

## ГИПОСЕКСУАЛЬНОСТЬ И СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ЖЕНЩИН ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА

Проф. Л. В. ЗАЙЦЕВА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Показана актуальность исследования сексуальности у женщин при депрессиях различного генеза. Описаны и проанализированы особенности клинических проявлений данных расстройств у пациенток в рамках нарушений здоровья семьи. Раскрыты механизмы сексуальной дисфункции у больных женщин и развивающейся при этой патологии сексуальной дезадаптации супружеской пары.**

*Ключевые слова: женщины, депрессивные расстройства, сексуальная дезадаптация.*

Нарушение темпа соматосексуального развития женщин с аффективной патологией связано с доминирующим значением гипоталамо-эпифизарных структур лимбической системы головного мозга, которая играет значительную роль в возникновении фазной нейропсихотической и вообще аффективной симптоматики [1–4]. Патология гипоталамической области у женщин в зависимости от локализации, характера поражения и особенностей нейрогуморальных отношений в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе может приводить как к ослаблению, так и повышению сексуальной функции в любом возрасте [5]. J. L. Schlienger et al. пришли к выводу, что маниакально-депрессивный психоз связан с гипоталамо-гипофизарной дисфункцией, когда тиреоидная секреция остается нормальной, но отмечается уменьшение содержания трийодтиронина, обусловленное нарушением периферической конверсии тироксина в трийодтиронин. При депрессии, как предполагают В. G. Charlton et al. [6], есть два главных источника нарушений в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе: увеличение содержания кортикотропин-рилизинг-гормона и гиперчувствительность надпочечников к действию адренкортикотропного гормона (АКТГ). Возникающие в результате этого изменения в гормональной регуляции могут обуславливать все патологические характеристики гипоталамо-гипофизарной системы, обычно наблюдаемые при депрессивных состояниях.

При депрессивном эпизоде аффективных расстройств отмечается резкое снижение сексуальности, которая часто приобретает доминантное звучание в клинической картине заболевания, и, несмотря на разнообразные исследования в этой области, до сих пор многие вопросы остаются открытыми.

Цель работы — изучение основных клинико-сексopatологических особенностей формирования сексуальности у женщин и ее влияние при

депрессиях различного генеза на развитие сексуальной и супружеской дезадаптации.

Под нашим наблюдением находились 399 семей, в которых у жен в ходе комплексного обследования был установлен диагноз депрессивного расстройства (ДР) различного генеза: аффективные расстройства (АР) — у 172 женщин, из них биполярное аффективное расстройство (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3) — у 129, рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), текущий эпизод легкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F33.1) — у 43, невротические депрессии (НД) — у 227. В соответствии с МКБ-10 у больных с НД были диагностированы: неврастения (F48.0) — в 132 случаях; реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации — в 95, из них пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) наблюдалась у 53 женщин, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) — у 42. В группу больных с НД в соответствии с существующими критериями нами были отнесены пациентки с психогенно возникшими ДР, включающими сниженный фон настроения, ухудшение сна, аппетита, тревогу, эмоциональную лабильность, соматовегетативные проявления. В данную группу были включены больные неврастений (F48.0) в связи с выраженным у них депрессивным компонентом.

Учитывая нозологическую разноплановость участвующих в исследовании пациенток, все они были разделены на группы в зависимости от регистра аффективной патологии, уровня генерализации депрессивных проявлений и нозологической принадлежности. В первой группе супружеских пар, в которых женщины страдали АР, были выделены две подгруппы: 1-я — 129 семей, в которых у жен диагностированы БАР, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3); 2-я — 43 семьи, в которых у женщин отмечались РДР, текущий эпизод легкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F33.1). Вторую группу составили

227 семей, в которых женщины болели НД. У всех больных НД ведущими в клинической картине были депрессивные проявления невротического характера. Соответственно МКБ-10 было сформировано три подгруппы: в 1-й (132 семьи) жены страдали неврастенией (F48.0) с выраженным депрессивным компонентом; во 2-й (53 семьи) — пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21) и в 3-й (42 семьи) у женщин была смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22). Выделить контрольную группу из обследованных первой группы не представлялось возможным, так как при АР у женщин всегда отмечались нарушения здоровья семьи. Из второй группы были отобраны 39 (17,2%) супружеских пар, считавших свою семью здоровой, несмотря на заболевание жены. По возрасту и социальным характеристикам эта группа не отличалась от семей с нарушенным здоровьем, что явилось основанием рассматривать ее как контрольную. Изучение супружеской дезадаптации и клинических проявлений сексуальной дезадаптации (СД) позволило обнаружить у жен в первой группе вторичную СД вследствие БАР (1-я подгруппа) и РДР (2-я подгруппа). Во второй группе у 188 (82,8%) супружеских пар имела место СД, из них у 76 (40,4%) — первичная, а у 112 (59,6%) — вторичная.

