

2010

Оригинальные статьи:

Березовская, Н. А Невротические и сексуальные расстройства у женщин репродуктивного возраста: особенности формирования и взаимовлияние/  
Н.А.Березовская // Психотерапия и клиническая психология. Минск,2010. – № 1 (32). – С. 6 – 20.

**Невротические и сексуальные расстройства у женщин репродуктивного  
возраста: особенности формирования и взаимовлияние**

*Н. А. Березовская*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск.*

**Аннотация:** В статье приводятся результаты исследования основных психологических характеристик женщин с невротическими и сексуальными расстройствами и механизмов формирования сексуальных функции у женщин с невротическими расстройствами. Исследовано 102 замужних женщины репродуктивного возраста (35,3±4,1-лет), проходившие лечение в РНПЦ психического здоровья в связи с невротическими расстройствами (F40-F45 МКБ-10). Выявлены 3 механизма взаимовлияния сексуальных и невротических расстройств: 1) сексуальные нарушения как следствие невротического расстройства; 2) сексуальные дисфункции являются самостоятельным расстройством, существующим вне зависимости от имеющейся невротической патологии; 3) нарушения сексуальной функции выступают, как один из психотравмирующих факторов, ведущих к возникновению невротического расстройства.

**Ключевые слова:** сексуальные и невротические расстройства, репродуктивный возраст, механизмы формирования.

**Abstract:** The basic psychological characteristics of female patients with neurotic disorders of reproductive age (35,3±4,1 years old) undergoing treatment in National Scientific and Practical Center of Mental health due to neurotic disorders (F40-F45 ICD-10) have been investigated. It has been revealed three basic mechanisms of development of sexual and neurotic disorders: 1) sexual dysfunction is a clinical symptom of neurotic disorders; 2) sexual dysfunctions are independent disorders which are not associated with neurotic pathology; 3) sexual disorders are one of the psychoinjuring factors resulting in neurotic disturbances.

**Key words:** sexual and neurotic disorders, reproductive age, mechanisms of development.

В последние десятилетия в Беларуси, как и во всем мире, наблюдается тенденция к росту невротических расстройств у лиц обоего пола, в особенности у женщин [10, 15]. Вместе с тем, сексуальная сфера женщин, страдающих невротическими расстройствами, в нашей стране никогда не изучалась. Недостаточно освещен этот вопрос и в научной литературе, где доминируют исследования сексуального функционирования мужчин. Но на практике нередко возникают

ситуации, когда на сексологическом приеме у женщины с половой дисфункцией диагностируют невротическое расстройство, а при углубленном расспросе больной с невротическим расстройством, находящейся на лечении в стационаре, выявляются те или иные нарушения сексуальной функции, требующие проведения соответствующего лечения.

Известно, что с одной стороны, невротические расстройства облегчают возникновение половых дисфункций. С другой стороны, нарастающая сексуальная дисгармония является одной из частых причин конфликтов в супружеской паре, и, в свою очередь, может способствовать возникновению либо усугублению невротической симптоматики [6, 17]. Поэтому выяснение распространенности, клинических особенностей и механизмов формирования сексуальных дисфункций у пациенток с расстройствами невротического круга (F40 – F45), определение возможного взаимного влияния сексуальной и невротической патологии является важной научно-практической задачей. По причине тесной связи сексуальной и репродуктивной функций настоящее исследование весьма актуально для нашей страны, где в последние годы сложилась неблагоприятная демографическая ситуация. Известно, что длительно существующие сексуальные проблемы в сочетании с невротическими проявлениями негативно влияют на удовлетворенность супружескими отношениями, порождают пессимистические установки в отношении собственного здоровья и перспектив брачного союза, что может способствовать формированию у женщин отрицательных репродуктивных установок [1, 8]. Нам представлялось важным получить ответ на вопрос о том, каково реальное влияние невротических расстройств и сексуальных дисфункций у женщин на реализацию их репродуктивного потенциала.

Полученные в ходе исследования данные, послужат основой для разработки практических медико-психологических рекомендаций по коррекции наиболее распространенных сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами в детородном возрасте, а также формированию у них положительных репродуктивных установок.

### **Материал и методы**

В исследование включены 102 женщины 18-45 лет, состоящие в браке, страдающие невротическими расстройствами (F40 - F45) находившиеся на стационарном лечении в ГУ «Республиканская клиническая психиатрическая больница» в 2007-08 гг. (основная группа) и 67 замужних женщин без какой либо невротической симптоматики (контрольная группа). Основная и контрольная группа достоверно не различались по среднему возрасту  $33,5 \pm 8,2$  лет и  $32,9 \pm ,6$  лет и другим социодемографическим показателям.

Средняя длительность невротических расстройств в основной группе –  $3,1 \pm 1,8$  лет (тревожных и адаптационных расстройств –  $2,8 \pm 1,6$  лет, диссоциативных и соматоформных расстройств –  $3,6 \pm 1,9$  лет).

Средняя продолжительность выявленных сексуальных дисфункций достоверно не различалась, составляя по данным сексологического анамнеза  $3,7 \pm 1,5$  лет в основной группе и  $4,2 \pm 2,9$  – в контрольной ( $p > 0.05$ ).

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-сексологический, экспериментально-психологический и статистический с использованием пакета программ SPSS 11,5.

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%).

У 67 из 102 женщин (65,7%) согласно критериям МКБ-10 выявлены те или иные сексуальные дисфункции. Отсутствие или потеря полового влечения (F52.0) наблюдалось у 18 женщин (17,6%) основной группы и проявлялось полным отсутствием или значительным снижением интереса к половой жизни, низкой сексуальной активностью и нежеланием проявлять эту активность, что выражалось в исчезновении сексуальных фантазий и заинтересованности в эротических стимулах и материалах, а также в отсутствии психического и физического дискомфорта (сексуальной абстиненции) даже при длительном половом воздержании.

У 7 женщин (6,9%) зарегистрировано сексуальное отвращение (F52.10), проявляющееся глубокой аверсией и страхом перед предстоящей половой близостью, а также неспособностью испытывать сексуальное удовлетворение. Женщины демонстрировали избегающее поведение, обусловленное негативным сексуальным опытом с актуальным партнером. Под любыми предложениями они пытались уклониться от сексуального контакта, а если половой акт все же происходил, то сопровождался сильными отрицательными эмоциями.

У 8 женщин наблюдалось отсутствие генитальной реакции (F52.2), а их основная проблема заключалась в отсутствии увлажнения влагалища (любрикации) при подготовке к коитусу, что затрудняло как интроитус, так и весь дальнейший ход полового акта.

