

## ДЕЗАДАПТАЦИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ МИОМЕ МАТКИ У ЖЕНЫ

Л.А. ВАСЯКИНА

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

**Исследованы причины, механизмы развития и клинические проявления разных форм социально-психологической и сексуальной дезадаптации супругов при миоме матки у жены. Сделан вывод, что полученные результаты открывают возможность разработки патогенетически направленной системы психокоррекции дезадаптации.**

Миома матки представляет собой одно из наиболее распространенных гинекологических заболеваний и нередко сопровождается сексуальным расстройством. Этот факт привлекал внимание многих авторов, посвятивших свои исследования изучению нарушений сексуальной функции женщин с миомой матки [1–6]. Однако неизбежно возникающей при этом сексуальной дезадаптации супружеской пары, несмотря на большое медицинское и социальное значение данной проблемы, касаются лишь единичные работы [7]. Причины, механизмы формирования, течение и клинические проявления супружеской дезадаптации при миоме матки и сочетающейся с ней сексуальной дисфункции у женщин остаются практически не изученными.

Между тем дезадаптация не только ухудшает качество жизни больных, но оказывает отрицательное влияние и на сексуальное, и на общее поведение супругов, приводя к нарушению их сексуального общения, межличностных отношений в семье, а часто и в социуме, к нарушению функционирования семьи, и в конечном счете подрывает прочность брака, становится причиной развода.

Учитывая сказанное, мы поставили перед собой задачу исследовать нарушения сексуального здоровья супружеской пары, в которой жена страдает миомой матки.

Под наблюдением находились 127 супружеских пар с данной патологией у жены. У 97 из этих пар, составивших основную группу, имела место супружеская дезадаптация, у остальных 30 пар, несмотря на то что у жен также была диагностирована миома матки, дезадаптации не наблюдалось, эти супруги составили контрольную группу.

Большинство супругов обеих групп (69±5%) были в молодом возрасте — от 31 года до 45 лет. Давность миомы матки составляла от 1,5 до 5 лет.

Супружеская дезадаптация у 14 (14±4%) супружеских пар возникла с самого начала супружеской жизни, у 46 (48±5%) — через 3–5 лет после вступления в брак, у остальных 37 (38±5%) пар — после развития миомы у жен.

Механизмы нарушения супружеской адаптации изучали методом системно-структурного анализа сексуального здоровья по В.В. Кришталю [8].

Полученные результаты дали основание предложить следующую клиническую классификацию вариантов и форм дезадаптации супругов при миоме матки у жены:

- I. Социально-психологическая дезадаптация, n = 46 (48±5%).
  1. Коммуникативная форма, n = 27 (59±7%).
  2. Аверсионная форма, n = 19 (41±7%).
- II. Сексуальная дезадаптация, n = 51 (53±5%).
  1. Сексуально-эротическая форма, n = 9 (18±5%).
  2. Социокультурная форма, n = 5 (10±4%).
  3. Неврогенная (нейрорегуляторная) форма, n = 37 (73±6%), включающая синдромы: радикулалгический — 10 (20±6%); вегетативно-сосудистой дистонии — 11 (22±6%); нарушения мочевыделительной функции — 7 (14±5%); невралгии бедренно-полового нерва — 9 (18±5%).

*Коммуникативная форма дезадаптации* развивается в результате деструктивного межличностного конфликта супругов. Наиболее частыми причинами конфликтной ситуации в семье являются отсутствие взаимных чувств любви и уважения; наличие у одного из супругов черт характера, вызывающих неприятие у другого; несоответствие взглядов, интересов, морально-этических и эстетических установок, ролевого поведения в семье и направленности личности каждого из супругов; нарушение выполнения функций семьи и др. Неправильное разрешение возникающих при этом конфликтов приводит к социально-психологической дезадаптации супругов.

Для супругов с коммуникативной формой дезадаптации характерны неправильные типы воспитания — гипопротекция и условия жестоких взаимоотношений, а также акцентуация характера возбудимого типа. Из ценностных ориентаций на первых местах по значимости у всех наших пациентов, и женщин, и мужчин, стояла сексуальная сфера, что, по-видимому, было связано с тем, что социально-психологическая дезадаптация распространялась у них и на сексуальную сферу. Полоролевое поведение супругов очень часто трансформировано: у женщин — маскулинное, у мужчин — фемининное.

Из функций семьи при данной форме дезадаптации в наибольшей степени страдают эмоциональная, духовная, психотерапевтическая и реабилитационная. У супругов, особенно часто у женщин, наблюдается ряд дисгармоничных черт личности — дезадаптивность, инфантилизм, нездравомыслие, ригидность, использование каузальной атрибуции, неадекватность самооценки и уровня притя-

заний, эгоцентризм, т. е. черты, обуславливающие конфликтность.

