрупп основной и контрольной группы (p<0,01);
- 2)** – различия статистически значимы между подгруппами основной и контрольной групп (p<0,01).

В подгруппе женщин с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями уровень сексуальной активности (Ка) оказался наименьшим среди всех подгрупп основной и контрольной группы, а коэффициент Ка/Кг (отражающий соответствие уровня половой активности конституциональным данным) = $0,68 \pm 0,22$ был значительно ниже, чем в подгруппе женщин с диссоциативными, соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями Ка/Кг = $1,21 \pm 0,24$ ($p < 0,01$). Таким образом, есть основание полагать, что в первом случае низкая половая активность блокирует конституциональные (потенциально более высокие) сексуальные возможности женщин и это несоответствие отражено в наименьшем значении показателя Ка/Кг. Во втором случае имеет место обратная ситуация, которую отражает соотношение Ка/Кг превышающее 1,0. Это означает, что женщины с более слабой половой конституцией имеют сексуальные контакты значительно чаще, чем у них возникает потребность в половой близости. В обеих подгруппах женщин с невротическими и сексуальными расстройствами подобное несоответствие (особенно существующее длительно) может приводить к возникновению и нарастанию психоэмоционального дискомфорта в связи с нарастанием сексуальной неудовлетворенности либо, наоборот, нежелательными, порой тягостными для женщин половыми контактами.

При оценке характера супружеских отношений мы выявили, что показатели удовлетворенности браком в подгруппах с сочетанными невротическими и сексуальными расстройствами (таблица 1) отличаются от показателей в подгруппах без сексуальных дисфункций, свидетельствуя о значительной неудовлетворенности брачными отношениями ($\chi^2=9,3$; $v=0,511$, $p < 0,01$). В подгруппах основной группы с отсутствием сексуальных дисфункций эти показатели были выше ($p < 0,01$), составляя соответственно $32,8 \pm 9,5$ («скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность») и $34,1 \pm 7,4$ («значительная удовлетворенность»). В контрольной группе у женщин отсутствовали значимые различия в отношении к браку вне зависимости от наличия или отсутствия сексуальных дисфункций, которые их мало тяготили и не могли стать серьезным источником супружеских конфликтов либо привести к невротизации. Полученные нами данные соответствуют позиции Междисциплинарного совета по согласованию терминов, который, основываясь на опыте применения МКБ-10 и DSM-IV, внес предложения по изменениям в трактовке женских половых дисфункций. Те или иные отклонения в сексуальном функционировании рекомендовано считать расстройством только в том случае, если они вызывают у женщины стресс (R. Basson, 2001).

Средние показатели шкальных оценок маскулинно-фемининного (М-Ф) измерения, определяющие наличие и выраженность кроссполовых акцентуаций, во всех подгруппах основной группы женщин составляют от 0,415 до 0,432

и статистически значимых различий не имеют ($p > 0,05$) (таблица 1). Они соответствуют средним значениям, характерным для скрытой кроссполовой акцентуации – 0,402 ($p > 0,05$). В подгруппах контроля независимо от наличия или отсутствия у женщин сексуальных дисфункций эти показатели оказались ниже ($p < 0,01$), чем в каждой из подгрупп основной группы – 0,231 и 0,225 соответственно, что свидетельствует об отсутствии у них кроссполовых акцентуаций. Это позволяет предположить, что кроссполовые акцентуации, проявляющиеся нерезко выраженным маскулиненным поведенческим рисунком у женщин, являются фактором, предрасполагающим к формированию невротических расстройств ($\chi^2 = 11,4$; $v = 0,731$, $p < 0,05$). Вместе с тем нет оснований считать, что они способствуют возникновению женских половых дисфункций.

В основной группе у больных с тревожными и адаптационными расстройствами уровни реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности были статистически значимо выше в подгруппе больных с сексуальными дисфункциями, чем в подгруппе без таковых, что в одних случаях было связано с усилением тревожного радикала на фоне половой дисфункции, а в других – нарушения сексуальной функции во многом были обусловлены нарастанием тревожной симптоматики. У больных с соматоформными и диссоциативными расстройствами статистически значимые различия в подгруппах прослеживались только по уровню ЛТ, которая была выше в подгруппе больных с сексуальными дисфункциями (таблица 1). Вероятно, в данном случае более высокая ЛТ может служить дополнительным фактором, способствующим возникновению у них нарушений в половой сфере.