Оргазмическая дисфункция (F52.3) выявлена у 29 женщин (28,5%) основной группы. Причем у 17 из них она проявлялась отсутствием коитального оргазма при сохранном оргазме при мастурбации, а также во сне при эротических сновидениях (относительная аноргазмия). У 12 женщин несмотря на наличие сексуального возбуждения аноргазмия носила тотальный характер (абсолютная аноргазмия). У 11 женщин аноргазмия наблюдалась с самого начала половой жизни (первичная аноргазмия), у 18 - она носила вторичный характер, т. е. развилась после периода, когда женщина испытывала оргазм при половой близости.

5 женщин (4,9%) страдали диспареунией неорганической природы (F52.6), которая характеризовалась повторяющейся или постоянной болью в процессе полового акта, как при интроитусе, так и копулятивных фрикциях (иногда только в коитальных позах, способствующих глубокому проникновению мужского члена во

влагалище). Гинекологическое обследование позволило исключить у них органическую основу гениталгий, связанных с коитальной активностью.

В контрольной группе среди 67 обследованных женщин половой расстройство отсутствовали в 77,8% случаев. Согласно критериям МКБ-10 сексуальные дисфункции зарегистрированы лишь у 15 женщин (22,2%). В том числе: отсутствие или потеря полового влечения – у 7 (10,4%); недостаточность генитальной реакции – у 2 (3%); оргазмическая дисфункция – у 6 женщин ((9%). Причем большинство из них заявили, что не считают свою интимную жизнь проблематичной. Таким образом, выявлена отчетливо выраженная коморбидность невротических и сексуальных расстройств, поскольку последние встречались у женщин основной группы практически в 3 раза чаще, чем в контрольной группе.

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.

Во всех шести 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, астении выраженные в баллах (табл.1). Использовался пятифакторный личностный опросник (5PFQ), адаптированный и валидизированный А. Б. Хромовым (2000).

### **Результаты и их обсуждение**

Анализ типового профиля СФЖ, отражающего наиболее важные показатели женской сексуальности, позволил выявить предсказуемые различия в общих (прогностических) показателях СФЖ в подгруппах основной и контрольной групп с сексологическими нарушениями и без таковых (табл. 1). 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 – 28,9 ( $p < 0,001$ ). 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 19,8 соответственно ( $p < 0,001$ ).

Таблица 1. Психометрические и сексологические показатели в подгруппах

	ОСНОВНАЯ ГРУППА (n =102)				КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА (n =67)	
	Тревожные адаптационные расстройства (n =54)		Диссоциативные, соматоформные расстройства (n =48)		5. Секс. дисфункции (n =15)	6. Без секс. дисфункций (n =52)
	1. Секс. дисфункции (n =36)	2. Без секс. дисфункций (n =18)	3. Секс. дисфункции (n =31)	4. Без секс. дисфункций (n =17)		
Типовой профиль 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 – 6,4/6,1/7,3/5,5/3,6 – 28,9	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 – 5,9/3,7/4,3/4/1,9 – 19,8**	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	0,82 ± 0,11	0,91 ± 0,13
Удовлетв. браком (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 (M±σ)	57,9 ± 9,6**	48,8 ± 7,2*	54,2 ± 10,2**	45,9 ± 12,5*	23,2 ± 5,7*	27,1 ± 12,8*
Депрессия (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)	0,433 ± 0,01*	0,415 ± 0,01	0,432 ± 0,01	0,426 ± 0,02*	0,231 ± 0,01*	0,225 ± 0,09*
Астения	12,0 ± 3,4**	10,3 ± 2,6	8,5 ± 4,3	8,6 ± 4,3	6,0 ± 3,1*	6,9 ± 3,2*

Примечание: \* - различия достоверны между подгруппами основной и контрольной групп; \*\* - различия достоверны внутри групп между подгруппами 1 и 2; 3 и 4, 5 и 6.

Анализ типового профиля СФЖ показал, что в подгруппе женщин, страдающих диссоциативными либо соматоформными расстройствами, регистрируются самые низкие значения 2-го и 6-ого показателей, что указывает на негативное либо индифферентное отношение большей части из них к половой активности и эмоциональный дискомфорт после полового акта.

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 обеих подгруппах контрольной группы показатели Кг у женщин были выше и в своем большинстве соответствовали варианту средней половой конституции (табл. 1). Полученные нами данные свидетельствуют в пользу гипотезы о том, что конституционально ослабленный преморбид может снижать адаптационные возможности организма и предрасполагает к невротическому реагированию [8, 11]. 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 (табл. 1) 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, которые являются для них дополнительным источником хронической психотравматизации 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 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, 16, 19].

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 соответствует средним значениям шкальных оценок М-Ф измерения характерных для скрытой кроссполовой акцентуации – 0,402 при  $p < 0,05$  [2]. 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.

В группе больных с тревожными и адаптационными расстройствами уровни реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности были достоверно выше в подгруппе больных и 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.

Симптомы 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.

Обследование по методике Шмишека-Леонгарда позволило выявить эмотивную акцентуацию у 41,7% женщин страдающих тревожными и адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями (табл.1). С эмотивной акцентуацией связаны чувствительность; впечатлительность; отзывчивость; готовность 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 облегчает возникновение 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. Эмотивная акцентуация чаще всего встречается в подгруппе женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (29,4%). В этом случае она может способствовать усилению невротической симптоматики из-за нарастающего внутреннего конфликта связанного с малой привлекательностью половой жизни при необходимости исполнять «супружеский долг». Вероятно, эмотивная акцентуация характера также в целом облегчает невротическое реагирование в неблагоприятных жизненных ситуациях.

Использование пятифакторного личностного опросника (5PFQ) позволило установить, что по всем выделенным факторам у женщин основной группы показатели выходят за рамки условной «среднестатистической нормы» и достоверно отличаются от показателей женщин контрольной группы ( $p < 0,05$ ). Во всех подгруппах женщин, страдающих невротическими расстройствами доминировали следующие личностные характеристики: интравертированность, обособленность, недоверчивость, эгоцентризм, эмоциональная лабильность, импульсивность, обидчивость, сниженная самооценка. Полученные данные позволяют предположить, что выявленные в основной группе личностные характеристики предрасполагают к развитию у женщин различных невротических расстройств, а повышенную эмоциональную лабильность



можно рассматривать, как психологическую характеристику, которая затрудняет адекватную реализацию женской сексуальности.

