

## СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АДНЕКСИТЕ С СИНДРОМОМ ТАЗОВОЙ БОЛИ У ЖЕНЩИН

О.В. НОСКОВА

*Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького*

**Показаны механизмы формирования супружеской дезадаптации при синдроме тазовой боли у больных хроническим аднекситом. Предложена система комплексной диагностики и психотерапевтической коррекции дезадаптации.**

Хронический аднексит занимает одно из первых мест по частоте в структуре гинекологической патологии, и распространенность его постоянно возрастает [1, 2]. Заболевание поражает в большинстве случаев женщин молодого возраста — до 39 лет, из которых 75% — до 25 лет [3]. При этом воспалительный процесс во внутренних гениталиях в большинстве случаев влечет за собой развитие сексуальных расстройств, которые тяжело переживаются женщиной и нарушают сексуальную адаптацию супружеской пары. К сексуальной дисфункции приводят дефицит кровоснабжения и дистония сосудов малого таза, а также, как указывается в ряде работ, дезорганизация интегративных аппаратов мозга, отвечающих за функциональное состояние сексуальной функции [4, 5].

У женщин вначале притупляется оргазм, затем затрудняется его достижение, со временем к этому присоединяются гипестезия в период фрикций, аноргазмия и снижение сексуального либидо. Большую роль в генезе этих расстройств играют нередко сопровождающие аднексит генитальгии — постоянные или периодические боли внизу живота, часто иррадиирующие во влагалище, прямую кишку, нижние конечности и пояснично-крестцовую область [6]. Между тем механизмы развития сексуальной дисфункции и ее клиника у женщин при связанных с хроническим аднекситом генитальгиях, или, как их обозначают в современной литературе, при синдроме хронической тазовой боли [7], изучены недостаточно, а какие-либо сведения о супружеской дезадаптации при данной патологии у женщин практически отсутствуют. В связи с этим нами была поставлена задача исследовать причины, условия формирования, течение и клинические проявления дезадаптации супружеской пары при вторичной сексуальной дисфункции у жены, обусловленной хроническим аднекситом с синдромом тазовой боли.

Под нашим наблюдением находились 32 супружеские пары, в которых у жен имели место указанная патология и сексуальная дезадаптация. Супруги были в возрасте от 21 года до 37 лет, причем мужья и жены входили в одну возрастную группу. Давность хронического аднексита составляла от 2,5 до 10 лет, давность супружеской дезадаптации — примерно соответствовала давности аднексита.

При исследовании психического состояния супругов у всех женщин и 72±5% мужчин были выяв-

лены те или иные невротические расстройства: у женщин — чаще всего неврастения и ипохондрическое расстройство, у мужчин — дистимия, реже легкий депрессивный эпизод.

Изучение полового развития супругов показало, что у женщин темп его часто был нарушен, в основном оно запаздывало, особенно психосексуальное развитие, ретардация которого отмечалась у 75±8%; у их мужей половое развитие в основном было своевременным (у 88±6% — соматосексуальное и у 81±7% — психосексуальное). Девиации психосексуального развития заключались в формировании неадекватного полоролевого поведения обследованных: у 22±7% женщин наблюдалась его трансформация, т.е. маскулинное поведение, и у 19±7% — гиперролевое, т.е. гиперфемининное поведение; полоролевое поведение мужчин в большинстве случаев (78±7%) было нормативным.

Проведенное нами специальное сексологическое обследование супругов позволило выявить у них следующие сексуальные расстройства. У всех женщин имели место генитальгия и оргазмическая дисфункция; у 66±8% — отсутствие генитальных реакций (любрикация); у 59±9% — сексуальная гипестезия; у 22±7% — алибидемия с аноргазмией. У мужчин сексуальные нарушения отмечались намного реже — гиполибидемия у 9±5, преждевременная эякуляция у 6±4% — и имели относительный характер. Однако все жены и мужья испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Системно-структурный анализ дал возможность определить состояние всех компонентов и составляющих сексуального здоровья и установить долю участия нарушения каждого из них в генезе дезадаптации, наблюдающейся у обследованных супружеских пар. При этом выяснилось, как видно из табл. 1, что в обследованной группе наблюдалось сочетанное нарушение всех компонентов и составляющих сексуального здоровья.

Социальный компонент был нарушен за счет социокультурной его составляющей из-за низкого уровня общей и сексуальной культуры и несоответствия типов сексуальной культуры у жен и мужей. У первых чаще всего отмечался примитивный, реже невротический или либеральный типы сексуальной культуры, у вторых преобладал также примитивный тип, что само по себе не способствовало сексуальной гармонии супругов.