По опроснику Бека уровень депрессивных переживаний в основной группе был выше в подгруппах больных с сексуальными дисфункциями, но значимо различался ($p < 0,01$) между подгруппами лишь у женщин, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами (соответственно $21,5 \pm 6,3$ и $14,5 \pm 6,9$). Причем средние показатели в подгруппе с нарушениями половой функции соответствовали клинически значимой депрессии, что подтверждает известный факт снижения либидо и полового удовлетворения при усилении депрессивных проявлений (таблица 1).

Астенический симптомокомплекс значимо чаще ($p < 0,01$) присутствовал у женщин с тревожными и адаптационными расстройствами в подгруппе больных с сексуальными дисфункциями, чем без таковых (таблица 1). Выраженная астенизация, вероятно, способствовала у них снижению половой активности и дезактуализации сексуальной сферы. В подгруппах больных с диссоциативными и соматоформными расстройствами значимых различий выявлено не было, а показатели общей астении не достигали клинически значимого уровня.

Обследование по методике Шмишека–Леонгарда позволило выявить эмоциональную акцентуацию у 41,7% женщин, страдающих тревожными и адаптацион-

ными расстройствами и сексуальными дисфункциями. С эмотивной акцентуацией связаны чувствительность, впечатлительность, отзывчивость, готовность жертвовать своими интересами во благо партнера. Однако нарастающий внутренний дискомфорт из-за подавления собственной сексуальности во имя поддержания видимости супружеского благополучия облегчал возникновение невротической симптоматики, смещающей фокус внимания с тягостных интимных проблем на проблемы со здоровьем. Эмотивная акцентуация чаще всего встречалась и в подгруппе женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (29,4%). Здесь она могла способствовать усилению невротической симптоматики из-за нарастающего внутреннего конфликта в связи с непривлекательностью половой жизни и установки женщины на необходимость исполнения «супружеского долга». Вероятно, эмотивная акцентуация характера также в целом облегчает невротическое реагирование в неблагоприятных жизненных ситуациях.

Оценка личностного профиля на основании пятифакторного личностного опросника (5PFQ) позволила установить, что по всем выделенным факторам у женщин основной группы показатели выходят за рамки условной «среднестатистической нормы» и статистически значимо отличаются от показателей женщин контрольной группы ($p < 0,001$). Во всех подгруппах женщин, страдающих невротическими расстройствами, доминировали следующие личностные характеристики: интравертированность, обособленность, недоверчивость, эгоцентризм, эмоциональная лабильность, импульсивность, обидчивость, сниженная самооценка. Полученные данные позволяют предположить, что выявленные в основной группе личностные характеристики могут способствовать развитию у женщин различных невротических расстройств, а повышенную эмоциональную лабильность можно рассматривать как психологическую характеристику, которая затрудняет адекватную реализацию женской сексуальности.

У женщин основной группы, несмотря на наличие или отсутствие сексуальных нарушений, интегральный показатель качества жизни (КЖ) соответствовал умеренному снижению качества жизни и был ниже, чем в группе контроля ($p < 0,05$), причем наиболее низкие значения имели показатели, характеризующие половую функцию и эмоциональное состояние. У женщин основной группы значения интегрального показателя в обеих подгруппах с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями были несколько ниже, чем в двух подгруппах с изолированной невротической патологией ($p > 0,05$). При этом показатели, отражающие физическую мобильность и социальное функционирование были значимо ниже ($p < 0,05$), свидетельствуя о негативном влиянии сочетанной симптоматики на эти важные аспекты жизни женщин.

Опираясь на результаты проведенного исследования и с учетом данных литературы, нами изначально были выделены 29 переменных, предположи-

тельно способствующих развитию сексуальных дисфункций у женщин. Для представления структуры связей между переменными использовался корреляционный анализ. Перед получением матрицы корреляций переменные были предварительно дихотомизированы. В ходе анализа матрицы корреляций были выявлены 11 переменных, не имеющих тесных и значимых связей ни с одним из рассматриваемых признаков, поэтому факторный анализ с использованием метода главных компонент был проведен для 18 оставшихся переменных. Это позволило выделить ряд значимых переменных, принимающих участие в развитии сексуальных дисфункций у женщин, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами (фактор 1 в таблице 2), диссоциативными и соматоформными расстройствами (фактор 2 в таблице 2), а также в контрольной группе (фактор 3 в таблице 2). Полученные данные были подтверждены с помощью последующего регрессионного шкалирования и регрессионного анализа.