Возраст больных женщин варьировал в пределах от 19 до 48 лет, причем мужья и жены входили в одну возрастную группу. Пациентки старше 49 лет не включались нами в число обследованных в связи с возможностью наличия у них органической (сосудистой) патологии.

Большинство больных (78%) были в возрасте 25–40 лет, что подчеркивает медицинскую и социальную актуальность проблемы аффективных и невротических расстройств. Несколько различалось распределение супругов по возрасту в зависимости от нозоформы заболевания у женщин. БАР встречалось у более молодых женщин (41,6%) — от 19 до 26 лет, пик заболевания приходился на 19–21 год (57,3%). К более старшим возрастным группам (от 28 до 48 лет) относились 93,0% женщин с РДР, при среднем возрасте начала заболевания 25–35 лет (74,4%). Больные НД (60,9%) были в возрасте 27–48 лет. Анализ дебюта заболевания показал, что среди женщин 1-й подгруппы преобладали лица с острым (39,8%) и подострым (35,2%) началом заболевания, в то время как у больных 2-й и 3-й подгрупп чаще отмечалось отставленное (ретардированное) начало заболевания (51,7 и 48,3% соответственно).

При изучении длительности депрессий отмечено, что у пациенток первой группы 1-й подгруппы депрессивный эпизод длился от 2 нед до 6 мес. Депрессии при БАР характеризовались высокой частотой рецидивов и большей продолжительностью у женщин среднего возраста (40–48 лет). У 8,3% больных наблюдалось 4 эпизода за год, у 24,5% — 2, у 22,4% — 1. Интермиссия после первой фазы

обычно была самой длительной и в среднем составляла 4,5 года. В течение последующих 3–5 фаз длительность светлых промежутков сокращалась и составляла в среднем 1 год. У женщин 2-й подгруппы продолжительность эпизодов в среднем составляла 6 мес, они имели тенденцию к более редкой рекуррентности и продолжительным (до трех лет и более) ремиссиям. Среди обследованных преобладали женщины (68,4%) с депрессивным приступом раз в год. Во второй группе женщины 1-й подгруппы чаще имели длительности заболевания от 1 года до 5 лет, 2-й подгруппы — от 6 мес до 2 лет, 3-й подгруппы — от 1 до 6 мес. Длительность брака у 44% супружеских пар составляла от 1 года до 5 лет, у 35% — от 6 до 10 лет, у остальных — от 11 лет и более. Самым продолжительным (свыше 10 лет) было пребывание в браке у тех пар, в которых жены страдали неврастенией, а также в контрольной группе, где наблюдался самый высокий уровень психологической и социально-психологической адаптации супругов. Наименьший срок супружества — до 1 года — отмечался у 7,2% пар при РДР у женщин. Как мы выяснили в результате системно-структурного анализа, в этих случаях у значительной части супругов имела место психологическая и социально-психологическая дезадаптация и, кроме того, у большинства женщин было нарушено полоролевое поведение.

Более половины (61,4%) женщин состояли в первом браке, 35,3% — во втором, меньше всего (5,6%) — в третьем и 7,8% — в гражданском. В первом и в гражданском браке чаще всего состояли женщины первой группы и женщины 3-й подгруппы второй группы, во втором и третьем — обследованные 1-й и 2-й подгрупп второй группы. У большинства (67,8%) супружеских пар было по одному ребенку, у 21,2% — по двое детей, 5,2% семей были бездетными. В 5,8% семей жены имели ребенка от первого брака.

В комплексное обследование женщин с ДР различного генеза и их мужей входили клиническое, клинко-психопатологическое, психодиагностическое, специальное сексологическое исследования, клинко-статистический анализ.

