

свидетельствуют также о сложном генезе супружеской дезадаптации при рассматриваемой патологии, в который вносят свой вклад нарушения взаимодействия супругов на всех вероятностных уровнях, что следует учитывать при диагностике и психотерапевтической коррекции.

Список литературы

1. Маслова В. М., Ботнева И. Л., Васильченко Г. С.. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология. — М.: Медицина, 1983. — С. 27—108.
2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Медгиз, 1933. — 186 с.
3. Личко А. Е.. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
4. Crooks R., Baur K.. Our Sexuality. — The Benjamin Cummings Publishing Company, 1990. — 850 p.
5. В. Л. Зелонджев. Нарушение сексуального здоровья при психопатии шизоидного типа: Метод. пособие для врачей-сексологов. — Сочи, 1988. — С. 85—90.
6. Кристаль В. В., Григорян С. Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. — 1998. — 441 с.

Надійшла до редакції 16.08.2007 р.

М. А. Денеко

Статевий розвиток і сексуальність жінок з шизоїдним та параноїдним розладом особистості

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня
ім. А. Ф. Мальцева
(Полтава)

Показано особливості статевого розвитку і сексуальної сфери жінок за шизоїдного та параноїдного розладу особистості. Виявлено причини, механізми розвитку і прояви подружньої дезадаптації за тієї чи іншої патології у жінки.

М. А. Deneko

Sexual development and sexuality in female patients with schizoid and paranoid personality disorders

Poltava Regional Psychoneurological Hospital
named after A. F. Maltsev
(Poltava)

Peculiarities of a sexual development and a sexual sphere in female patients with schizoid and paranoid personality disorders. Causes, mechanisms of development and manifestation of a marriage disadaptation in both pathologies in a wife.

УДК 616.89-008.442:616.89-008.454-055.2

Л. В. Кожекару, канд. мед. наук, доцент

Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИН

Патогенез и клинические проявления сексуальной дисфункции у женщин при различных формах невротических расстройств рассматриваются в ряде работ [1, 3, 5], предлагаются и методы ее лечения [1, 6]. Однако в этих работах исследуется преимущественно вторичное вовлечение в патологический процесс сексуальной функции при невротических расстройствах, обусловленных различными психотравмирующими ситуациями, причем в большинстве случаев принимается во внимание только состояние сексуальной функции самого больного и, как правило, недостаточно учитывается парный и многоуровневый характер сексуальной функции и тот факт, что ее нарушение у жены ведет к возникновению сексуальных расстройств у мужа и, следовательно, к развитию у них невротической реакции на нарушение сексуальной функции у жены и на супружескую дезадаптацию [1].

Разработка и внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции дезадаптации супружеской пары представляет собой весьма сложную проблему [1, 2]. Сложность ее связана с многообразием причин нарушения супружеской адаптации, полиморфностью ее проявлений и, главное, с тем, что в генезе супружеской дезадаптации едва ли не определяющее значение имеют особенности личности каждого из супругов и их сочетание в супружеской паре [1, 3, 7]. А то обстоятельство, что супружеская дезадаптация является одной из самых частых причин распада семьи, придает этой проблеме и социальное звучание.

Согласно международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмот-

ра невротические депрессии относятся к рубрике F 34.1 и определяются как хроническое депрессивное настроение, которое в настоящее время не отвечает описанию рекуррентного депрессивного расстройства, легкой или умеренной тяжести (F 33.0 или F 33.1) ни по тяжести, ни по длительности отдельных эпизодов (хотя в прошлом могли быть отдельные эпизоды, отвечающие критериям легкого депрессивного эпизода, особенно в начале расстройства) [4].

Целью настоящей работы было изучение нарушений сексуального здоровья при невротических депрессиях, как одной из наиболее часто встречающихся форм невротического расстройства у женщин.

Под нашим наблюдением находились 93 супружеские пары, в которых у женщин в ходе комплексного обследования был установлен диагноз невротической депрессии. У 79 (85 ± 4 %) из них имела место супружеская дезадаптация, у остальных (15 ± 4 %) дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие невротической депрессии у женщин. Эти супруги были обследованы в качестве контрольной группы. По данным первоначального и контрольных обследований, невротическая депрессия отмечалась на протяжении 2-х лет.