Таблица 2 – Факторные нагрузки

Переменные (x)	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Воспитание негативного отношения к проявлениям сексуальности	0,212	0,591*	0,419*
Развод родителей и воспитание в неполной семье	-0,256	0,549*	0,219
Негативный первый сексуальный опыт	-0,327	0,623*	0,498*
Травмы сексуального насилия в анамнезе	0,296	0,235	0,306*
Узкий диапазон приемлемости	-0,412	0,367*	0,598*
Дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером	0,723*	0,579*	0,271
Сексуальные проблемы у партнера	0,635*	-0,410	0,562*
Отрицательное отношение к личности супруга	-0,289	0,723*	0,107
Задержка психосексуального развития	0,176	0,497*	0,621*
Длительность невротического расстройства свыше 3 лет	0,579*	0,210	-0,172
Обострения невротического расстройства 2 и более раз в год	0,496*	0,715*	-0,109
Выраженная диссоциативная и/или сомато-вегетативная симптоматика	0,275	0,746*	-0,164
Депрессивный фон настроения	0,552*	0,201*	-0,156
Астения	0,596*	0,171	-0,385
Высокая личностная тревожность	0,491*	0,412*	0,251
Акцентуации характера (эмотивная)	0,487*	0,319*	-0,152
Варианты ослабленной половой конституции	0,326*	0,483*	-0,117
Страх перед нежелательной беременностью	0,417*	0,591*	0,103

Примечание – * значимые факторные нагрузки (ФН) при $p < 0,05$.

В развитии сексуальных дисфункций у женщин с тревожными и адаптационными расстройствами наибольшее значение имеют дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером и наличие у него сексуальных проблем в виде утраты интереса к половым контактам, нарушений эрекции либо преждевременной эякуляции. Играть роль выраженность психопатологической симптоматики (депрессивный фон настроения, астения), а также длительность

течения невротического расстройства свыше 3 лет и частота его обострений. Имеют значение высокая личностная тревожность, эмотивная акцентуация характера, страх перед нежелательной беременностью и варианты ослабленной половой конституции ($r^2=37\%$, $p<0,05$).

В формировании сексуальных дисфункций у женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами наибольшее значение имели выраженность невротической симптоматики и ее обострения 2 и более раз в год. Играли роль отрицательное отношение к личности супруга, дисгармоничное сексуальное взаимодействие, формирование родителями негативного отношения к сексуальности, их развод и воспитание в неполной семье, негативный первый сексуальный опыт, задержки психосексуального развития, страх перед нежелательной беременностью, ослабленная половая конституция, высокая личностная тревожность, узкий диапазон приемлемости; эмотивная акцентуация характера ($r^2=42\%$, $p<0,05$). Полученные данные позволяют предположить, что многочисленные факторы, препятствующие гармоничным сексуальным отношениям и дестабилизирующие половую функцию женщин, создавали предпосылки для облегченного вовлечения сексуальной сферы в картину невротического расстройства. Это более чем в половине случаев привело к быстрому формированию сексуальных дисфункций на фоне возникновения массивной, часто обостряющейся невротической симптоматики.

В возникновении сексуальных дисфункций у женщин в контрольной группе оказались значимыми задержки психосексуального развития, узкий диапазон приемлемости, сексуальные проблемы у партнера, негативный первый сексуальный опыт, воспитание у них отрицательного отношения к проявлениям сексуальности, травмы сексуального насилия в анамнезе ($r^2=34\%$, $p<0,05$). Таким образом, сексуальные проблемы женщин контрольной группы были больше связаны с пуританским воспитанием в семье, препятствующим пробуждению у них чувственности, и неудачным сексуальным дебютом. Однако отсутствие у женщин контрольной группы грубых сексуальных дисфункций, препятствующих даже формальному исполнению супружеских обязанностей, а также в целом удовлетворительные межличностные отношения в супружеских парах, создавали условия, исключая серьезные конфликты на сексуальной почве. Практически все женщины контрольной группы, имеющие по критериям МКБ-10 сексуальные дисфункции, не считали их проблемой, требующей немедленной помощи.

