

Сексуальная сфера женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами

Белорусский государственный медицинский университет

В статье приводятся результаты исследования сексуальной функции 102 замужних женщин репродуктивного возраста ($35.3 \pm 4,1$ -лет), проходившие лечение в РНПЦ психического здоровья в связи с невротическими расстройствами (F40-F45 МКБ-10). При сексологическом обследовании у 67 из 102 женщин (65,7 %) были обнаружены сексуальные дисфункции (F52). Таким образом, практически у 2/3 белорусских женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами, наблюдаются сексуальные дисфункции, что говорит о высокой коморбидности этих расстройств. Было обнаружено, что невротические и сексуальные нарушения имеют тенденцию к взаимному усилению друг друга. Так называемый "порочный круг" негативно влияет на течение невротического расстройства и на удовлетворенность супружескими отношениями.

Ключевые слова: невротическое расстройство, сексуальные дисфункции, сочетание, репродуктивный возраст.

В течение XX столетия средневзвешенный среднегодовой показатель распространенности всех психических и поведенческих расстройств в мире вырос в 10 раз [6]. В большинстве стран мира к началу XXI века 5–7% населения страдало психотическими и 15–23% — пограничными психическими расстройствами [6, 8]. Причем если количество психозов увеличилось с 1900 года в 3,8 раза, то число неврозов и различных невротических расстройств возросло в 61,7 раза! [6]. В их число входят и сексуальные дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием, которые согласно МКБ-10 отнесены к психическим и поведенческим расстройствам [5]. Причем психогенные половые дисфункции нередко сочетаются с другими психопатологическими нарушениями невротического регистра. По мнению З. Старовича (1985), связи между психопатологией и половыми дисфункциями могут быть тройными: сексуальные нарушения как следствие, как причина или как один из симптомов психического заболевания [13]. Это в полной мере относится к невротическим и сексуальным расстройствам у женщин. Проблемы в интимной жизни являются одной из частых причин конфликтов между партнерами и их невротизации [3, 4]. Кроме того, известно, что неврозы облегчают возникновение половых дисфункций и связанных с ними проблем в сексуальных отношениях [2, 10, 11]. Все это негативно влияет не только на удовлетворенность женщин своим супружеством, но нередко, приводит к общей пессимистической оценке перспектив брачного союза и способствуют формированию у женщин отрицательных репродуктивных установок. Поэтому изучение особенностей половой функции женщин с невротическими расстройствами является важной научно-практической задачей. Исследование по данной тематике является первым в Республике Беларусь.

Цель настоящего исследования – всесторонняя оценка психического состояния и сексуальной сферы женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами.

Объект исследования: женщины репродуктивного возраста с невротическими расстройствами, проходящие лечение в условиях стационара.

Предмет исследования: психологические особенности и психический статус, а также половая функция у женщин с невротическими расстройствами в возрасте 18-45 лет; взаимовлияние сексуальных и невротических расстройств.

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);
- информированное согласие на участие в исследовании;
- отсутствие выраженной сомато-неврологической и гинекологической патологии.

Выборка исследования: 102 женщины 18-45 лет с невротическими расстройствами (F40 – F45), находившиеся на стационарном лечении в ГУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» (основная группа) и 67 женщин без какой либо невротической симптоматики (контрольная группа).

Гипотеза исследования: предполагается, что наличие невротических расстройств негативно влияет на супружеские (партнерские) и сексуальные отношения большинства женщин детородного возраста. В свою очередь, имеющиеся сексуальные проблемы у женщин, могут способствовать возникновению либо усугублению невротической симптоматики. По-видимому, психические и сексуальные расстройства имеют тенденцию к взаимному усилению с формированием «порочного круга», что оказывает дополнительное негативное влияние на качество жизни таких женщин, ставит под сомнение перспективу полноценных супружеских отношений и может ограничивать реализацию женской репродуктивной функции.

Материалы и методы

Всего нами обследовано 169 женщин. Основную группу из 102 человек составили замужние женщины репродуктивного возраста, страдающие невротическими, связанными со стрессом, а также диссоциативными и соматоформными расстройствами, проходившие стационарное лечение в ГУ «РКПБ» в 2007-08 гг.

Контрольную группу составили 67 замужних женщин детородного возраста без каких-либо невротических расстройств. Основная и контрольная группа достоверно не различались по среднему возрасту $33,5 \pm 8,2$ лет и $32,9 \pm 7,6$ лет и другим социодемографическим показателям.