При изучении взаимосвязи сексуального нарушения с фазой невротического расстройства у женщин было установлено, что у 55 ± 5 % из них сексуальная дисфункция наблюдалась в период невротического расстройства, у остальных — и вне его, но носила при этом менее выраженный характер.

Все находившиеся под нашим наблюдением женщины были подвергнуты всестороннему комплексному обследованию, которое включало клинико- и психо-

диагностические, психологические и социологические исследования. В данном сообщении рассмотрены только результаты сексологического исследования.

В клиническое обследование женщин входило изучение анамнеза жизни, исследование соматического (в том числе неврологического) состояния, преморбидных особенностей характера и психического состояния женщин.

Состояние сексуального здоровья исследовали методом системно-структурного анализа по В. В. Кришталю [3]. Системный анализ сексуального здоровья предусматривает, в зависимости от уровня взаимодействия супругов, выделение следующих компонентов: социального, психологического, социально-психологического, анатомо-физиологического. При оценке состояния социального компонента выделяли социокультурную и информационно-оценочную составляющие. Анатомо-физиологический компонент включал психическую, нейрогуморальную, нейрорегуляторную и генитальную составляющие.

Сексологическое обследование проводили с помощью разработанной на кафедре сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования методике обследования сексологических больных [3], позволяющей всесторонне охарактеризовать сомато- и психосексуальное развитие, состояние сексуального здоровья женщины. В то же время указанный метод сексологического обследования супружеской пары дает возможность получить целый ряд характеристик общесоматического, психического и психологического состояния каждого из супругов.

Для изучения характера и особенностей сексуальных нарушений в зависимости от стадий копулятивного цикла использовали шкалу СФЖ (сексуальная формула женская).

Тип половой конституции определяли у женщин по методике разработанной И. Л. Ботневой с сотрудниками [5].

Полученные в исследовании данные обработаны с помощью таблицы процентов и их ошибок.

Изучение анкетных данных шкалы СФЖ позволило установить, что у всех женщин отмечалось нарушение психической регуляции копулятивного цикла, у $68 \pm 5\%$ из них — сочетанное нарушение нейрогуморальной и психической регуляции. Кроме того, у $59 \pm 5\%$ и у $36 \pm 5\%$ пациенток наблюдались соответственно нарушения нейрорегуляторной и генитальной составляющих копулятивного цикла.

У $59 \pm 5\%$ обследованных женщин были определены различные варианты слабого типа половой конституции, у остальных — ослабленный и средний вариант типа половой конституции.

Клинически сексуальная дисфункция проявлялась у всех обследованных нами женщин ослаблением полового влечения, снижением сексуальной активности (вплоть до отказа от половой жизни у $40 \pm 5\%$). У мужей возникали чувства тревоги (у $39 \pm 5\%$) и страха сексуального общения (у $33 \pm 5\%$) реактивного характера.

Учитывая, что у женщин ведущим клиническим проявлением сексуальной дисфункции является ослабление оргастических ощущений или отсутствие оргазма, мы исследовали состояние оргазмической функции женщин с невротической депрессией на феноменологическом уровне.

Клинические варианты оргазмической дисфункции у женщин

Феноменология оргазмической дисфункции	Невротическая депрессия, n = 93	
	абс. число	%
<i>Первый вариант:</i> абсолютная аноргазмия	42	45 ± 5
<i>Второй вариант:</i> относительная аноргазмия	25	27 ± 5
1-й тип	14	15 ± 4
2-й тип	11	12 ± 4
<i>Третий вариант:</i> снижение процента оргастичности	72	77 ± 4
<i>Четвертый вариант:</i> гипооргазмия	12	13 ± 4

При абсолютной аноргазмии женщины никогда не достигали оргазма ни в половом акте, ни при мастурбации или петтинге.