На основании анализа данных литературы [1, 3, 6, 7, 8, 12, 14, 18] и опираясь на результаты клинико-психопатологического, сексологического и экспериментально-психологического исследования женщин основной и контрольной групп, нами были выделены 29 переменных, предположительно способствующих развитию сексуальных дисфункций у женщин как имеющих невротические расстройства (основная группа), так и без таковых (контрольная группа). 29 переменных были объединены в 6 групп: 1) связанные с особенностями воспитания и стилем взаимоотношений родителей; 2) обусловленные особенностями сексологического анамнеза; 3) связанные с партнерскими отношениями; 4) связанные с невротическим расстройством; 5) личностные и конституциональные сексологические; 6) акушерско-гинекологические. Для представления структуры связей между переменными использовался корреляционный анализ. Перед получением матрицы корреляций переменные были предварительно дихотомизированы. В ходе анализа матрицы корреляций были выявлены 11 переменных, не имеющих тесных и значимых связей ни с одним из рассматриваемых признаков, поэтому факторный анализ был проведен для 18 оставшихся переменных. Интерпретация производилась на основе матрицы нагрузок, при этом учитывались значения нагрузок и их знаки. Достоверность полученных данных была подтверждена с помощью регрессионного шкалирования ( $p=0,05$ ). Это позволило выделить ряд значимых механизмов формирования сексуальных дисфункций у женщин, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами (фактор 1 в табл. 2), диссоциативными и соматоформными расстройствами (фактор 2), а также участвующих в развитии половых дисфункций в контрольной группе (фактор 3).

*Таблица 2. Факторные нагрузки*

Переменные (х)	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Воспитание негативного отношения к проявлениям сексуальности	0,212	<b>0,591*</b>	<b>0,419*</b>
Развод родителей и воспитание в неполной семье	-0,256	<b>0,549*</b>	0,219
Негативный первый сексуальный опыт	-0,327	<b>0,623*</b>	<b>0,498*</b>
Травмы сексуального насилия в анамнезе	0,296	0,235	<b>0,306*</b>
Узкий диапазон приемлемости	-0,412	<b>0,367*</b>	<b>0,598*</b>
Дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером	<b>0,723*</b>	<b>0,579*</b>	0,271
Сексуальные проблемы у партнера	<b>0,635*</b>	-0,410	<b>0,562*</b>
Отрицательное отношение к личности супруга	-0,289	<b>0,723*</b>	0,107
Задержка психосексуального развития	0,176	<b>0,497*</b>	<b>0,621*</b>
Длительность невротического расстройства свыше 3 лет	<b>0,579*</b>	0,210	-0,172
Обострения невротического расстройства 2 и более	<b>0,496*</b>	<b>0,715*</b>	-0,109

раз в год			
Выраженная диссоциативная и/или сомато-вегетативная симптоматика	0,275	<b>0,746*</b>	-0,164
Депрессивный фон настроения	<b>0,752*</b>	<b>0,321*</b>	-0,156
Астения	<b>0,596*</b>	0,171	-0,385
Высокая личностная тревожность	<b>0,691*</b>	<b>0,412*</b>	0,251
Акцентуации характера (эмотивная)	<b>0,487*</b>	<b>0,319*</b>	-0,152
Варианты ослабленной половой конституции	<b>0,326*</b>	<b>0,483*</b>	-0,117
Страх перед нежелательной беременностью	<b>0,417*</b>	<b>0,591*</b>	0,103

*Примечание: \* - значимые факторные нагрузки (ФН) при  $p < 0,05$ .*

Обращает на себя внимание, что в развитии сексуальных дисфункций у женщин с тревожными и адаптационными расстройствами наибольшее значение имеют дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером, а также наличие сексуальных затруднений у супруга (нарушений эрекции и преждевременной эякуляции). Указанные обстоятельства у 17 из 36 больных в подгруппе (47, 2%) еще до возникновения невротических нарушений привели к возникновению острых проблем в интимных отношениях и нарастанию сексуальной неудовлетворенности, что во многом обусловило последующее возникновение массивной невротической симптоматики, дезактуализирующей половую сферу, что давало этим женщинам своеобразную «вторичную выгоду», за счет смягчения сексуальных фрустраций и переключения внимания на проблемы собственного психического и соматического здоровья. Существенное значение имели длительность течения невротического расстройства, частота его обострений и выраженность психопатологической симптоматики (депрессивный фон настроения, астенический симптомокомплекс). Непосредственная роль невротических расстройств в возникновении сексуальных дисфункций прослежена нами у 13 больных (36,1% от численности подгруппы). Также играли роль эмотивная акцентуация характера, высокая личностная тревожность, несколько ослабленная половая конституция и страх перед нежелательной беременностью. Все это наряду с изначально существующей в супружеской паре сексуальной дисгармонией способствовали тому, что у 6 женщин (16,7%) половые дисфункции (алибидея, аноргазмия), отмечались с начала половой жизни, не вызывая значительного дискомфорта, и на фоне возникших впоследствии невротических расстройств не претерпели существенных изменений.

Напротив, в формировании сексуальных дисфункций у женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами наибольшее значение имели факторы, непосредственно связанные с развившимся невротическим расстройством: выраженная диссоциативная и/или сомато-вегетативная симптоматика, обострения невротического расстройства 2 и более раз в год. Возникновение отчетливо выраженных симптомов сексуальных дисфункций на фоне указанных расстройств зарегистрировано нами у 16 больных, что составляет 51,6 % от численности подгруппы. Имели значение личностные и партнерские факторы, а также особенности воспитания и сексуального анамнеза: отрицательное отношение к личности супруга,

дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером, формирование родителями негативного отношения к сексуальности, их развод и воспитание в неполной семье, негативный первый сексуальный опыт, травмы сексуального насилия в анамнезе, задержки психосексуального развития, страх перед нежелательной беременностью, варианты ослабленной половой конституции, высокая личностная тревожность, узкий диапазон приемлемости; эмотивная акцентуация характера. Полученные данные позволяют предположить, что многочисленные факторы, препятствующие развитию гармоничных сексуальных отношений и дестабилизирующие половую функцию женщин, создавали предпосылки для облегченного вовлечения сексуальной сферы в общую картину невротического расстройства, что более чем в половине случаев привело к быстрому формированию сексуальных дисфункций на фоне возникновения массивной, часто обостряющейся невротической симптоматики.