На основании анализа динамики развития невротической и сексуальной патологии установлено, что у 23 из 67 (34,3%) женщин основной группы, нарушения половой функции предшествовали возникновению невротической симптоматики, приводя к нарастанию у них психоэмоционального дискомфорта вследствие половой неудовлетворенности. У них сексуальные проблемы яви-

лись важным фактором формирования невротических расстройств, клиническая симптоматика которых дезактуализировала длительно фрустрированные сексуальные потребности, переключая внимание с конфликтной сферы интимных отношений на невротические симптомы. При этом происходила взаимная фиксация сексуальных и невротических нарушений с формированием классического «порочного круга», когда половые дисфункции у женщин вели к возникновению и усилению у них невротических расстройств, которые, в свою очередь, усугубляли сексологическую симптоматику, в ряде случаев приводя к угасанию половых потребностей и еще большему уходу в невротические переживания.

У 29 женщин основной группы (43,3%) прослежена временная взаимосвязь между возникновением или нарастанием массивной невротической симптоматики и развитием сексуальных дисфункций, которые соответствовали критериям рубрики F52 МКБ-10, но фактически выступали как одно из проявлений невротического расстройства. У них наибольшее значение имела степень выраженности тревожно-депрессивных, тревожно-фобических, астено-депрессивных, диссоциативных и соматоформных расстройств, которые оказывали негативное влияние на сексуальную функцию. В 6 наблюдениях возникновение первых проявлений половой дисфункции по времени совпадало с началом амбулаторного лечения транквилизаторами и антидепрессантами, причем сексологическая симптоматика сохранялась и после их отмены, вероятно, уже по невротическим механизмам.

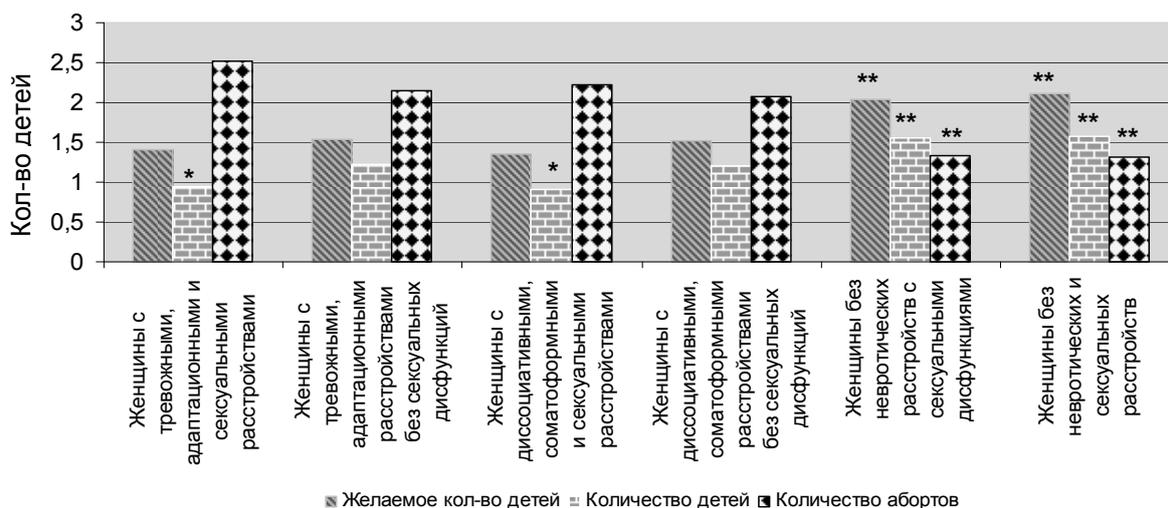
У 15 женщин (22,4%) основной группы зрелая сексуальность вообще не пробудилась, а половые дисфункции, которые у них отмечались с самого начала половой жизни, не претерпели существенных изменений на фоне невротических расстройств. Вместе с тем, уменьшение частоты половых контактов, которые никогда не приносили удовлетворения, а порой превращались в тягостную повинность, воспринималось этими пациентками скорее позитивно, хотя и было обусловлено невротической симптоматикой.