В целом клиническое обследование находившихся под нашим наблюдением больных с АР первой группы и их мужей показало, что общее физическое и психическое развитие в подавляющем большинстве случаев было нормальным. В то же время те или иные темпы полового созревания были нарушены у женщин 1-й подгруппы, страдающих БАР (F31.3), тогда как у их мужей они встречались намного реже. У 61 (47,3%) женщин и 28 (21,7%) мужчин отмечалось замедленное развитие, соответственно у 18 (13,9%) и 11 (8,5%) человек — на 2–3 года ускоренное. У 50 (38,8%) женщин и 90 (69,8%) мужчин из обследованных супружеских пар соматосексуальное развитие проходило своевременно. У женщин 2-й подгруппы с РДР замедленное соматосексуальное развитие

отмечалось чаще, чем у женщин в 1-й подгруппе, и вдвое чаще, чем у их мужей.

Определение темпа психосексуального развития супругов показало, что его нарушения у **женщин** первой группы встречались чаще, чем нарушения соматополового развития, и вдвое чаще, чем у мужчин.

Изучение полового развития женщин, страдающих АР, позволило установить значительную частоту имеющих у **них асинхроний соматосексуального и психосексуального развития и различные их варианты**. Максимальное количество (41,8%) сложных дизонтогенетических вариантов полового развития отмечалось у **женщин с рекуррентным ДР**. В большинстве случаев у 7 женщин 1-й подгруппы наблюдались простые и сочетанные асинхронии. Среди женщин 2-й подгруппы были распространены сложные (41,8%), сочетанные (32,3%) и **простые (25,9%) асинхронии**. Нарушения соматосексуального и психосексуального развития у мужей встречались намного реже, а дисгармоничное соматосексуальное развитие и сложные асинхронии отмечались в единичных случаях только среди мужчин 2-й подгруппы. Половое самосознание и **психосексуальная ориентация** были правильными у **всех супругов 1-й подгруппы**. У женщин 2-й подгруппы осознание своей половой принадлежности и **ее необратимости** происходило правильно и в срок (в 2–4 года), тогда как фаза реализации этапа формирования полового самосознания в **большинстве случаев** запаздывала на 4–5 лет. В задержке психосексуального развития обследованных женщин 2-й подгруппы, как и в 1-й подгруппе, одну из основных ролей играли их личностные особенности.

Полоролевое поведение у **женщин 1-й подгруппы** оказалось нарушенным в 43,0% случаев, при этом значительно чаще отмечалась его трансформация, т. е. гиперфемининное поведение, маскулинное поведение наблюдалось в 2,5 раза реже. У мужчин нарушения полоролевого поведения были в **единичных случаях (3,1%)**. Этап формирования стереотипа полоролевого поведения у всех больных 2-й подгруппы отличался структурной сложностью и ретардацией. Практически у всех женщин и **их мужей интериоризация нормативных полоролевых характеристик** носила фрагментарный характер.

Изучение половой конституции обследованных показало большую распространенность ее дисгармонических вариантов среди психически больных женщин первой группы — у более трети из них. Жены 1-й подгруппы, **больные БАР**, принадлежали к среднему или ослабленному варианту среднего типа половой конституции, однако у них часто встречался и **слабый тип половой конституции**, сильный ее тип наблюдался у 8,5% мужчин и у 13,9% женщин. Половая конституция у 69,2% женщин 2-й подгруппы была слабой, у остальных наблюдался ослабленный вариант среднего типа. Половая конституция у обследованных мужчин

была чаще средней или относилась к ослабленному варианту среднего типа, сильный тип встречался у 14,3% из них. Системно-структурный анализ сексуального здоровья находившихся под нашим наблюдением супружеских пар первой группы, в которых жены страдают АР, показал, что причиной его нарушения было сочетанное поражение психологического и социально-психологического компонентов и **психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья** по указанным выше причинам. Нарушение социального компонента и других составляющих биологического компонента явилось фактором, способствующим развитию нарушений сексуального здоровья супружеской пары.