В подгруппе больных с диссоциативными и соматоформными расстройствами, обнаруживших половые расстройства, у 15 женщин (48,4%) исходный и весьма неблагоприятный для полноценного сексуального функционирования преморбид в сочетании с партнерскими проблемами способствовал раннему формированию половых дисфункций. Причем у 9 пациенток половое влечение отсутствовало с самого начала половой жизни, а сексуальные контакты, не приносящие удовлетворения, для них всегда были безразличны и фактически являлись обременительной супружеской обязанностью. У 6 пациенток сексуальное отвращение и диспареуния, сопровождающиеся выраженным психическим и физическим дискомфортом от интимной близости, также сформировались до возникновения диссоциативных и/или соматоформных расстройств. Поэтому появление невротических симптомов, позволяющих подолгу избегать тягостных половых контактов, мотивируя нежелание интимной близости плохим самочувствием, носило для них «условно желательный» характер.

В возникновении сексуальных дисфункций у женщин в контрольной группе была выявлена роль следующих факторов: задержки психосексуального развития; воспитание родителями отрицательного отношения к проявлениям сексуальности; узкий диапазон приемлемости; сексуальные проблемы у партнера; негативный первый сексуальный опыт, травмы сексуального насилия в анамнезе. Таким образом, сексуальные проблемы женщин контрольной группы были связаны с наиболее выраженными задержками психосексуального развития, обусловленными пуританским воспитанием в семье, которое препятствовало пробуждению у них чувственности, а в дальнейшем табуировало разнообразие ласк и позиций при коитусе. Существенное значение имели неудачный сексуальный дебют, а также эпизоды насильственного принуждения к половому контакту, лишь подтвердившие верность родительских запретов на половую близость и открытое выражение собственной сексуальности, что тормозило формирование у них зрелой сексуальности. В ряде случаев играла роль и неблагоприятная партнерская ситуация, обусловленная наличием сексуальных проблем у супруга. Вместе с тем отсутствие у женщин контрольной группы половых дисфункций, в наибольшей степени затрудняющих взаимную сексуальную адаптацию, таких как отвращение к половым контактам и

диспареуния, а также в целом удовлетворительные межличностные отношения в супружеских парах, создавали условия, исключая серьезные конфликты на почве неудовлетворительных сексуальных отношений. Даже при отсутствии желания близости, полового возбуждения или оргазма женщины в большинстве случаев не противились интимным отношениям, хотя, нередко, вели себя пассивно, весьма формально исполняя супружеские обязанности. Практически все 15 женщин контрольной группы, имеющие по критериям МКБ-10 сексуальные дисфункции, не считали для себя серьезной проблемой, требующей лечения, отсутствие желания половой близости, недостаточную возбудимость или аноргазмию. Лишь трое из них в ходе проводимого исследования впервые осознали, что в их сексуальной жизни возможны изменения к лучшему и решили обратиться за сексологической помощью.

Жалобы сексологического характера активно предъявляли лишь 12 из 67 женщин (19,7%), в подгруппах с невротическими расстройствами и нарушениями половой функции. Причем 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, часто не имея истинного сексуального влечения, обнаруживали задержки психосексуального развития на стадии формирования эротического либидо. Многие из них тяготились необходимостью вступать в половой акт, который, нередко, являлся для них лишь обременительным способом манипулирования партнером. На фоне возникновения или усиления диссоциативных (конверсионных) симптомов, они охотно ограничивали до минимума сексуальные контакты. Такого рода «вторичная выгода» невротической симптоматики, несомненно, затрудняла ее эффективную коррекцию.

Обобщая полученные данные, следует отметить, что у 23 из 67 женщин основной группы, имеющих сексуальные дисфункции, возникновению массивной невротической симптоматики, дезактуализирующей сексуальную сферу, предшествовали половые расстройства (оргазмическая дисфункция, сексуальная аверсия, диспареуния), которые привели к нарастанию сексуальной неудовлетворенности и супружеским конфликтам. Проблемы в сфере интимных отношений у этих пациенток были обусловлены невозможностью получения в ходе половой близости с супругом адекватную по фокусу и длительности сексуальную стимуляцию, следствием чего являлись длительно неотреагированное половое возбуждение и психоэмоциональный дискомфорт. 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 невротических симптомах, как альтернатива нарастающим супружеским конфликтам на почве неудовлетворенных сексуальных потребностей. Таким образом, достигалась своеобразная взаимная фиксация сексуальных и невротических нарушений с формированием классического «порочного круга», когда половые дисфункции у женщин вели к возникновению и усилению у них невротических расстройств, которые, в свою очередь, усугубляли сексологическую симптоматику, в ряде случаев приводя к угасанию половых потребностей и еще большему уходу в невротические переживания.

У 29 женщин основной группы (43,3%) прослежена временная взаимосвязь между возникновением или нарастанием массивной невротической симптоматики и развитием сексуальных дисфункций, которые соответствовали критериям рубрики F52, но фактически выступали как одно из проявлений имеющегося невротического расстройства. У них наибольшее значение имела степень выраженности тревожно-депрессивных, астено-депрессивных, диссоциативных и соматоформных расстройств, которые оказывали негативное влияние на половое влечение и возбуждение, способность испытывать оргазм. Половые дисфункции были восприняты большей частью пациенток, как дополнительное свидетельство тяжести возникшего у них заболевания, что, в свою очередь, способствовало усилению у них тревожно-депрессивной симптоматики и сомато-вегетативных нарушений.

У 15 женщин (22,4%) основной группы зрелая сексуальность вообще не пробудилась, а половые дисфункции, которые у них отмечались с самого начала половой жизни, не претерпели существенных изменений на фоне невротических расстройств. Вместе с тем, уменьшение частоты половых контактов, которые никогда не приносили удовлетворения, а порой, превращались в тягостную повинность, воспринималось этими пациентками скорее позитивно, хотя и было обусловлено невротической симптоматикой.

Во всех подгруппах основной и контрольной групп проведена оценка репродуктивных установок женщин: уточнялось, какое количество детей хотела бы иметь женщина. Однако наиболее объективными показателями реализации женщиной своего репродуктивного потенциала является фактическое количество рожденных детей и число искусственных прерываний беременности. [4, 5, 13]. Необходимые сведения были получены из карт сексологического обследования (табл. 3).