В зависимости от преобладающей невротической симптоматики и наличия либо отсутствия сексуальной патологии основная группа была разделена на 4 подгруппы:

1-я – женщины с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями;

2-я – женщины с тревожными, адаптационными расстройствами без сексуальных дисфункций;

3-я – женщины с диссоциативными, соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями;

4-я – женщины с диссоциативными, соматоформными расстройствами без сексуальных дисфункций.

Контрольная группа в ходе исследования была разделена на 2 подгруппы в зависимости от наличия либо отсутствия сексуальной патологии: 5-я – женщины без сексуальных дисфункций, 6-я – женщины с сексуальными дисфункциями.

Методы исследования: клиничко-психопатологический, клиничко-сексологический, экспериментально-психологический и статистический с использованием пакета программ SPSS 11,5. При клиничко-сексологическом обследовании использовались карта сексологического обследования (по Г.С. Васильченко, 1977), опросник СФЖ, методика диагностики кроссполоролевых акцентуаций полоролевого поведения Б. Е. Алексеева. Для определения степени удовлетворенности/неудовлетворенности браком использовался опросник В. В. Столина, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко. Проводились оценка ситуационной и личностной тревожности (опросник Спилбергера-Ханина), оценка уровня депрессии (опросник Бека), оценка астении (опросник MFI-20). Исследование структуры личности проведено при помощи пятифакторного опросника личности (5 PFQ) Х. Тсуи в адаптации А. Б. Хромова. Для определения типа акцентуаций личности применялся опросник Шмишека-Леонгарда.

Результаты и их обсуждение

У всех женщин основной группы отмечались психопатологические нарушения невротического спектра: тревожные, тревожно-фобические и адаптационные расстройства, а также диссоциативные (конверсионные) и соматоформные расстройства. Наиболее широко были представлены: смешанные тревожные и депрессивные расстройства (17%), расстройства адаптации (14%), соматоформная вегетативная дисфункция (12%), диссоциативные расстройства моторики и ощущений (11 %), недифференцированные соматоформные (7%) и панические расстройства (5%).

Согласно формализованным критериям МКБ-10 у 67 из 102 женщин основной группы (65,7%) следующие половые дисфункции: потеря полового влечения – (26,9 %), сексуальное отвращение – (10,4%), недостаточность генитальной реакции – (11,9%), оргазмическая дисфункция – (43,3%), диспареуния неорганической природы – (7,5%).

В контрольной группе половые дисфункции выявлены лишь у 15 из 67 женщин (22,4%). В их числе: отсутствие или потеря полового влечения – (10,4%), недостаточность генитальной реакции – (3%), оргазмическая дисфункция – (9%), причем большинство женщин заявили, что не считают их серьезной проблемой, требующей обращения к специалисту.

В зависимости от наличия или отсутствия сексуальных дисфункций основная и контрольная группы были разбиты на две подгруппы каждая. Во

всех подгруппах определены типовой профиль СФЖ, показатели Кг, Ка, Ка/Кг, средняя шкальная оценка М-Ф измерения и полоролевого поведения (М-Ф), а также степень удовлетворенности браком, уровни реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревоги, депрессии, выраженные в баллах, а также уровень астенизации в подгруппах в % от их общей численности (см. табл. 1).

Таблица 1

	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)		
по- вой про- филь 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 /6,5/3,6 – 29,9	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 /3,5/4,3 /4,1,9 – 19,6	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 (M±σ)	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 (M±σ)	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 (M±σ)	0,68 ± 0,22*	0,96 ±0,26	1,21 ± 0,24*	0,92 ±0,25	0,8± 0,1	0,9± 0,2
Уд- летво- рен. бра- ком (M±σ)	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 (M±σ)	48,7 ±12,1*	39,6 ±8,7**	37,2 ±7,6**	35,9 ±11,6**	18,9 ±7,5**	21,2 ±10,8**
ЛТ	57,9	48,8	54,2	45,9	23,2	27,1

(M±σ)	±9,6*	±7,2**	±10,2*	±12,5**	±5,7**	±12,8**
Де- прес- сия (M±σ)	19,5 ±8,3*	14,5 ±6,9	16,6 ±8,2**	12,1 ±7,1	8,2 ±3,9**	9,1 ±7,4
М- Ф (M±σ)	0,430 ±0,01**	0,41 5 ±0,01**	0,43 2 ±0,01**	0,42 6 ±0,02**	0,231 ±0,0 1**	0,225 ±0,0 9**
Об- щая аст е- ния (в %)	44,4*	27,8	38,7	35,3	-	11,5