Динамика сексуальных расстройств определялась особенностями клинического течения депрессивного эпизода и **проявлялась снижением полового влечения** у всех больных первой группы. Чаще отмечались нарушения lubricации женских половых путей при половых актах, аноргазмические расстройства от снижения яркости оргастических ощущений до полного отсутствия разрядки, они значительно преобладали в **1-й подгруппе**, проявляясь снижением сексуального либидо до полного его отсутствия (55,6 и 21,8% соответственно). У большинства женщин первой группы, помимо притупленности оргастических ощущений, часто имелись сочетанные нарушения сексуальной функции — гиполибидемия, сексуальная гипестезия, гипо- или аноргазмия; кроме того, для них были характерны снижение половой активности и отказ от половых актов. У **34,8% женщин 1-й подгруппы** в период обострения заболевания возникала сексуальная аверсия. У **15,6% мужчин также** отмечалось снижение интенсивности оргастических ощущений вследствие наблюдавшихся у **них хронического застойного простатита и дизритмии половой жизни**. На **ослабление адекватных эрекций** и ускоренную эякуляцию жаловались 23,7% мужчин. Кроме того, у части из них наблюдался абстинентный синдром из-за снижения половой активности жен и их отказа от половой жизни.

У **большинства (59,2%) женщин 2-й подгруппы** сексуальные контакты протекали с различными перверзными элементами. Мужчины в 33% случаев после полового акта испытывали безразличие или неприятный осадок от сознания, что жена чувствует себя неудовлетворенной. **Во 2-й подгруппе** отмечалась психосексуальная неудовлетворенность женщин в **сексуальных контактах даже при сохранности физиологической способности к развитию сексуального возбуждения, lubricации влагалища, переживанию оргазма** (51,1 и 43,6%).

Сексуальная предприимчивость была снижена у 41,8% мужчин и у 69,7% женщин первой группы. Соответственно уровню сексуальной предприимчивости сексуальное желание возникло у мужчин один — два раза в неделю, у большинства (23,2%) женщин 1-й подгруппы — один раз в 10–14 дн, у 30,3% женщин 2-й подгруппы — 1–2 раза в месяц.

Психосексуальную неудовлетворенность отмечали 80% женщин 1-й подгруппы, остальные 20% с трансформацией полоролевого поведения были удовлетворены своими отношениями с мужьями и сексуальной жизнью. Гиперфемининное поведение у **больных характеризовалось подчиняемостью, пассивностью, забывчивостью, самоотдачей.** Все усилия женщин с фемининным поведением были направлены на удовлетворение мужчины, их не волновало отсутствие оргазма, психосексуальное удовлетворение они получали от сознания того, что доставили наслаждение партнеру. У них проявлялись элементы мазохизма. Все женщины и мужчины 2-й подгруппы первой группы испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Соматосексуальное развитие большинства женщин с НД оказалось нарушенным, чаще всего замедленным, особенно у **больных 1-й подгруппы** второй группы. Та же тенденция отмечалась и в психосексуальном развитии женщин: его ретардация наблюдалась почти у половины из них, особенно часто — у больных 1-й и 2-й подгрупп, в **3-й подгруппе довольно частым было и преждевременное психосексуальное развитие.** В контрольной группе задержки сомато- и психосексуального развития не зафиксировано ни у кого из женщин, у мужчин всех подгрупп оно также в подавляющем большинстве случаев не отклонялось от нормы.

Асинхронии полового развития, чаще всего сочетанные, также были характерны для пациенток второй группы, у мужчин и женщин контрольной группы они встречались редко, причем сложных форм не было ни у кого из обследованных.

Примерно у трети женщин второй группы имелись отклонения полоролевого поведения (его трансформация у **женщин 2-й подгруппы и гиперролевого поведение у больных 1-й подгруппы**); в контрольной группе подобные отклонения встречались в единичных случаях.

Системный анализ состояния сексуального здоровья показал, что при всех клинических вариантах НД у женщин причиной СД супругов чаще всего (33,5–44,5%) было сочетанное стержневое поражение психологического и **психической составляющей биологического компонента, в остальных случаях** отмечалось изолированное поражение этих или других компонентов и составляющих — социального, социально-психологического, реже нейрогуморальной составляющей биологического компонента. Нарушение других компонентов и составляющих сексуального здоровья в **каждом отдельном случае** играло провоцирующую или способствующую роль в возникновении СД

или усугубляло ее. У мужчин чаще всего (92,6% случаев) имело место нарушение психической составляющей биологического компонента, обусловленное их личностной реакцией на супружескую дезадаптацию.

Половая конституция была слабой более чем у половины больных 1-й подгруппы, у остальных — средняя; у женщин 2-й подгруппы в основном слабая и средняя, а 7,7% больных 3-й подгруппы принадлежали к **сильному типу половой конституции.** Расстройство оргазма отмечались при всех клинических формах НД.