Таблица 3. Репродуктивные установки женщин в основной и контрольной группах

		ОСНОВНАЯ ГРУППА (n =102)		КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА (n =67)	
		Тревожные и адаптационные расстройства (n =54)	Диссоциативные, соматоформные расстройства (n =48)	Секс. дисфункции и (n =15)	Без секс. дисфункций (n =52)
1.Секс.	2.Без	3.Секс.	4.Без		

	дисфункции и (n =36)	секс. дисфункций(n=18)	дисфункц ии (n=31)	секс. дисфункц ий(n=17)		
Кол-во рожденных детей (M±σ)	0,94± 0,82**	1,22±0,93	0,91 ± 0,90**	1,21 ± 0,92	1,55±0,76*	1,58±0,94*
Желаемое кол-во детей (M±σ)	1,41 ±0,62	1,52±0,53	1,38±0,41	1,51±0,61	2,04±0,83*	2,12 ±1,21*
Число абортсв (M±σ)	2,31±0,93	2,14±1,21	2,20 ±1,94	2,07±1,26	1,34±1,14*	1,31±1,16*

Примечание: \*- различия достоверны между подгруппами основной и контрольной группы; \*\* - различия достоверны между 1 и 2, 3 и 4 подгруппами основной группы.

Таким образом, во всех подгруппах женщин, страдающих невротическими расстройствами, наблюдались достоверные отличия от подгрупп контрольной группы. У них зарегистрировано меньшее количество детей, большее число абортсв и преобладание отрицательных репродуктивных установок (не более 1 ребенка). Причем, как видно из табл. 1, в обеих подгруппах у женщин с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями количество детей было наименьшим даже в сравнении с подгруппами женщин с аналогичными невротическими расстройствами, но без сексуальных дисфункций ( $p < 0,05$ ). Это позволяет предположить, что сочетание сексуальной и невротической патологии у женщин детородного возраста оказывает наиболее негативное влияние на реализацию их репродуктивного потенциала.

### **Выводы**

Из 102 женщин детородного возраста с невротическими расстройствами у 65,7% 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.

В развитии сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами играет роль сложная констелляция факторов: личностные и конституциональные особенности; асексуальное воспитание в семье; задержки психосексуального развития; негативный сексуальный опыт; проблемы в партнерских отношениях; выраженность и длительность невротических проявлений.

Установлено, что в одних случаях неблагоприятные для формирования женской сексуальности особенности воспитания и сексологического анамнеза, личностные и конституциональные характеристики приводят к возникновению сексуальных

дисфункций с начала половой жизни; в других – способствуют их возникновению позднее, на фоне проблемных партнерских отношений; в третьих – облегчают развитие половых нарушений, обусловленных невротической патологией.

Сексуальные дисфункции у женщин, страдающих невротическими расстройствами, могут выступать в качестве их причины (34,3 %), возникать вторично, являясь их следствием (43,3%), либо, формируясь в начале половой жизни, сопутствовать развившейся позднее невротической патологии (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», негативно влияя как на течение невротических расстройств, так и на удовлетворенность интимными отношениями и браком в целом.

У женщин с невротическими расстройствами выявлено преобладание отрицательных репродуктивных установок, достоверно более низкие, чем в контрольной группе показатели рождаемости и более высокая частота прерываний беременности. Наиболее выраженные негативные тенденции прослежены у пациенток с сочетанной невротической и сексуальной патологией. Поэтому эффективная коррекция невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста важна не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях более полной реализации репродуктивного потенциала.

#### Список литературы

1. Агарков, С. Т. Нарушения супружеской адаптации / С. Т. Агарков // Сексология и сексопатология. – 2005. – № 3. – С.13-14.
2. Алексеев, Б. Е. Полоролевое поведение и его акцентуации / Б. Е. Алексеев. – СПб.: Речь, 2006. – 144 с.
3. Артифексов, С. Б. Сексуальная медицина / С. Б. Артифексов. – Москва: Мед. книга, 2006. – 236 с.
4. Здоровье матери и ребенка: информационно-аналитические материалы / под ред. Л.И. Матуш, Г.А. Шишко. - Минск: ЮНИПАК, 2002. - 96 с.
5. Борисова, З.К. Медико – социальные аспекты репродуктивного потенциала девушек- подростков / З.К Борисова // Практическая медицина. Гинекология, эндокринология. Казань. – 2007. – № 1. – С 34-36.
6. Имелинский, К. Сексология и сексопатология: пер. с польск. / К. Имелинский. – М.: Медицина, 1986. – 423 с.
7. Крадохвил, С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: пер. с чеш. / С. Крадохвил. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
8. 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.

9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – Санкт-Петербург: Адис, 1994. – 304 с.
10. 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.
11. Свядош, А. М. Женская сексопатология / А. М, Свядош. – М.: Медицина, 1988. – 176 с.
12. Сурмач, М.Ю Проблемы реформирования системы охраны репродуктивного здоровья в Беларуси / М.Ю. Сурмач // Материалы международной научной конференции «Россия и социальные измерения в современном мире». Ломоносовские чтения: сборник статей молодых ученых. М.: МАКС Пресс, 2004. С.39-42.
13. Сексопатология: Справ. / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
14. Федорова, А. И. Диспареуния: патогенез, диагностика, лечение: автореферат дис.... доктора мед. наук: 14.00.18; 19.00.04 / А.И. Федорова; ГОУ «СПб МАПО». – СПб, 2007. – 50 с.
15. 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.
16. 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.
17. 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: –1209 – 1214p.
18. Rosen, R. Case studies in sex therapy. / R. Rosen, S. Leiblum // New York: Guilford Press. – 1995. – 324 p.
19. Woody, J. Theating sexual distress. / J. Woody // Newbury Park, CA: Sage Publications. – 1992. – 302 p.

### **Тезисы и материалы конференций**

Березовская, Н. А. Репродуктивные установки женщин, страдающих невротическими и сексуальными расстройствами. 3-ий съезд психиатров Беларуси, Минск, 3-4 декабря 2009.

Березовская, Н. А. Механизмы развития сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами. 3-ий съезд психиатров Беларуси, Минск, 3-4 декабря 2009.

***Березовская Н. А. г. Минск***

**Репродуктивные установки женщин, страдающих невротическими**



### **и сексуальными расстройствами**

На сегодняшний день актуальными остаются вопросы демографической безопасности Республики Беларусь. К числу наиболее отрицательных явлений и тенденций в области демографического развития республики следует отнести: сокращение рождаемости до уровня, не обеспечивающего простое замещение родительских поколений, снижение социальных норм детности и депопуляцию (отношение числа умерших к числу родившихся). Особенности сексуального функционирования и семейных отношений у женщин представляют значительный интерес в связи с близостью репродуктивной и сексуальной функций. В рамках исследования сексуальной сферы женщин детородного возраста, страдающих невротическими расстройствами, мы провели анализ их репродуктивных установок.