Примечание: * - различия достоверны в подгруппах внутри каждой из двух групп, ** - различия достоверны между подгруппами основной и контрольной групп

Анализ типового профиля СФЖ, отражающего наиболее важные показатели женской сексуальности, позволил выявить вполне предсказуемые различия в общих (прогностических) показателях СФЖ в подгруппах основной и контрольной групп с сексологическими нарушениями и без таковых. 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 – 29,9 ($p < 0,001$). 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 достоверно 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 19,6 соответственно ($p < 0,001$). Анализ типового профиля СФЖ показал, что в подгруппе женщин, страдающих диссоциативными либо соматоформными расстройствами, регистрируются самые низкие значения 2-го показателя, что указывает на негативное либо индифферентное отношение большей части из них к половой активности. В этой же подгруппе отмечаются наиболее низкая способность к сексуальному возбуждению, индикатором которого является выделение влагалищной слизи к началу полового акта (3-й показатель) и наибольшие проблемы с достижением оргазма (4-й показатель).

Среди женщин с невротическими расстройствами в обеих подгруппах преобладали слабая и ослабленный вариант средней половой конституции (средние значения Кг располагались в диапазоне от 2,9 до 3,9). Напротив, в

обоих 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 [4, 7]. В подгруппе женщин с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями уровень сексуальной активности (Ка) оказался наименьшим среди всех подгрупп основной и контрольной группы, а показатель $Ка/Кг = 0,68 \pm 0,22$ 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, в первом случае низкая половая активность блокирует конституциональные (потенциальные) сексуальные возможности женщин и это несоответствие находит свое отражение в наиболее низком отношении Ка/Кг. Во втором случае имеет место обратная ситуация, которую отражает соотношение Ка/Кг превышающее 1,0. Это означает, что женщины с низкими конституциональными параметрами 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 нежелательными, тягостными для женщин половыми контактами.

Степень удовлетворенности браком у женщин с невротическими и сексуальными расстройствами основной группы достоверно отличаются от показателей у женщин без сексуальных дисфункций и от показателей в обеих подгруппах женщин контрольной групп. Так средний показатель в подгруппе с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями равен $22,0 \pm 6,6$, а в подгруппе женщин с диссоциативными, соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями еще ниже – $21,2 \pm 5,7$. Полученные данные указывают на то, что в обеих подгруппах у женщин имеется значительная неудовлетворенность брачными отношениями. В подгруппах основной группы с отсутствием сексуальных дисфункций эти показатели были достоверно выше ($p < 0,01$), составляя соответственно $32,8 \pm 9,5$ (скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность) и $34,1 \pm 7,4$ (значительная удовлетворенность) и свидетельствуя о том, что эти женщины вполне удовлетворены своим браком. В обеих подгруппах контрольной группы эти показатели несколько различаются между собой: при наличии сексуальных дисфункций женщины скорее удовлетворены браком, чем нет – $31,2 \pm 5,9$; а при их отсутствии наблюдается значительная удовлетворенность браком – $34,3 \pm 6,6$.

Таким образом, женщины с сочетанными невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями выражают наибольшее недовольство существующими супружескими отношениями, что, несомненно, является для них дополнительным источником хронической психо-

травматизации и, возможно, препятствием для обращения за сексологической помощью (многие из них заявляют, что не верят в возможность улучшения интимных отношений в существующем браке). С другой стороны более высокая степень удовлетворенности браком женщин с невротическими расстройствами, но без сексуальных проблем, указывает на то, что хорошие супружеские отношения даже при наличии невротической симптоматики способствуют более гармоничным интимным отношениям, а сексуальная удовлетворенность чаще сопряжена с положительной оценкой брака в целом.

У женщин без каких либо невротических расстройств (контрольная группа) отсутствовали значимые различия в отношении к браку в зависимости от наличия или отсутствия у них сексуальных дисфункций. Объяснить это обстоятельство можно тем, что у женщин контрольной группы нарушения сексуальной функции регистрировались на основании формальных критериев МКБ-10. Однако в своем большинстве выявленные сексуальные дисфункции их не тяготили и не являлись источником конфликтов на сексуальной почве, в силу чего они вряд ли могли оказывать существенное влияние на супружеские отношения либо приводить женщин к невротизации. Полученные данные вполне соответствуют позиции Междисциплинарного совета по согласованию терминов, который, основываясь на классификационных системах МКБ-10 и DSM-IV, предложил ряд изменений в трактовке нарушений половой функции у женщин. В частности, те или иные отклонения в сексуальном функционировании считаются расстройством только в том случае, если они вызывают стресс у женщины [9, 12, 14].