Лишь 12 из 67 женщин (19,7%) основной группы с сексуальными дисфункциями активно предъявляли жалобы сексологического характера. Из них 10 страдали сексуальной аверсией или диспареунией, т. е. теми сексуальными дисфункциями, которые создают наибольший эмоциональный и телесный дискомфорт при попытках коитуса, вынуждая больных обращаться за помощью. Остальные избегали обсуждения сексуальных затруднений с лечащим врачом. Во многом это было связано с тем, что на фоне массивной невротической симптоматики у женщин происходила дезактуализация сексуальной сферы, т. е. утрачивался интерес к половой жизни.

Во всех подгруппах основной и контрольной групп была проведена оценка репродуктивных установок женщин: уточнялось, какое количество детей хотела бы иметь женщина. Однако наиболее объективными показателями реализации

женщиной своего репродуктивного потенциала является фактическое количество рожденных детей и число искусственных прерываний беременности (З. К. Борисова, 2007). Необходимые сведения получены из карт сексологического обследования.

Таким образом, во всех подгруппах женщин, страдающих невротическими расстройствами, наблюдались статистически значимые отличия от подгрупп контрольной группы ($p < 0,01$). У них зарегистрировано меньшее количество детей, большее число аборт и преобладание отрицательных репродуктивных установок (не более 1 ребенка). Причем, как видно из рисунка 1, в обеих подгруппах у женщин с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями количество детей было наименьшим даже в сравнении с подгруппами женщин с аналогичными невротическими расстройствами, но без сексуальных дисфункций ($\chi^2 = 10,67$; $v = 0,649$, $p < 0,05$). Это позволяет предположить, что сочетание сексуальной и невротической патологии у женщин детородного возраста оказывает наиболее негативное влияние на реализацию ими своего репродуктивного потенциала.



* – статистически значимые внутригрупповые различия ($p < 0,05$); ** – различия статистически значимы между показателями основной и контрольной группы ($p < 0,01$)

Рисунок 1 – Репродуктивные установки и их реализация у женщин, страдающих невротическими расстройствами и без таковых с учетом наличия или отсутствия сексуальных дисфункций

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Впервые среди замужних женщин детородного возраста с невротическими расстройствами (стационарный уровень помощи) установлена высокая частота сопутствующих сексуальных дисфункций (65,7%) [2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12].

2. У женщин репродуктивного возраста, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами, наибольшее значение в развитии половых дисфункций имели: дисгармоничное сексуальное взаимодействие с супругом; наличие сексуальных нарушений у супруга; выраженная астеническая и депрессивная симптоматика; продолжительность тревожных расстройств свыше 3 лет и их обострения 2 и более раз в год (по результатам многомерного статистического анализа $r^2=37\%$, $p<0,05$) [3, 4, 12].

3. Наибольший вклад в развитие сексуальных дисфункций у женщин детородного возраста, страдающих диссоциативными или соматоформными расстройствами, внесли выраженные и склонные к рецидивированию невротические проявления на фоне: слабой половой конституции; задержек психосексуального развития; неблагоприятного сексологического анамнеза; проблем в межличностных и сексуальных отношениях с супругом (по результатам многомерного статистического анализа $r^2=42\%$, $p<0,05$) [3, 4, 12].

4. Сексуальные дисфункции у женщин детородного возраста, страдающих невротическими расстройствами, могут выступать: а) в качестве ведущей причины их формирования (34,3%); б) возникать вторично, являясь следствием имеющейся невротической симптоматики (43,3%); в) наблюдаться с самого начала половой жизни, сопутствуя развившимся позднее невротическим нарушениям (22,4%) [2, 3, 4, 8, 9, 12].

5. Сочетание невротических и сексуальных расстройств у женщин репродуктивного возраста опосредует: взаимное потенцирование симптоматики; негативное влияние на течение как невротических, так и сексуальных расстройств; неудовлетворенность супружескими отношениями; низкие показатели качества жизни в целом [2, 3, 4, 8, 9, 12].

6. У женщин детородного возраста, страдающих невротическими расстройствами, имеет место ослабление репродуктивного потенциала, особенно при коморбидной сексуальной дисфункции, что подтверждается: преобладанием отрицательных репродуктивных установок; более низкими показателями рождаемости; большей частотой искусственных прерываний беременности. Это обуславливает необходимость коррекции как невротических расстройств, так и сексуальных дисфункций, что в итоге может способствовать стабилизации демографической ситуации в Республике Беларусь [4, 11].