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 2007-2008 гг. Контрольную группу составили 67 замужних женщин детородного возраста без каких-либо невротических расстройств. Обе группы достоверно не различались по среднему возрасту  $33,5 \pm 8,2$  лет и  $32,9 \pm 7,6$  лет и другим социодемографическим показателям.

Для анализа репродуктивных установок основная группа была разделена на 2 подгруппы: 1) женщины с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями ( $n = 67$ ) и 2) женщины с невротическими расстройствами без сексуальных дисфункций ( $n = 35$ ). Контрольная группа также была разделена на 2 подгруппы: 3) женщины без сексуальных дисфункций ( $n = 52$ ); 4) женщины с сексуальными дисфункциями ( $n = 15$ ).

Наиболее объективными показателями, отражающими истинные репродуктивные установки, является фактическое количество рожденных детей и число прерываний беременности. Необходимые сведения были получены из карты сексологического обследования.

Выявлено, что среди женщин с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями не имеют детей 22 из 67 (32,8 %) женщин, 1 ребенка имеют 28 (41,8%), а 2 и более – 17 (25,4%). Из них ни разу не прерывали беременность лишь 11 (16,4%), 1 раз – 19 (28,4%), а 2 и более раз – 37 (55,2%) женщин. Женщины с невротическими расстройствами без сексуальных дисфункций: не имеют детей 7 (20%), 1 ребенка имеют 16 (45,7%), 2 и более детей – 12 (34,3%). Ни разу не прерывали беременность 10 (28,6%), один раз – 8 (22,8%), 2 и более раз – 17 (48,6%) женщин.

Среди женщин контрольной группы с сексуальными дисфункциями 2 (13,3%) не имеют детей, один ребенок у 4 (26,7%), 2 и более детей у 9 (60%). Ни разу не прерывали беременность 4 (26,7%) женщины, один раз – 4 (26,7%), 2 и более раз – 7 (46,6%). Женщины контрольной группы без сексуальных дисфункций – нет детей у 7 (13,5%) женщин, один ребенок у 19 (36,5%), 2 и более детей у 26 (50%) женщин, ни разу не прерывали беременность 12 (23,1%) женщин, 1 раз – 22 (42,3%), 2 раза и более прерывали беременность 18 (34,6%) женщин.

При статистическом анализе выявлены достоверно более низкие, чем в контрольной группе показатели рождаемости и более высокая частота прерываний беременности у женщин с невротическими расстройствами, причем наиболее негативные тенденции прослежены у пациенток с сочетанной невротической и сексуальной патологией. Полученные данные свидетельствуют о значимости эффективной коррекции невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях формирования у них позитивных репродуктивных установок.

	ОСНОВНАЯ ГРУППА (n =102)				КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА (n =67)	
	Тревожные и адаптационные расстройства (n =67)		Диссоциативные, соматоформные расстройства (n =35)		С сексуальными расстройствами и (n =15)	Без сексуальных расстройств (n =52)
	Секс. дисфункции (n =36)	Без секс. дисфункций (n =18)	Секс. дисфункции (n =31)	Без секс. дисфункций (n =17)		
Кол-во детей	0-11 (30,6%) 1-17 (47,2%) 2-7 (19,4%) 3-1 (2,8%)	0-3 (16,7%) 1-10 (55,6%) 2-3 (16,7%) 3-2(11%)	0-11 (35,5%) 1-11 (35,5%) 2-8 (25,8%) 3-1 (3,2%)	0-4 (23,5%) 1-6 (35,5%) 2-6 (35,3%) 3-1 (5,9%)	0-2 (13,3%) 1-4 (26,7%) 2-9 (60%)	0-7 (13,5%) 1-19 (36,5%) 2-18 (34,6%) 3-7 (13,5%) 4-1 (1,9%)
Кол-во абортов	0-4 (11,1%) 1-11 (30,6%) 2-17 (47,2%) 3-3 (8,3%) 4-1(2,8%)	0-4 (22,2%) 1-4 (22,2%) 2-8 (44,4%) 3-1 (5,6%) 5-1 (5,6%)	0-7 (22,6%) 1-8 (25,8%) 2-11 (35,5%) 3-2 (6,5%) 4,5,10-(3,2%)	0-6 (35,3%) 1-4 (23,5%) 2-3 (17,6%) 3-4 (23,5%)	0-4 (26,7%) 1-4 (26,7%) 2-5 (33,3%) 3-2 (13,3%)	0-12 (23,1%) 1-22 (42,3%) 2-12 (23,1%) 3-3 (5,8%) 4-3 (5,8%)

*Н. А. Березовская г. Минск*

**Механизмы развития сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами**

В настоящее время в Беларуси, как и большинстве развитых стран, наблюдается тенденция к росту невротических расстройств, которым в ряде случаев (чаще у женщин) сопутствуют сексуальные дисфункции. Последние негативно влияют на удовлетворенность супружескими отношениями и могут приводить к усилению невротической симптоматики. Поэтому определение причин формирования половых дисфункций у женщин с невротическими расстройствами, является актуальной научно-практической задачей.

Нами были обследованы 102 женщины 18-45 лет, состоящие в браке, страдающие невротическими расстройствами (F40 - F45) находившиеся на стационарном лечении в ГУ «РКПБ» в 2007-08 гг. (основная группа) и 67 замужних женщин без невротической симптоматики (контрольная группа). Группы достоверно не различались по среднему возрасту ( $33,5 \pm 8,2$  лет и  $32,9 \pm 7,6$  лет) и другим социодемографическим показателям.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-сексологический, экспериментально-психологический и статистический с использованием пакета программ SPSS 11,5.

У 67 из 102 женщин основной группы (65,7%) согласно критериям МКБ-10 были выявлены 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%), причем большинство из них отметили, что не считают свою интимную жизнь проблематичной.

В зависимости от преобладающей невротической симптоматики и наличия либо отсутствия сексуальной патологии основная группа была разделена на 4 подгруппы: 1) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями ( $n=36$ ); 2) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами без сексуальных дисфункций ( $n=18$ ); 3) женщины с диссоциативными, соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями ( $n=31$ ); 4) женщины с диссоциативными, соматоформными расстройствами без сексуальных дисфункций ( $n=17$ ). Контрольная группа разделена на подгруппы: 5) женщины без сексуальных дисфункций ( $n=52$ ); 6) женщины с сексуальными дисфункциями ( $n=15$ ).