Средние показатели шкальных оценок М-Ф измерения и полоролевого поведения во всех подгруппах основной группы женщин составляют от 0,415 до 0,432 и достоверно не различаются между собой (табл.1). Полученные показатели соответствуют средним значениям шкальных оценок М-Ф измерения характерных для скрытой кроссполовой акцентуации – 0,402 при $p < 0,05$ [1]. В подгруппах контроля независимо от наличия или отсутствия у женщин сексуальных дисфункций эти показатели оказались достоверно ниже ($p < 0,01$), чем в каждой из подгрупп основной группы – 0,231 и 0,225 соответственно, что свидетельствует об отсутствии у них кроссполоролевых акцентуаций. Все это позволяет предположить, что кроссполоролевые акцентуации у женщин являются одним из факторов, предрасполагающих к формированию невротических расстройств. Вместе с тем нет оснований считать, что они способствуют возникновению женских половых дисфункций.

Нами изучена динамика шкальной оценки акцентуации М-Ф измерения и полоролевого поведения во всех подгруппах основной и контрольной групп. Как следует из данных методики Б. Е. Алексеева (2006), представленных на рис.1, некоторые черты маскулинности в подгруппах женщин с невротическими и сексуальными расстройствами наблюдались с раннего возраста.

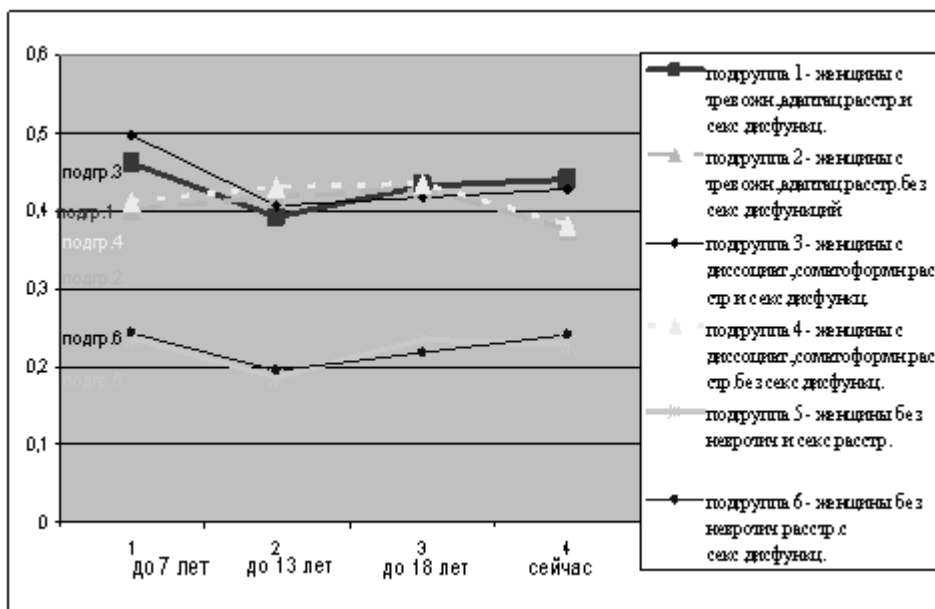


Рис.1 Динамика шкальной оценки акцентуации М–Ф измерения и полоролевого поведения

До 13 лет происходило постепенное снижение выраженности скрытой кроссполовой акцентуации, а после 13 лет ее проявления начали очень медленно нарастать (рис. 1). В обеих подгруппах женщин с невротическими расстройствами, но без сексуальных дисфункций проявления скрытой кроссполовой акцентуации, отмечались уже с раннего возраста и практически не претерпевали изменений до 18 лет. Затем наметилась тенденция к снижению средней шкальной оценки акцентуации М-Ф измерения, что говорит о некотором снижении у них с возрастом маскулинных черт характера и поведения. Можно допустить, что последнее обстоятельство играет позитивную роль в их сексуальном функционировании.