Таблица 1

Нарушение сексуального здоровья обследованных супружеских пар (данные в%)

Компоненты и составляющие	Количество обследованных, n=32
Социальный, составляющие:	
социокультурная	28±8
информационно-оценочная	47±9 25±8
Психологический	28±8
Социально-психологический	38±9
Анатомо-физиологический, составляющие:	
нейрогуморальная	75±8 19±7
психическая	100-3 100-3
генитальная	100-3 —

Примечание. В числителе — количество женщин, в знаменателе — мужчин. Целые числа — данные в паре.

Информационно-оценочная составляющая социального компонента была нарушена у женщин значительно чаще, чем у мужчин. Причиной ее нарушения был низкий уровень осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни.

Психологический компонент сексуального здоровья был нарушен в результате наличия у одного из супругов черт характера, неприемлемых для другого, а нарушение социально-психологического компонента было следствием нарушения межличностных отношений мужей и жен, в частности, из-за ролевых конфликтов, возникавших при нарушении полоролевого поведения одного или обоих супругов.

Иная закономерность была выявлена при анализе состояния анатомо-физиологического компонента. Он был поражен за счет нейрогуморальной составляющей у большинства и генитальной составляющей у всех больных женщин и за счет психической составляющей у всех обследованных пациенток и их мужей. Нейрогуморальная составляющая этого компонента была ослаблена по причине ретардации пубертатного развития и воздействия неблагоприятных конституциональных факторов, поражение генитальной составляющей было следствием хронического аднексита с синдромом тазовой боли, у мужчин эта составляющая была сохранена; психическая составляющая была нарушена в результате невротических реакций обоих супругов на сексуальную дезадаптацию.

При изучении состояния анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья мы определяли половую конституцию каждого из супругов. Выяснилось, что 75±8% женщин принадлежали к слабому типу половой конституции, почти все остальные (22±7%) — к среднему и лишь у одной женщины была сильная половая конституция. Среди мужчин подавляющее большинство (78±7%) относилось к среднему типу. Несоответствие половой конституции в супру-

жеских парах усугубляло имеющуюся у них сексуальную дезадаптацию.

Результаты клинических наблюдений и системно-структурного анализа сексуального здоровья находившихся под наблюдением супружеских пар дают основание выделить отдельную форму супружеской дезадаптации, развивающуюся вследствие вторичной сексуальной дисфункции у женщин, обусловленной хроническим аднекситом с синдромом тазовой боли.

Степень выраженности возникающих у женщин сексуальных расстройств зависит от длительности и интенсивности болевого синдрома, сопровождающего имеющийся у них хронический аднексит. Генитальгии влекут за собой снижение всех проявлений сексуальной функции, обуславливая, как уже указывалось, сексуальную гипестезию, гипо- и аноргазмию, алибидемию.

Эти расстройства развиваются постепенно, соответственно развитию воспалительного процесса в гениталиях. В их формировании играют роль половая конституция, личностные особенности больных и межличностные отношения супругов.

Из литературы известно, что при длительно (свыше 3 лет) протекающем аднексите в плазме крови больных снижается содержание ЛГ и ФСГ и повышается концентрация кортизола и тестостерона, тогда как уровень пролактина остается нормальным [8].

Как правило, сексуальная дисфункция при хроническом аднексите, в частности гипо- и алибидемия, возникает у женщин со слабой и ослабленной средней половой конституцией. При сильной половой конституции либидо может сохраняться даже при стойкой аноргазмии. Для больных такие состояния особенно тягостны. Постоянные или периодические генитальгии усугубляют сексуальную дисфункцию, которая, в свою очередь, может вызывать эмоциональные расстройства как следствие личностной реакции больных на свою сексуальную несостоятельность и супружескую дезадаптацию. Последняя особенно обостряется в ситуациях отказа от половой жизни или при формировании «рационального», формального отношения к ней.

Весьма негативное значение при данной форме дезадаптации имеет то обстоятельство, что очень часто боли во время полового акта не исчезают и после ликвидации воспалительного процесса в яичниках и оргазм не наступает, причем после неудачного коитуса боли внизу живота усиливаются. Мы наблюдали это у большинства своих пациенток с вторичной сексуальной дисфункцией. Такая симптоматика обуславливается вторичной патогенетической титуляризацией, т.е. изменением межцентральных нервных отношений, персистирующим после санации гинекологического очага [9].