Нами были выделены 29 факторов (переменных), предположительно способствующих развитию сексуальных дисфункций у женщин. В ходе статистической обработки была подтверждена значимость 18 переменных, которые и были использованы для факторного анализа. Установлено, что в развитии сексуальных дисфункций у женщин с тревожными и адаптационными расстройствами (в порядке значимости) играют роль следующие факторы: депрессивный фон настроения, дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером, высокая личностная тревожность, сексуальные проблемы у партнера, выраженная астенизация, длительность невротического расстройства свыше 3 лет, обострения невротического расстройства 2 и более раз в год, эмотивная акцентуация характера, страх перед нежелательной беременностью, ослабленная половая конституция. В формировании сексуальных дисфункций у женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами принимали участие следующие факторы: наличие выраженной диссоциативной и/или сомато-вегетативной симптоматики, отрицательное отношение к личности супруга, обострения невротического расстройства 2 и более раз в год, негативный первый сексуальный опыт, воспитание негативного отношения к сексуальности, страх перед нежелательной беременностью, дисгармоничное

сексуальное взаимодействие с партнером; развод родителей и воспитание в неполной семье, травмы сексуального насилия в анамнезе, ослабленная половая конституция, высокая личностная тревожность, узкий диапазон приемлемости; депрессивный фон настроения, эмотивная акцентуация характера. В развитии сексуальных дисфункций у женщин контрольной группы играли роль: узкий диапазон приемлемости; сексуальные проблемы у партнера; негативный первый сексуальный опыт; жилищные условия, затрудняющие создание интимной обстановки; отрицательное отношение к личности супруга; воспитание негативного отношения к сексуальности.

Полученные нами данные указывают на высокую коморбидность невротических расстройств и сексуальных дисфункций, которые наблюдались у женщин основной группы в 3 раза чаще, чем в контрольной, что необходимо учитывать при разработке лечебных мероприятий.

В формировании сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами выявлена роль сложной констелляции факторов, связанных как с характером невротических проявлений (длительностью заболевания и частотой обострений, выраженностью психопатологической симптоматики), так и проблемами в партнерских отношениях, включая сексуальную дисгармонию и половые расстройства у супруга, рядом личностных и конституциональных особенностей (высокая личностная тревожность, страх забеременеть, эмотивная акцентуация характера, ослабленная половая конституция) и наличия негативного первого сексуального опыта.

Было 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, что негативно влияет как на течение невротических расстройств, так и на удовлетворенность интимными отношениями в браке в целом.

## **Автореферат диссертационного исследования**

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

УДК 616.89–008.442: 618.179–009.8

**БЕРЕЗОВСКАЯ**  
**Наталья Анатольевна**

**СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА,  
СТРАДАЮЩИХ НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

по специальностям: 14.00.18 – психиатрия  
19.00.04 – медицинская психология

Минск 2010

Работа выполнена в УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Научный руководитель:** **Скугаревский Олег Алексеевич,**  
доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии УО «Белорусский государственный медицинский университет»

**Официальные оппоненты:** **Игумнов Сергей Александрович,**  
доктор медицинских наук, профессор, директор ГУ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья»

**Остянко Юрий Иванович,**  
кандидат медицинских наук, заведующий отделом сложных экспертиз и контрольно-методической работы Управления судебно-психиатрических экспертиз государственной службы медицинских экспертиз

**Оппонирующая организация:** ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится 19 апреля 2010 года в 14.00 часов на заседании совета по защите диссертаций Д 03.18.06 при УО «Белорусский государственный медицинский университет» по адресу: 220116, Минск, пр-т Дзержинского, 83; тел. 272-55-98; e-mail: bsmu@bsmu.by.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке УО «Белорусский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан « 18 » марта 2010 г.

Ученый секретарь совета



## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** В последние десятилетия во всем мире наблюдается тенденция к росту невротической патологии у лиц обоего пола, в особенности у женщин (Л.Н. Юрьева, 2001). По данным Б.Д. Петракова (1995), количество психозов увеличилось с 1900 года в 3,8 раза, а заболеваемость невротическими расстройствами возросла в 61,7 раза. Согласно МКБ-10, к психическим и поведенческим расстройствам отнесены и сексуальные дисфункции, не обусловленные органическим расстройством или заболеванием, которые могут сочетаться с психопатологическими нарушениями невротического регистра. Известно, что невротические расстройства облегчают возникновение половых дисфункций и связанных с ними супружеских конфликтов, а фрустрация сексуальных потребностей нередко способствует возникновению либо усугублению невротической симптоматики у одного или обоих партнеров (К. Имелинский, 1986; S. Garcia et al., 2008). Поэтому выяснение распространенности и клинических особенностей сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами, определение возможного взаимного влияния сексуальной и невротической патологии является актуальной научно-практической задачей. По причине тесной связи сексуальной и репродуктивной функций исследование женского сексуального здоровья весьма актуально для нашей страны, где в последние годы сложилась неблагоприятная демографическая ситуация (М.Ю. Сурмач, 2004). В связи с этим вопрос о реальном влиянии невротических расстройств и половых дисфункций у женщин на реализацию ими репродуктивного потенциала имеет большую медико-социальную значимость.

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Связь работы с научными программами, темами.** Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР УО «БГМУ» на 2005–2009 годы «Доклиническая и клиническая характеристика психических и поведенческих расстройств в онтогенезе (биопсихосоциальный аспект, диагностика, коррекция)», № гос. регистрации 2005425.

**Цель исследования:** на основании комплексной оценки клинико-психологических параметров и особенностей сексуальной сферы установить факторы, способствующие формированию сексуальных дисфункций у женщин репродуктивного возраста при различных формах невротических расстройств.

**Задачи исследования:**

1. Провести клинико-психологический анализ невротических расстройств у замужних женщин 18–45 лет, проходящих лечение в условиях стационара.
2. Определить особенности супружеских отношений и сексуального функционирования у женщин с невротическими расстройствами и без таковых.

3. Выявить значимые факторы формирования сексуальных дисфункций у женщин, страдающих различными невротическими расстройствами.

4. Установить характер и степень взаимовлияния невротических и сексуальных нарушений, выявленных у женщин репродуктивного возраста.

5. Уточнить влияние сексуальных дисфункций и невротических расстройств у женщин на реализацию их репродуктивного потенциала.

**Объект исследования:** женщины репродуктивного возраста (18–45 лет), состоящие в браке, страдающие психическими расстройствами невротического регистра (F40–F45, МКБ-10), проходящие лечение в условиях стационара.