Обследование по методике Шмишека-Леонгарда. Позволило выявить эмотивную акцентуацию у 41,7% женщин страдающих тревожными и адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями. Как известно, эмотивная акцентуация обуславливает наличие таких качеств, как чувствительность, впечатлительность, отзывчивость, которые традиционно ценятся и являются «желательными» для женщин. Они готовы жертвовать своими интересами, включая чувственную удовлетворенность, во благо партнера. Однако нарастающий внутренний дискомфорт из-за частого подавления собственной сексуальности во имя поддержания видимости супружеского благополучия, в конце концов, приводит к возникновению невротической симптоматики. При этом фокус внимания смещается на плохое самочувствие, а эмоциональные нарушения и многочисленные телесные сенсации быстро оттесняют нереализуемые в должной мере сексуальные потребности на второй план. Любопытно, что эмотивная акцентуация чаще всего встречается и в подгруппе женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (29,4 %). Однако в последнем случае она может усиливать невротическую симптоматику из-за нарастающего внутреннего конфликта связанного с малой

привлекательностью половой жизни и, в то же время, необходимостью «исполнять супружеский долг». Вероятно, эмотивная акцентуация характера также в целом облегчает невротическое реагирование в неблагоприятных жизненных ситуациях.

В группе больных с тревожными и адаптационными расстройствами уровни реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности были достоверно 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. В группе больных с соматоформными и диссоциативными расстройствами достоверные различия в подгруппах прослеживались только по уровню ЛТ, которая была выше в подгруппе больных с сексуальными дисфункциями (табл. 1). Вероятно, в данном случае более высокая ЛТ являлась дополнительным фактором, способствующим возникновению у них нарушений в половой сфере.

По опроснику Бека уровень депрессии в основной группе был несколько выше в подгруппах больных с сексуальными дисфункциями (соответствовал умеренно выраженной депрессии), а у больных без половых нарушений свидетельствовал о субдепрессии (табл. 1). Известно, что усиление депрессивных проявлений приводит к снижению либидо и полового удовлетворения.

Явления общей астении достоверно чаще встречались у больных с тревожными и адаптационными расстройствами в подгруппе больных с сексуальными дисфункциями, чем без таковых (табл. 1). Выраженная астенизация, вероятно, также способствовала у них снижению половой активности и дезактуализации сексуальной сферы. В подгруппах больных с диссоциативными и соматоформными расстройствами достоверных различий выявлено не было.

Отметим, что жалобы сексологического характера активно предъявляли лишь 12 из 67 женщин (19,7%), с невротическими расстройствами и нарушениями половой функции. Проведенный анализ показал, что 10 из них страдали сексуальной аверсией или диспареунией, т.е. теми сексуальными дисфункциями, которые создают наибольший эмоциональный и телесный дискомфорт, вынуждая больных обращаться за помощью. Остальные избегали обсуждения сексуальных затруднений с лечащим врачом. Во многом это было связано с тем, что у большинства больных с тревожными и адаптационными расстройствами на фоне усиления психических и сомато-вегетативных проявлений тревоги произошла дезактуализация сексуальной сферы, т.е. утратился интерес к половой жизни. Сходная картина отмечалась у больных с соматоформными расстройствами: многочисленные и весьма неприятные телесные сенсации и нарастающая астенизация, оттесняли мысли и желания сексуального характера на задний план. Женщины с диссоциативными расстройствами, чаще не имели истинного сексуального влечения, обнаруживая задержки психосексуального развития на стадии формирования эротического либидо. Многие из них тяготились необходимостью вступить в половой акт,

который часто являлся для них лишь обременительным способом манипулирования партнером. На фоне возникновения или усугубления конверсионной симптоматики, они охотно ограничивали до минимума сексуальные контакты, мотивируя это плохим самочувствием. Такого рода «вторичная выгода» невротической симптоматики, несомненно, затрудняла ее эффективную коррекцию.

Среди 67 женщин основной группы, имеющих сексуальные дисфункции у 9 женщин с расстройствами адаптации, 8 женщин с тревожными расстройствами и 6 женщин с соматоформными расстройствами возникновению массивной невротической симптоматики, дезактуализирующей сексуальную сферу, непосредственно предшествовали сексуальные нарушения (вторичная аноргазмия, аверсия, диспареуния), которые привели к нарастанию сексуальной неудовлетворенности и супружеским конфликтам. Таким образом, существующие сексуальные дисфункции и связанные с ними проблемы в супружестве, у 34,3 % женщин явились важным фактором формирования невротических расстройств, клиническая симптоматика которых оттесняла на второй план длительно фрустрированные сексуальные потребности, чем достигалась своеобразная «вторичная выгода»: фиксация на имеющихся болезненных проявлениях невроза, как альтернатива нарастающим супружеским конфликтам на почве неудовлетворенных сексуальных потребностей.