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в рецензируемых журналах

1. Березовская, Н.А. К проблеме взаимосвязи невротических и сексуальных расстройств у женщин / Н.А.Березовская // Психотерапия и клиническая психология. – 2009. – № 1 (28). – С. 2–6.
2. Березовская, Н. А. Сексуальная сфера женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // Медицинский журнал. – 2009. – № 3 (29). – С. 25–30.
3. Березовская, Н. А. Особенности формирования сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // Психиатрия. – 2009. – № 3 (05). – С. 16–26.
4. Березовская, Н.А. Невротические и сексуальные расстройства у женщин репродуктивного возраста: особенности формирования и взаимовлияние / Н.А. Березовская // Психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1 (32). – С. 6–20.

Статьи, материалы конференций, тезисы докладов

5. Березовская, Н.А. Медико-социальные проблемы женщин, подвергшихся насилию в семье / Н.А. Березовская // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы V междунар. конф., Минск, 6–7 апреля 2007 г. – Минск: БГУ, 2007. – С. 19–22.
6. Березовская, Н.А. Сексуальные дисгармонии в супружеской паре / В.А. Доморацкий, Н.А. Березовская // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы VI междунар. конф., Минск, 4–5 апреля 2008 г. – Минск: БГУ, 2008. – С. 31–34.
7. Березовская, Н.А. ДПДГ-психотерапия кризисов в супружестве / Н.А. Березовская // Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний: материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию медико-психологического факультета ГГМУ, 30 мая 2008г., г. Гродно / Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно, 2008. – С. 11–15.
8. Березовская, Н.А. Особенности сексуального функционирования женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // Сексуальность, личность, качество жизни: XIII Клинические Павловские чтения: Сборник работ. Вып. 13. – СПб: изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. – С. 10–14.
9. Березовская, Н.А. Особенности сексуальной функции у женщин репродуктивного возраста, страдающих неврозами / Н.А. Березовская // Medicine Science and education // Scientific and Informational Journal April. – № 1 Yerevan. – 2009. – P. 78–81.

10. Berezovskaya, N. Sexual problems of women of reproductive age suffering from neurotic disorders / N. Berezovskaya, V. Domoratsky // The 19th WAS World Congress for Sexual Health «Sexual Health and Rights: A Global Challenge»: Abstract Book. Gothenburg (Sweden). June 21–25, 2009. – 237 p.

11. Березовская, Н.А. Репродуктивные установки женщин, страдающих невротическими и сексуальными расстройствами / Н.А. Березовская // III съезд психиатров Беларуси, Минск, 3–4 декабря, 2009 г. – Минск, 2009. – С. 186–187.

12. Березовская, Н.А. Механизмы развития сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // III съезд психиатров Беларуси, Минск, 3–4 декабря 2009г. – Минск, 2009. – С. 184–186.

Прочие публикации

13. Березовская, Н.А. О том, чего женщины не знают о себе / Н.А. Березовская. – Минск: изд. центр БГУ, 2009. – 78 с.

РЭЗІЮМЭ

Беразоўская Наталля Анатольеўна Сексуальнае здароўе жанчын рэпрадуктыўнага ўзросту, якія пакутуюць на неўратычныя расстройствы

Ключавыя словы: неўратычныя расстройствы, сексуальныя дысфункцыі, рэпрадуктыўны ўзрост, механізмы фарміравання.

Аб’ект даследавання: жанчыны рэпрадуктыўнага ўзросту (18–45 гадоў), якія знаходзяцца ў шлюбе, пакутуюць на псіхічныя расстройствы неўратычнага рэгістра (F 40–F 45, МКХ-10), і атрымлівалі лячэнне ва ўмовах стацыянара.

Мэта даследавання: на падставе комплекснай ацэнкі клініка-псіхалагічных параметраў і асаблівасцей сексуальнай сферы ўстанавіць фактары, якія садзейнічаюць фарміраванню сексуальных дысфункцый у жанчын рэпрадуктыўнага ўзросту пры розных формах неўратычных расстройстваў.

Метады даследавання: клініка-псіхапаталагічны, клініка-сексалагічны, эксперыментальна-псіхалагічны, статыстычны.