При втором варианте были выделены два типа аноргазмии: с завышенным психоэмоциональным предпочтением, когда оргазм мог наступить только при определенных условиях (мужчина определенного типа, благоприятная обстановка для завершения полового акта, легкое опьянение и т. д.), и с включением в сексуальную стимуляцию особых тактильных ощущений, получение которых было необходимо для усиления сексуальных ощущений. Это было связано со слабым развитием у женщин генитальных и внегенитальных эрогенных зон, недостаточной рецепторной чувствительностью этих зон и неправильным воздействием на них в предварительном периоде при половом акте. В ряде случаев имело место отсутствие в прошлом мастурбации ($34 \pm 5\%$) и редко практикуемая мастурбация ($27 \pm 5\%$).

Третий вариант оргазмической дисфункции — снижение процента оргастичности до 10% — отмечался у женщин со слабой половой конституцией, составивших $39 \pm 5\%$ обследованных.

Четвертый вариант — гипооргазмия, которая развивалась под влиянием социогенных, психогенных или соматогенных факторов и выражалась в слабости оргастических ощущений.

Проведенное нами исследование позволило установить, что у $55 \pm 5\%$ больных невротической депрессией женщин описанные сексуальные нарушения имели место в период невротического расстройства и соответствовали психическим нарушениям этой фазы. У остальных обследованных сексуальные расстройства наблюдались и вне фазы обострения заболевания и носили менее выраженный характер.

Клиническими проявлениями сексуальной дисфункции были ослабление или отсутствие полового влечения, снижение сексуальной активности, оргазмическая дисфункция.

Клиническими вариантами последней являлись снижение процента оргастичности, абсолютная и относительная аноргазмия двух типов.

В результате проведенного исследования было установлено, что наблюдающиеся у женщин с невротической депрессией нарушения сексуального здоровья возникают при наличии у них явных акцентуаций характера и могут быть первичными, проявляющимися в сексуальной дезадаптации и сексуальной дисфункции,

и вторичными, проявляющимися в сексуальной дисфункции. Первичные сексуальные нарушения, значительно более многочисленные и разнообразные по форме, служат психотравмой, которая приводит к развитию невротической депрессии. Вторичная сексуальная дисфункция является следствием этих расстройств, развившихся в результате несексуальной психотравмы, и зависит от тяжести и длительности их течения. При всех обстоятельствах развитие сексуальных нарушений во многом определяется сексуальным поведением женщины.

Первичная сексуальная дезадаптация проявляется в четырех клинических формах — коммуникативной, полоролевой, сексуально-эротической, конституциональной, каждая из которых имеет свои причины и механизмы развития.

Коммуникативная форма дезадаптации возникает при снижении адаптационных возможностей личности вследствие затруднений в выражении своих сексуальных потребностей и ожиданий на вербальном уровне или отсутствии любви, вплоть до сексуальной и психологической аверсии. В наших наблюдениях сексуальная форма аверсии отмечалась в $22 \pm 4\%$ случаев, психологическая — в $16 \pm 4\%$ случаев.

Полоролевая форма развивается в результате нарушения полоролевого поведения у одного или обоих супругов и неблагоприятного сочетания его в супружеской паре.

Девиации полоролевого поведения женщин проявляются либо в трансформации, либо в гиперролевом их поведении. У женщин с полоролевой формой дезадаптации, как правило, в ходе углубленного анамнестического обследования отмечаются асинхронии полового развития, чаще сочетанного характера $35 \pm 5\%$. Тип сексуальной мотивации — игровой, реже шаблонно-регламентированный. Тип половой конституции у обследованных — средний или слабый. Нередко ($32 \pm 5\%$) сексуальное либидо отсутствует либо слабо выражено при сохранном эротическом либидо. Тип сексуальной культуры чаще невротический, реже гиперролевой.