Несмотря на то что большинство женщин и мужчин с коммуникативной формой дезадаптации вступили в брак по любви, в период обследования все супруги думали о разводе или предпринимали попытки развестись, что подтверждает особенно разрушительное действие социально-психологической дезадаптации супругов на прочность брака. У супругов при этом возникают невротические расстройства как личностные реакции на конфликтную ситуацию в семье, характер и выраженность которых зависят от степени актуальности дезадаптации для супругов, их конституционально-личностных и типологических особенностей.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья супружеской пары показал, что при данной форме дезадаптации стержневым является сочетанное поражение социально-психологического и психологического его компонентов, у женщин нарушены также нейрогуморальная и генитальная составляющие анатомо-физиологического компонента вследствие наличия миомы матки. У 3 супружеских пар дезадаптация усугублялась гениталгиями у жены, связанными с наличием невралгии бедренно-полового нерва.

Коммуникативная форма супружеской дезадаптации, как правило, развивается постепенно, независимо от основного заболевания женщин, обычно в течение 2–3 лет после начала супружеской жизни.

*Аверсионная форма дезадаптации* может развиваться по осознаваемым и неосознаваемым механизмам психической деятельности. Развитие ее изначально может обуславливаться и сексуальными, и несексуальными факторами, причем и тот, и другой вид аверсии могут существовать изолированно либо сочетаться друг с другом. Сексуальная аверсия может быть изолированной при высоком уровне психологической и социально-психологической адаптации супругов и сравнительно небольшой продолжительности сформировавшейся сексуальной дезадаптации. У наших обследованных имела место психологическая аверсия, которая распространилась на сексуальную сферу. Для нее были характерны частые и затяжные конфликты, возникающие не из-за каких-либо трудных ситуаций, а обусловленные личностными особенностями супругов и их взаимоотношений.

В процессе формирования, в проявлениях и течении аверсии можно выделить три фазы: формальные межличностные отношения мужа и жены; негативные взаимоотношения супругов; распространение негативного отношения женщин на половую жизнь.

У всех женщин при сохранном платоническом либидо эротическое и сексуальное либидо было слабо выражено. Половая конституция женщин была ослабленной.

Женщины с аверсией чаще всего получали воспитание по типу потворствующей гиперпротекции. Для них характерны демонстративный и возбудимый типы акцентуации. Полороловое поведение у женщин часто было трансформированным. Постоянные супружеские конфликты приводили к нарушению выполнения семейных функций, чаще, как и при комму-

никативной форме дезадаптации, — эмоциональной, духовной, психотерапевтической.

Из ценностных ориентаций и женщины, и мужчины ставили на первое место сексуальную сферу. Типы сексуальной мотивации супругов, как и мотивы полового акта, с развитием аверсионной формы дезадаптации изменялись в сторону примитивизации — в период обследования у них преобладал примитивный тип сексуальной мотивации.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья показал, что при аверсионной форме супружеской дезадаптации имеет место стержневое поражение психологического и социально-психологического его компонентов, обусловленное теми же причинами, что и при коммуникативной форме, но достигающее крайней степени выраженности.

*Сексуально-эротическая форма дезадаптации* развивается в результате несоответствия сексуального поведения супругов из-за низкого уровня знаний в области психогигиены половой жизни. Для нее характерны расхождения диапазона приемлемости супругов, отсутствие оптимизации техники полового акта и его заключительного периода, несоответствие сексуальных ожиданий и нередко — типов сексуальной мотивации супругов. У наших супругов преобладали шаблонно-регламентированный и генитальный ее типы, а мотивом полового акта чаще всего было выполнение супружеского долга.

Для супругов с данной формой сексуальной дезадаптации характерны ретардация психосексуального развития, часто сочетающаяся с задержками соматосексуального развития, и сочетанные асинхронии. Преобладающие типы воспитания: у женщин — эмоциональное отвержение; у мужчин — доминирующая гиперпротекция; у тех и других — воспитание в условиях повышенной моральной ответственности. Наиболее частые типы акцентуации характера — педантический, тревожный, эмотивный. Полороловое поведение супругов, в том числе мужчин, чаще всего фемининное.

Существенным дисгармонирующим фактором служило неблагоприятное сочетание в паре психосексуальных типов, поскольку все мужчины принадлежали к типу мужчина-сын или были пассивно-подчиняемыми, а почти все женщины относились к типу женщина-дочь или также были пассивно-подчиняемыми.