Проведенное нами исследование позволило установить, что у 55,5% больных НД описанные сексуальные нарушения имели место в период невротического расстройства и отмечались вместе с другой психопатологической симптоматикой. У 45,5% обследованных сексуальные расстройства наблюдались вне обострения заболевания и носили менее выраженный характер. Таким образом, клиническими проявлениями сексуальной дисфункции при НД у женщин были ослабление или отсутствие полового влечения, снижение сексуальной активности, оргазмическая дисфункция. Реактивными сексологическими и **психопатологическими образованиями у мужчин** были тревога и страх сексуального общения. **Либида чаще нарушалось в 1-й подгруппе (особенно эротическое и сексуальное), а во 2-й и 3-й подгруппах — особенно сексуальное.**

У супружеских пар контрольной группы отклонения от нормы тех или иных показателей сексуального здоровья встречались редко, и **главное — в подавляющем большинстве случаев у них не наблюдалось несоответствия по рассмотренным критериям. В тех случаях, когда такое несоответствие имело место, правильное сексуальное поведение супругов приводило к его компенсации.**

Таким образом, системно-структурный анализ по критериям сексуального здоровья показал, что расстройства сексуальной функции у женщин имеют свои специфические патогенетические особенности и **клинические проявления, которые находятся в тесной взаимосвязи с длительностью заболевания и типом половой конституции.** Многофакторное обеспечение сексуального здоровья и разнообразие его нарушений требуют системного подхода к их изучению. Патогенное влияние ДР различного генеза на сексуальную функцию должно учитываться при диагностике и **коррекции имеющихся у них сексуальных расстройств и психотерапевтической коррекции СД** супружеской пары.

#### Список литературы

1. *Колов С. А.* Значение дисфункции гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в психопатологии у ветеранов боевых действий / С. А. Колов, Е. Ю. Шейченко // Соц. и клин. психиатрия.— 2009.— Т. 19, № 3.— С. 74–79.
2. *Шишкина Г. Т.* Нейробиологические основы депрессивных расстройств и действия антидепрессантов: обзор / Г. Т. Шишкина, Н. Н. Дыгало // Журн. высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова.— 2010.— Т. 60, № 2.— С. 138–152.

3. Зозуля А. А. Нейробиологические основы депрессий / А. А. Зозуля, А. Ф. Изнак // *Депрессии в общей медицине*.— М.: Мед. инф. агентство, 2001.— С. 20–31.
4. Sinton Ch. M. Neuropsychology and neuropsychiatry of sleep / Ch. M. Sinton, V. McCarley // *Neuropsychiatry*; eds. R. B. Shiffer, S. M. Rao, P. S. Fogel.— Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkin, 2003.— P. 235–394.
5. Schlienger J. L. Etude de la fonction thyroïdienne dans la psychose maniaco-dépressive / J. L. Schlienger, M. T. Kapfer, C. Demangeat // *Now. presse med.*— 1981.— T. 10, № 6.— P. 401–402.
6. A multiple timepoint study of N-Terminal pro-opiomelanocortin in depression using a two-site recognition immunoradiometric assay / B. G. Charlton, I. N. Ferrer, A. Leake [et al.] // *Clin. Endocrinology*.— 1988.— Vol. 28, № 1. 2.— P. 165–172.

### **ГІПОСЕСУАЛЬНІСТЬ І СЕСУАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ЖІНОК ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ**

Л. В. ЗАЙЦЕВА

Показано актуальність дослідження сексуальності у жінок при депресіях різного генезу. Описано й проаналізовано особливості клінічних проявів зазначених розладів у пацієнок у рамках порушень здоров'я сім'ї. Розкрито механізми сексуальної дисфункції у хворих жінок і розвитку за цієї патології сексуальної дезадаптації подружньої пари.

*Ключові слова:* жінки, депресивні розлади, сексуальна дезадаптація.

### **HYPOSEXUALITY AND SEXUAL DYSADAPTATION IN WOMEN AT DEPRESSIVE DISORDERS OF DIFFERENT ORIGIN**

L. V. ZAITSEVA

The urgency of research on sexuality in women with depression of various origins is shown. Clinical manifestations of these disorders in patients with health problems of the family were described and analyzed. The mechanisms of sexual dysfunction in women and developing sexual dysadaptation of the couple were described.

*Key words:* women, depressive disorders, sexual dysadaptation.

Поступила 05.05.2014