Сексуально-эротическая форма дезадаптации развивается вследствие дезинформации в области секса и характеризуется расхождением диапазона приемлемости супругов, отсутствием оптимальной техники проведения полового акта, особенно заключительного его периода, и несоответствием сексуального поведения супругов. Нередко также отмечается несоответствие типов сексуальной мотивации, а именно коммуникативно-гедонического, игрового у женщин и генитального у мужчин. Мотивом полового акта как у женщин, так и у мужчин в большинстве случаев служит получение оргазма. При проведении психодиагностических исследований было установлено, что существенным дисгармонирующим фактором при этой форме дезадаптации может служить неблагоприятное сочетание в паре психосексуальных типов мужчины и женщины и, особенно часто, одинаковых — пассивно-подчиняемых их вариантов. Согласно данным психодиагностических исследований, сексуально-эротическая форма дезадаптации развивается у личности с чертами эгоистичности, самовлюбленности, отсутствием сочувствия и сопереживания, а также с такими личностными особенностями, как тревожная мнительность, замкнутость.

Несоответствие половой конституции супругов, особенно при слабой или ослабленной средней по-

ловой конституции, сочетанной асинхронии и недостаточной осведомленности в области сексуальных отношений, — наиболее частая причина развития конституциональной формы дезадаптации. Усугубляющими факторами при этом являются наличие генитального типа сексуальной мотивации, а в качестве мотива полового акта — получение оргазма или выполнение супружеского долга. Сексуальное либидо обычно слабо выражено, сексуальная потребность возникает не чаще 1—2 раз в месяц. Типы сексуальной культуры — невротический и примитивный.

Первичная сексуальная дисфункция у женщин, страдающих невротической депрессией, проявляется в двух формах: паторефлекторной и абстинентной. Механизм развития паторефлекторной формы дисфункции заключается в выработке патологического условного рефлекса, абстинентной формы — в детренированности и угасании сексуальных рефлексов. Вторичная сексуальная дисфункция является следствием связанных с невротической депрессией астении, вегетативных нарушений, дезактуализации сексуальной сферы и дизритмии половой жизни.

Первичная сексуальная дезадаптация, как правило, начинается с самого начала супружеской жизни, за исключением коммуникативной формы, которая может развиваться и постепенно, в течение 1—3 лет. Клинически эта форма проявляется снижением либидо, сексуальной активности, нарушением взаимоотношений супругов, наличием у мужчин тревоги, страха сексуального общения. Полоролевая форма характеризуется фемининным или гипермаскулинным поведением мужчин и его несоответствием полоролевому поведению жены, сексуально-эротическая форма — несоответствием проведения сексуальных контактов желаниям или ожиданиям обоих супругов. Конституциональная форма сексуальной дисфункции проявляется разной сексуальной потребностью и сексуальной активностью супругов, причем качество полового акта может не страдать.

У женщин при всех формах дезадаптации отмечается низкий процент оргастичности и неудовлетворенность взаимоотношениями с мужем.

Существует зависимость между развитием первичной сексуальной дезадаптации и уровнем общей и сексуальной культуры, культуры общения, сексуального опыта супругов. Вторичная сексуальная дисфункция характеризуется дезактуализацией сексуальной сферы и снижением сексуальных проявлений — либидо, сексуальных ощущений.

Результаты психодиагностических исследований свидетельствуют о том, что показатели супружеской адаптации и супружеского счастья при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной и полоролевой ее формах, в большей мере приводящих к актуализации внутриличностного конфликта у женщин. Возникающая при невротических расстройствах вторичная сексуальная дисфункция значительно снижает уровень супружеской адаптации и супружеского счастья.

Выявленные закономерности формирования и проявлений супружеской дезадаптации при невротической депрессии у женщин следует учитывать при психотерапевтической коррекции нарушений сексуального здоровья супружеской пары, в которой у жены наблюдается это расстройство.

Список литературы

1. Гиндикин В. Я, Гурьева В. А. Личностная патология. — М.: Триада — X, 1999. — 206.
 2. Здравомыслов В. Н., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. — Алма-Ата: Казахстан, 1985. — 272 с.
 3. Кришталь В. В., Гульман Б. Л. Сексология. Том. Женская сексология. — Харьков: ЧП Академия сексологических исследований, 1997. — 352 с.
 4. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) — Харьков: Арсис, ЛТД, 2002. — 143 с.