У 4 супружеских пар дезадаптацию усугубляли также гениталгии у жены, связанные с невралгией бедренно-полового нерва.

У большинства мужчин была слабая или ослабленная средняя половая конституция, тип сексуальной культуры — невротический или примитивный. Из ценностных ориентаций на первом месте по значимости у большинства женщин с данной формой дезадаптации был быт, у мужчин чаще всего — сексуальная сфера.

Мотивом вступления в брак, как и у супругов с другими формами дезадаптации, в подавляющем большинстве случаев была любовь, но в отличие от других форм большинство мужчин с данной формой дезадаптации не допускали мысли о разводе. Из функций семьи во всех случаях страдала сексуально-эротическая, которую многие супруги компенсировали

более активным выполнением эмоциональной, хозяйственно-бытовой и других функций.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья выявляет при сексуально-эротической форме дезадаптации стержневое поражение информационно-оценочной составляющей социального компонента, психологического и социально-психологического компонентов.

Рассматриваемая форма супружеской дезадаптации, как правило, начинается с первых же половых актов. Она проявляется снижением эрекции у мужчин и оргастичности у женщин, сексуальной активности и предприимчивости у обоих супругов, их психосексуальной неудовлетворенностью.

Следует отметить, что сексуально-эротическая форма супружеской дезадаптации очень часто возникает при несоответствии общей и сексуальной культуры мужа и жены, в особенности при дисгармоничном и девиантном вариантах сексуальной культуры. Супружеская дисгармония, как правило, развивается даже в тех случаях, когда у одного из супругов отмечается гармоничный вариант сексуальной культуры — аполлоновский или мистический ее типы.

*Социокультурная форма дезадаптации* развивается в результате несоответствия у супругов типов сексуальной культуры. Она возникает с самого начала супружеской жизни, обуславливает психосексуальную неудовлетворенность супругов и приводит к нарушению не только их сексуальных, но в конечном счете и межличностных отношений.

Причиной данной формы дезадаптации может стать несоответствие у супругов по каждому из критериев сексуальной культуры: отношения к любви, значения для личности соотношения в ней духовного и физического; сексуальной морали, психосексуальной ориентации; уровня информированности в области секса и др.

Одним из механизмов развития сексуальной дезадаптации супругов при несоответствии типов их сексуальной культуры может быть отсутствие полоролевой комплементарности в паре. Из функций семьи при данной форме дезадаптации, как правило, нарушается сексуально-эротическая функция.

При несоответствии типов сексуальной культуры между супругами возникает инновационный конфликт, когда мужчина или женщина, не понимая истинной причины имеющейся дезадаптации, чаще всего связывает ее с «неправильным» поведением второго супруга и пытается изменить его в соответствии со своим типом сексуальной культуры. Причины инновационного конфликта кроются в индивидуально-психологических особенностях супругов и полученном ими воспитании. Типичным является наличие у одного из супругов выраженной негативной установки на изменение типа сексуальной культуры. Противодействие супругов в межличностном инновационном конфликте сопровождается переживанием ими негативных эмоций по отношению друг к другу.

Сексуальный инновационный конфликт имеет полимотивированный характер, причем направленность мотивов супругов различна. Основные мотивы новатора — желание улучшить сексуальные отноше-

ния, неудовлетворенность сексуальным поведением супруга (супруги), стремление реализовать свои сексуальные возможности. Для консерватора характерны такие мотивы, как нежелание менять стиль поведения и стремление настоять на своем. Инициатором инноваций в сексуальном поведении выступает преимущественно новатор. При этом он чаще пытается воздействовать на супруга с помощью убеждения, обращения за поддержкой к окружающим, критики, апелляции к положительному опыту. Консерватор же чаще использует помимо убеждения такие способы воздействия, как критика в грубой форме и угрозы.

Среди обследованных нами супругов инициаторами внесения изменений в сексуальное поведение были чаще всего лица с аполлоновским типом культуры, у которых возникал конфликт с супругом (супругой) с либеральным, патриархальным, гиперролевым и особенно пуританским ее типом. Конфликт развивался при попытке одного из супругов изменить стереотип обусловленного сексуальной культурой сексуального поведения другого, чуждого или не приемлемого для него.