У 29 больных (43,3 %) прослежена временная взаимосвязь между возникновением или нарастанием массивной невротической симптоматики и развитием сексуальных дисфункций, которые фактически выступали как одно из проявлений имеющегося невротического расстройства. У 15 женщин (22,4%) зрелая сексуальность вообще не пробудилась, а половые дисфункции (алибидемия, аноргазмия), которые они отмечали с начала половой жизни и никогда не считали их серьезной проблемой, на фоне невротического расстройства не претерпели существенных изменений.

Выводы

При обследовании основной группы из 102 женщин детородного возраста с невротическими расстройствами в 65,7% случаев были выявлены те или иные половые дисфункции. В контрольной группе из 67 женщин без каких-либо невротических расстройств, сексуальные дисфункции регистрировались в 3 раза реже (22,4%). Полученные данные указывают на высокую коморбидность невротических расстройств и сексуальных дисфункций, что необходимо учитывать при проведении терапии.

Установлена низкая степень удовлетворенности браком у женщин с тревожными, адаптационными расстройствами, диссоциативными, соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями, о чем свидетельствуют показатели опросника Столина, которые достоверно отличаются от показателей в подгруппах у женщин, страдающих невротическими расстройствами без сексуальных дисфункций и от показателей в обеих подгруппах женщин контрольной групп.

Преобладание более выраженной тревожно-депрессивной симптоматики и астении в подгруппах больных с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями свидетельствуют как о большей тяжести психопатологических проявлений, негативно влияющих на половую сферу, так и об усилении в ряде случаев невротической симптоматики на фоне нарастающей сексуальной дезадаптации.

Установлено, что сексуальные дисфункции у женщин с невротическими расстройствами, могут выступать в качестве ведущего фактора их развития (34,3 %), впервые возникать как одно из его проявлений (43,3%) либо сопутствовать невротическим расстройствам, обусловленным иными психогениями (22,4%). Более чем у половины женщин с невротическими расстройствами психопатологические и субъективно значимые сексуальные нарушения имеют тенденцию к взаимному усилению с формированием «порочного круга», что в целом негативно влияет как на течение невротических расстройств, так и на удовлетворенность интимными отношениями и браком в целом, порождая пессимистическое видение перспектив брачного союза.

Литература

1. Алексеев, Б. Е. Полоролевое поведение и его акцентуации / Б. Е. Алексеев. СПб.: Речь, 2006. 144с.
2. Имелинский, К. Сексология и сексопатология: пер. с польск. / К. Имелинский. М.: Медицина, 1986. 423 с.
3. Либих, С. С. Сексуальные дисгармонии. / С. С. Либих, В. И. Фридкин. Ташкент: Медицина, 1990. 142 с.
4. Липгарт, Н. К. Невротические расстройства у мужчин и женщин при сексуальной дезадаптации супружеской пары. / Неврозы и сексуальные расстройства / Н. К. Липгарт, С. Т. Агарков, Т. Е. Агаркова. Воронеж, 1985. С. 48–83.
5. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: Адис, 1994. 304 с.
6. Петраков, Б. Д. Основные закономерности распространения психических болезней в современном мире и в Российской Федерации / Б. Д. Петраков // XII съезд психиатров России: материалы XII съезда психиатров России. М., 1995. С. 98–99.
7. Сексопатология: справ. / под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. 576 с.
8. Юрьева, Л. Н. Динамика распространения психических и поведенческих расстройств в мире и в Украине / Л. Н. Юрьева // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 32–33.
9. Basson, R. Androgen 'deficiency' in women is problematic / R. Basson, G. Bourgeois-Law, J. Fourcroy [et al.] // Med Aspects Hum Sex. 2001. Sep; 1 (6). 41–3p.
10. Garcia, S. Prevalence of Sexual Dysfunction in Female Outpatients and Personnel at a Colombian Hospital: Correlation with Hormonal Profile / S. Garcia, S. Moreno, H. Aponte // The J Sex Med. 2008; 5: P. 1209–1214.

11. Kaplan, H. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy / H. Kaplan. New York: Brunner/Mazel, 1987. 248 p.
12. Rosen, R. Case studies in sex therapy / R. Rosen, S. Leiblum // New York: Guilford Press, 1995. 324 p.
13. Starowicz, Z. Terapia seksualna i malzenska w zaburzeniach psychicznych / Z. Starowicz. Warszawa: PZWL, 1985. 158 s.
14. Woody, J. Theating sexual distress / J. Woody // Newbury Park, CA: Sage Publicitions. 1992. 302 p.