Кроме того, у женщин с лабильной нервной системой и истерическими преморбидными чертами характера нередко происходит невротическая фиксация внимания на болевых ощущениях, сохраняющаяся и после излечения воспалительного процесса, т.е. имеет место трансформация соматогенных генитальгий в психогенные — синдрома хронической тазовой боли в диспареунию. В таких случаях необходима диффе-

ренциация соматогенных и психогенных генитальных, поскольку последние требуют специального психотерапевтического воздействия, направленного на купирование болевого синдрома и выработку новых, здоровых психологических установок, которые дадут возможность расширить диапазон приемлемости и оптимизировать сексуальные контакты супругов.

При рассматриваемой форме супружеской дезадаптации у мужей больных женщин в силу парного характера сексуальной функции также возникают сексуальные нарушения (снижение сексуальной активности и предприимчивости, психосексуальная неудовлетворенность), но они имеют относительный характер, проявляясь только по отношению к жене. У них также могут возникать невротические реакции на заболевание жены и сексуальную (супружескую) дезадаптацию. В результате может развиваться усугубляющий ее межличностный конфликт супругов. Тем не менее при совпадении сексуальной культуры и достаточно высоком уровне межличностной адаптации супругов сексуальная дисфункция у жены и супружеская дезадаптация развиваются значительно реже.

Непосредственной причиной рассматриваемой формы супружеской дезадаптации служит стержневое поражение генитальной составляющей анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья вследствие хронического аднексита у женщин. Нарушение психической составляющей этого компонента, отмечающееся у всех супругов вследствие их личностной реакции на заболевание женщин и сексуальную дисгармонию, усугубляет дезадаптацию супружеской пары. Дисгармонирующую роль играет также нарушение других компонентов сексуального здоровья, особенно социально-психологического, наблюдающееся у довольно значительного числа ( $46\pm 3\%$ ) супружеских пар.

В сложном генезе супружеской дезадаптации участвуют и другие негативные, в основном психологические, факторы. Это несоответствие направленности личности, расхождение сексуальной мотивации, неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины. Дисгармонирующую роль играет и такой социальный фактор, как недостаточная и/или неправильная информированность в области психогигиены половой жизни.

В целом полученные в исследовании данные свидетельствуют о многообразии причин нарушения адаптации супругов при рассматриваемой патологии, о сложных механизмах формирования и специфических особенностях проявлений супружеской дезадаптации. Сложность исследуемого феномена диктует необходимость системного и дифференцированного подхода к его психотерапевтической коррекции. В то же время выявленные закономерности открывают возможность разработки патогенетической коррекции дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает хроническим аднекситом, сопровождающимся синдромом тазовой боли.

Система коррекции, разработанная нами в соответствии с принципами, принятыми в клинической практике сексологической школы В.В. Криштала [10],

состоит из четырех компонентов — информационного, эмоционального, поведенческого, личностного, — обращена к трем подсистемам межличностного взаимодействия — интраиндивидуальной, интериндивидуальной, метаиндивидуальной — и осуществляется дифференцированно, комплексно, последовательно и поэтапно. При этом коррекция нарушения сексуального здоровья и супружеской адаптации проводится в двух направлениях: с одной стороны, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение хронического аднексита у женщин, с другой — психотерапия дезадаптации супружеской пары.

Комплексное лечение, направленное на ликвидацию самого воспалительного процесса в гениталиях, на устранение остаточных проявлений перенесенного заболевания, в частности болевого синдрома, являющегося причиной сексуальной дисфункции, проводилось с помощью общепринятых в гинекологической клинике методов (медикаментозная терапия, физиотерапия, включавшая магнитотерапию и гинекологический массаж). В тех случаях, когда после ликвидации воспалительного процесса в гениталиях боли во время полового акта сохранялись и оргазм не наступал, назначались хлорэтиловые блокады на ромб Михаэлиса (через день № 6). Это лечение приводило к исчезновению болей и восстановлению оргазма. С целью повышения специфической чувствительности эрогенных зон гениталий проводили вибромассаж области клитора и входа во влагалище, основываясь на том, что применение механических колебаний низкой частоты позволяет нормализовать возбудимость вегетативных ганглиев и передачу нервных импульсов, улучшает гемодинамику и благотворно влияет на эндокринную функцию яичников [2]. При этом лечебные мероприятия сопровождались потенцирующей психотерапией. В результате проведенных лечебных мероприятий лечение наступило у  $94\pm 4\%$  женщин.