Наши наблюдения показали, что существует вполне определенная связь между уровнем нравственных качеств супругов и применяемыми ими способами противоборства в инновационном конфликте. Личностными предпосылками для его разрешения служат индивидуально-психологические особенности супругов. Чем более выражены негативные эмоции, переживаемые супругами по отношению друг к другу, тем менее конструктивный характер носит конфликт. При этом эмоциональное влияние конфликта разное для каждого из супругов: консерватор меньше переживает в инновационных конфликтах по сравнению с новатором. В то же время чем выше уровень психологической адаптации мужа и жены, тем конструктивнее развивается инновационный процесс и тем легче достигается успешное разрешение конфликта.

*Неврогенная (нейрорегуляторная) форма дезадаптации* возникает вследствие неврологических синдромов, развивающихся при миоме матки. У большинства обследованных нами женщин с данной формой дезадаптации помимо указанных выше синдромов выявлены синдром нарушения мочевого выделительных функций, синдром невралгии бедренно-полового нерва и радикулалгический синдром. Отмечалась рассеянная микроочаговая симптоматика (анизокория, асимметрия носогубных складок, оживление сухожильных рефлексов и т.п.). Повышение артериального давления чаще выявлялось у больных с длительно существующей миомой значительных размеров и при наличии связанного с опухолью болевого синдрома.

Системно-структурный анализ показал стержневое поражение нейрорегуляторной составляющей анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья у всех женщин с неврогенной формой сексуальной дезадаптации.

В целом результаты проведенных исследований показали, что при миоме матки развиваются разные варианты и формы супружеской дезадаптации. Каждая из них имеет свои причины, механизмы и условия формирования, своеобразное течение и специфиче-

ские клинические проявления. В нарушении адаптации на первый план могут выходить одни факторы, другие могут играть способствующую возникновению или усугубляющую дезадаптацию роль. Следует отметить, что среди наших пациенток соматогенные факторы усугубляли уже имеющуюся дезадаптацию у 22±6% супружеских пар — с социально-психологическим ее вариантом, сексуально-эротической и социокультурной формами сексуального варианта. Но при всех обстоятельствах феномен супружеской дезадаптации имеет сложный генез, в котором принимают участие социогенные, психогенные, негативные социально-психологические и соматогенные факторы.

Основной причиной коммуникативной формы дезадаптации является межличностный конфликт супругов; аверсионной — крайне негативное отношение жены к мужу как к личности и сексуальному партнеру; сексуально-эротической — несоответствие сексуально-

го поведения супругов; социокультурной — расхождение типов сексуальной культуры и возникающий при этом инновационный конфликт. Неврогенная форма дезадаптации развивается вследствие неврологических синдромов, сопровождающих миому матки. Помимо этих непосредственных причин в сложный генез супружеской дезадаптации вносят свой вклад несоответствие ценностных ориентаций супругов, неблагоприятное сочетание в паре акцентуаций характера, психосексуальных типов мужчины и женщины, ненормативное полоролевое поведение и отсутствие его комплементарности в супружеской паре.

Результаты проведенного исследования открывают возможность разработки патогенетически направленной системы психотерапевтической коррекции социально-психологической и сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает миомой матки.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Ботнева И.Л.* Генитосегментарная составляющая и ее расстройства // Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— С. 539–550.
2. *Рожановская З.В.* Сексуальные расстройства при нарушениях функции яичников // Там же.— С. 368–369.
3. *Вихляева Е.М.* О стратегии и тактике ведения больных с миомой матки // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов.— 1997.— № 3.— С. 21–23.
4. *Савицкий Г.А.* Миома матки (проблемы патогенеза и патогенетической терапии).— 2-е изд.— С.Пб.: Элби-С.Пб., 2000.— 236 с.
5. *Имшинецкая Л.П.* Сексуальные расстройства у женщин // Сексология и андрология / Под ред. А.Ф. Возианова, И.И. Горпинченко.— К: Абрис, 1997.— С. 176–210.
6. *Свиридова В.В.* Роль неврологической патологии и личностных особенностей больных с миомой матки в нарушении сексуального здоровья // Междунар. мед. журн.— 2005.— Т. 11, № 2.— С. 52–56.
7. *Келли Г.* Основы современной сексологии: Пер. с англ.— С.Пб.: Питер, 2000.— 896 с.
8. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология. Т.4. Клиническая сексология женщин.— Харьков: Акад. сексол. исслед., 1998.— 176 с.

Поступила 18.08.2005

## DEADAPTATION OF A MARRIED COUPLE IN UTERINE MYOMA IN THE WIFE

L.A. Vasiakina

### S u m m a r y

The causes, development mechanisms and clinical manifestations of various forms of social-psychological and sexual deadaptation of the spouses in case of uterine myoma in the wife were studied. The author concludes that the obtained findings open up the possibilities of development of pathogenetically directed system for the deadaptation psychocorrection.