5. Маслов В. М., Ботнева И. П., Васильченко Г. С. Девиации психосексуального развития: Справочник. Сексопатология. — М.: Медицина, 1990. — С. 405—436.
 6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методика и тесты. Уч. пособие. — Самара: Изд-во БАХРАХ-М, 2002. — 672 с.
 7. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — Кишинев: Штиинца, 1991. — 184 с.
 8. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

Надійшла до редакції 30.04.2007 р.

Л. В. Кожекару

Сексуальна дисфункція та подружня дезадаптація при невротичних депресіях у жінок

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

Проведено комплексне обстеження 93 подружніх пар, у яких у жінок було виявлено невротичну депресію. Досліджено стан оргазмічної функції у жінок за невротичної депресії на феноменологічному рівні. Виявлено особливості сексуальної функції за невротичної депресії у жінок, клінічні варіанти оргазмічної дисфункції за цієї хвороби.

Описано форми подружньої дезадаптації. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних чинників у порушенні подружньої адаптації за невротичної депресії у жінок.

L. V. Kozhakar

Sexual dysfunction and spouse disadaptation at neurotic depression in women

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

There were a complex examined of 93 women with neurotic depression in the work. On the phenomenal level it was investigated the stages of state of orgasmic function in women. There are data about peculiarities of sexual dysfunction in women the clinical variant orgasmic dysfunction in this disease. It was described the clinic forms of disadaptation forming. There was shown the role of negative psychological, social, social-psychological factors in disorder of spouses adaptation forming in this pathology.

УДК 616.85+616.1/4 -08-084

А. К. Напреенко¹, Н. А. Марута²

¹Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца (г. Киев),

²ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ПЕРЕНОСИМОСТЬ НОВОГО НЕБЕНЗОДИАЗЕПИНОВОГО АНКСИОЛИТИКА АФОБАЗОЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ ТРЕВОГОЙ

В последнее десятилетие в мире отмечается рост распространенности непсихотических психических расстройств (НПР). Так, в Украине в настоящее время распространенность данной психопатологии составляет более 1 200 случаев на 100 тыс. населения (для сравнения, в 1994 г. — 1 077 на 100 тыс. населения). То есть за последнее десятилетие она возросла в среднем на 15 %. Отечественные и иностранные исследователи это явление объясняют тенденцией к обострению комплексного действия на психику человека неблагоприятных социально-психологических, экономических и экологических факторов. НПР предрасполагают к психосоматическим расстройствам (ПСР) или вторично развиваются в течении соматических заболеваний (соматопсихические расстройства) [14]. Под психосоматическими расстройствами подразумевают нарушение деятельности внутренних органов, в тех случаях, при которых среди причин их возникновения или обострения ведущую роль играют негативные психологические факторы [15, 21, 23]. Увеличение распространенности невротических и других пограничных психических расстройств сопровождается их клиническим патоморфозом. Изменение клинической структуры НПР характеризуется многообразием симптоматики с преобладанием невротической тревоги и депрессии, соматовегетативных феноменов, ипохондрических, астеноипохондрических и других проявлений [3, 10—14, 21, 23].

Такие особенности современных НПР диктуют необходимость поиска новых подходов к диагностике, лечению и профилактике, особенно в случае их течения на неблагоприятном экзогенно-органическом фоне, наличие которого также следует считать распространенным явлением. Лечебно-профилактический комплекс при рассматриваемых заболеваниях, помимо психотерапии и других немедикаментозных воздействий, должен включать психотропные лекарственные препараты, к которым современные специалисты [8, 1—18, 22] предъявляют следующие требования:

- широкий спектр психотропной активности (эффективное влияние на тревожно-депрессивные, ипохондрические и другие симптомы),
- минимальное неблагоприятное (побочное) действие на вегетовисцеральные функции,
- положительный соматотропный эффект (лечебное воздействие на соматоневрологическую сферу),
- минимальная поведенческая токсичность (малая выраженность или отсутствие влияния на сенсомоторные реакции, внимание и т. д.),
- хорошие показатели интеракции с соматотропными лекарственными средствами, благополучная переносимость пациентами с коморбидными соматическими и неврологическими заболеваниями,
- минимальная потребность в титровании дозы препарата.