Атрыманыя вынікі: са 102 жанчын рэпрадуктыўнага ўзросту, якія знаходзяцца ў шлюбе і праходзілі стацыянарнае лячэнне ў сувязі з рознымі неўратычнымі расстройствамі (F 40–F 45, МКХ-10), у 65,7% выяўлены сексуальныя дысфункцыі. Устаноўлена, што неспрыяльныя для жаночай сексуальнасці асаблівасці выхавання і сексалагічнага анамнезу, асабовыя і канстытуцыянальныя характарыстыкі ў 22,4% выпадкаў прыводзяць да фарміравання сексуальных дысфункцый з самага пачатку палавога жыцця і спадарожнічаюць неўратычным парушэнням, што развіліся пазней; у 34,3% выпадкаў – садзейнічаюць узнікненню неўратычных расстройстваў на фоне міжасабовых і сексуальных праблем з мужам; у 43,3% выпадкаў – аблягчаюць развіццё палавых дысфункцый, абумоўленых неўратычнай сімптоматыкай. Выяўлена, што неўратычныя і сексуальныя парушэнні ў жанчын маюць тэндэнцыю да ўзаемнага ўзмацнення, і гэта негатыўна ўплывае як на працяканне неўратычнага расстройства, так і на задаволенасць адносінамі ў шлюбе і якасцю жыцця ў цэлым. У пацыентак з неўратычнымі расстройствамі, асабліва са спалучанай неўратычнай і сексуальнай паталогіяй, пераважалі адмоўныя рэпрадуктыўныя ўстаноўкі, зарэгістраваны больш нізкія паказчыкі нараджальнасці і больш высокая частата штучнага перарывання цяжарнасці, чым у жанчын без неўратычнай сімптоматыкі. Таму эфектыўная карэкцыя неўратычных і палавых расстройстваў у жанчын дзетанароджальнага ўзросту важная не толькі для паляпшэння іх псіхічнага і сексуальнага здароўя, але і ў мэтах больш поўнай рэалізацыі імі свайго рэпрадуктыўнага патэнцыялу, што будзе садзейнічаць стабілізацыі дэмаграфічнай сітуацыі, якая склалася ў нашай краіне.

Галіна прымянення: псіхіятрыя, медыцынская псіхалогія, сексалагія.

РЕЗЮМЕ

Березовская Наталья Анатольевна

Сексуальное здоровье женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами

Ключевые слова: невротические расстройства, сексуальные дисфункции, репродуктивный возраст, механизмы формирования.

Объект исследования: женщины репродуктивного возраста (18–45 лет), состоящие в браке, страдающие психическими расстройствами невротического регистра (F40–F45, МКБ-10), проходившие лечение в условиях стационара.

Цель исследования: на основании комплексной оценки клинико-психологических параметров и особенностей сексуальной сферы установить факторы, способствующие формированию сексуальных дисфункций у женщин репродуктивного возраста при различных формах невротических расстройств.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-сексологический, экспериментально-психологический, статистический.

Полученные результаты: из 102 замужних женщин репродуктивного возраста, проходивших стационарное лечение в связи с различными невротическими расстройствами (F40–F45, МКБ-10) у 65,7% выявлены сексуальные дисфункции. Установлено, что неблагоприятные для женской сексуальности особенности воспитания и сексологического анамнеза, личностные и конституциональные характеристики в 22,4% случаев приводят к формированию сексуальных дисфункций с самого начала половой жизни и сопутствуют развившимся позднее невротическим нарушениям; в 34,3% случаев – способствуют возникновению невротических расстройств на фоне межличностных и сексуальных проблем с супругом; в 43,3% случаев – облегчают развитие половых дисфункций, обусловленных невротической симптоматикой. Обнаружено, что невротические и сексуальные нарушения у женщин имеют тенденцию к взаимному усилению, что негативно влияет как на течение невротического расстройства, так и на удовлетворенность супружескими отношениями и качеством жизни в целом. У пациенток с невротическими расстройствами, в особенности с сочетанной невротической и сексуальной патологией, преобладали отрицательные репродуктивные установки, зарегистрированы более низкие показатели рождаемости и более высокая частота искусственных прерываний беременности, чем у женщин без невротической симптоматики. Поэтому эффективная коррекция невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста важна не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях более полной реализации ими своего репродуктивного потенциала, что будет способствовать стабилизации демографической ситуации в нашей стране.

Область применения: психиатрия, медицинская психология, сексология.