Курс психотерапии супружеской дезадаптации проводили после ликвидации воспалительного процесса в придатках матки. Для решения задач психокоррекции из обширного арсенала ее современных методов использовали адекватные состоянию каждого из компонентов супружеской адаптации. После снятия болевого синдрома у женщин применяли рациональную, индивидуальную и парную, гипносуггестивную психотерапию, самовнушение и аутогенную тренировку. По показаниям назначали пациенткам общеукрепляющие и тонизирующие средства, афродизиаки, мази, повышающие сексуальную чувствительность, гинекологический вибромассаж. Основным методом коррекции сексуально-эротической дезадаптации супругов был сексуально-эротический тренинг, проводимый после нормализации межличностных отношений мужа и жены и повышения уровня их информированности в вопросах секса. При несоответствии полоролевого поведения супругов применяли, прежде всего, ролевой психосексуальный и ролевой поведенческий тренинг, используя на разных этапах коррекции такие методы, как рациональная психотерапия, внушение и самовнушение, реконструктивно-личностная, личностно ориентированная, мотивационная психотерапия.

Для активизации сексуальной функции у женщин со слабой половой конституцией применяли мази фирмы «Инверма», усиливающие чувствительность эрогенных зон, вибромассаж, препараты, активизирующие рефлекторную деятельность спинного мозга (стрихнин, секуринин), физиотерапию. Лечение завершали проведением сексуально-эротического тренинга, позволяющего выработать и закрепить оптимальный стиль половой жизни супругов.

Учитывая, что у многих из находившихся под нашим наблюдением супружеских пар имели место помимо сексуальной дезадаптации нарушения межличностных отношений и недостаточная информированность в области секса, мы вводили в систему психокоррекции групповую психотерапию в сочетании с индивидуальной, коммуникационный тренинг и информационную психотерапию.

Результаты психотерапии супружеской дезадаптации у находившихся под наблюдением супружеских пар обобщены в табл. 2.

Из данных таблицы следует, что полная супружеская адаптация или значительное улучшение (нормальные сексуальные контакты супругов) были достигнуты у 82±8% супружеских пар. Неудачи коррекции были обусловлены в основном неполной компенсацией хронического аднексита у женщин, иногда их отказом сотрудничать с врачом в психотерапевтическом процессе и нормализовать сексуальные отношения из-за низкой значимости сексуальной жизни. Причиной рецидивов было обострение основного заболевания женщин. При всех обстоятельствах лучших результатов удавалось достигнуть в тех случаях, когда

оба супруга проявляли готовность и желание сотрудничать с врачом и активно участвовать в проводимых психотерапевтических мероприятиях.

**Таблица 2**

*Непосредственные и отдаленные результаты психотерапии супружеской дезадаптации при хроническом аднексите с синдромом тазовой боли у жены (данные в %)*

Результаты психотерапии	Количество обследованных, n=32
Полная коррекция дезадаптации	66±8
Значительное улучшение	16±7
Без изменений	19±7
Рецидивы через	
1 год	9±5
2 года	3±3

В целом предложенная система коррекции дала возможность получить высокий и стойкий терапевтический эффект у 69±8% супружеских пар, в которых жена страдала хроническим аднекситом с синдромом тазовой боли. Нам представляется, что, учитывая тяжесть данной патологии и ее основополагающую роль в формировании супружеской дезадаптации, полученный результат позволяет рекомендовать разработанную систему диагностики и психотерапевтической коррекции в клиническую практику.

**Л и т е р а т у р а**

1. Рожановская З.В. Сексуальные расстройства при нарушениях функции яичников // Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— С. 368–369.
2. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Т.4. Клиническая сексология женщин.— Харьков: Акад. сексол. исследований, 1998.— 176 с.
3. Паращук Ю.С. Бесплодие в браке.— К.: Здоров'я, 1994.— 203 с.
4. Запорожець В.М., Цегельський М.С. Акушерство і гінекологія: Навч. посібник: Спільне укр.-амер. видання.— К.: Здоров'я, 1996.— 210 с.
5. Бойчук А.В. Особливості функціональних порушень гіпофізарно-яєчникової системи у жінок з запальними процесами придатків матки // ПАГ.— 1997.— № 6.— С. 95–98.
6. Ботнева И.Л. Генитосегментарная составляющая и ее расстройства // Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— С. 539–550.
7. Бобир Г.М. Подружня дисгармонія у безплідному шлюбі при хронічному аднекситі у жінок та її психотерапія: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— К., 2002.— 18 с.
8. Паращук Ю.С. Искусственное осеменение спермой донора при лечении бесплодия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— К., 1987.— 47 с.
9. Ботнева И.Л. Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин // Общая сексопатология / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977.— С. 396–400.
10. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.

Поступила 05.08.2004

**SPOUSE DEADAPTATION IN CHRONIC ADNEXITIS WITH SYNDROME OF PELVIC PAIN IN WOMEN**

O.V. Noskova

**S u m m a r y**

The mechanisms of forming spouse deadaptation in pelvic pain syndrome in patients with chronic adnexitis are shown. A system of complex diagnosis and psychotherapeutic correction of the deadaptation is suggested.