**Предмет исследования:** клинико-психологические характеристики, сексологический статус и репродуктивные установки женщин, включенных в исследование.

**Научная новизна исследования.** Комплексное исследование клинико-психологического статуса и особенностей функционирования половой сферы женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами, в нашей стране проведено впервые. Оно позволило установить высокую частоту сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами, определить структуру, клинические особенности и основные механизмы развития нарушений половой функции, выявить характер взаимоотношений между имеющейся сексологической и невротической патологией.

Впервые изучены репродуктивные установки женщин с невротическими расстройствами и показано: наличие сочетанных невротических и сексуальных расстройств негативно влияет на реализацию их репродуктивного потенциала, что вносит определенный вклад в сложную демографическую ситуацию в нашей стране.

**Практическая значимость.** Полученные в ходе исследования результаты существенно дополняют представления о распространенности и структуре сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами, об особенностях их развития и характере взаимоотношений между невротической и сексуальной патологией. Данные о взаимовлиянии невротических и половых нарушений позволяют выработать адекватный подход к лечению их сочетанных клинических вариантов. Они позволяют психиатрам и психотерапевтам более эффективно выявлять у женщин детородного возраста с невротическими расстройствами патогенетически значимые сексуальные дисфункции и направлять к сексологам для их целенаправленной коррекции, что способствует более эффективному лечению невротической патологии, гармонизации семейно-сексуальных отношений, а также более полной реализации женщинами своего репродуктивного потенциала. С учетом недостаточной информированности женщин в вопросах нормы и отклонений в сексуальном функционировании, выявленной в ходе исследования, нами разработано научно-информационное пособие для обращающихся за амбулаторной и стационарной психиатрической помощью [13], которое внедрено в практику работы УЗ «Городской психоневрологический диспансер» г. Минска, психосоматического отделения УЗ «10-я ГКБ» г. Минска, 20 и 31 отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья». Результаты проведенного



исследования используются в учебном процессе на кафедре психиатрии и медицинской психологии УО «БГМУ». Полученные данные могут послужить основой для разработки практических медико-психо-логических рекомендаций по коррекции наиболее распространенных сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами в детородном возрасте и формированию у них положительных репродуктивных установок.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. У женщин репродуктивного возраста невротические расстройства часто сочетаются с нарушениями в сексуальной сфере.

2. В формировании половых дисфункций у женщин с невротическими расстройствами участвует сложная констелляция факторов, связанных как с характером течения и клиническими особенностями невротической патологии, так и с дисгармоничными супружескими отношениями, сексологическим анамнезом, конституциональным и личностным преморбидом.

3. Сексуальные дисфункции у женщин, страдающих невротическими расстройствами, могут выступать в качестве их основной причины, возникать вторично, являясь их следствием, либо, формируясь с самого начала половой жизни, сопутствовать развившейся позднее невротической патологии.

4. Выявленные у женщин невротические и сексуальные расстройства имеют тенденцию к взаимному усилению симптоматики, что оказывает негативное влияние на супружеские отношения и качество жизни, связанное со здоровьем, а также реализацию их репродуктивного потенциала.

**Личный вклад соискателя.** Все основные научные результаты диссертационной работы получены автором лично. Соискатель лично осуществил планирование исследования, выбор методов и объема выборки для диссертационной работы, обследование 102 пациенток и 67 здоровых лиц с использованием клинических методов и психометрических методик, анализ, статистическую обработку и теоретическое обоснование результатов, написание всех разделов работы, выводов и статей.

**Апробация результатов диссертации.** Основные результаты проведенных исследований были представлены в виде докладов на ежегодных международных конференциях Белорусского государственного университета «Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы» (2007 и 2008 гг.), на Республиканской научно-практической конференции с международным участием «Медико-психологическая реабилитация граждан, подвергшихся радиационному воздействию вследствие аварий и катастроф: концептуальные подходы» (Гомель, 2008), на научных сессиях УО «Белорусский государственный медицинский университет», секция «Неврология, нейрохирургия и психиатрия» (Минск, 2009, 2010), на Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию кафедры сексологии Ереванского медицинского университета (Ереван, 2009), на 19 Всемирном конгрессе по сексуальному здоровью (The 19<sup>th</sup> WAS World Congress for Sexual Health «Sexual Health and Rights: A Global Challenge») – постерный доклад PO-1739 (Гетеборг, 2009), на Международной конференции «Психотерапия и консультирование: технологии и

духовное измерение» (Москва, 2009), на III съезде психиатров и наркологов Республики Беларусь «Психиатрия и современное общество» (Минск, 2009).

**Опубликованность результатов диссертации.** По теме диссертации опубликовано 13 научных работ. Из них 7 статей, в том числе 4 (2,9 авторских листа) в научных журналах, включенных в перечень научных изданий Республики Беларусь для опубликования результатов диссертационных исследований; 3 – в сборниках (1 – в России, 1 – в Армении), 5 тезисов докладов на международных съездах и конференциях (1 – в Швеции). 2 тезисов написано в соавторстве. Общее количество страниц единолично опубликованных материалов – 7,5 авторских листа.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация изложена на 136 страницах машинописного текста. Состоит из введения, общей характеристики работы, основной части, заключения (105 страниц), списка использованной литературы и 6 приложений (13 страниц). В диссертации содержится 21 рисунок и 16 таблиц. Библиографический список (18 страниц) включает 222 наименования, в том числе 126 на русском, 96 на английском языке.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Нами проведено одномоментное контролируемое сравнительное исследование клинических особенностей невротических расстройств (в основной группе), а также психологических характеристик, параметров сексуального функционирования, удовлетворенности различными аспектами брака и качества жизни всех женщин выборки, а также оценка их репродуктивного потенциала. В исследование включено 169 лиц женского пола репродуктивного возраста.

*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); отсутствие психической патологии, включая расстройства невротического спектра (для контрольной группы); информированное согласие на участие в исследовании.

*Критерии исключения из исследования:* психические и поведенческие расстройства кроме относящихся к рубрикам F40–F45 МКБ-10 (для основной группы); наличие клинически значимой сомато-неврологической и гинекологической патологии; беременность в любом сроке и первый год после родов.

*Основную группу* составили 102 женщины, страдающие тревожно-фобическими и другими тревожными, адаптационными, диссоциативными и соматоформными расстройствами, проходившие стационарное лечение в психоневрологическом отделении (20 отделение) и психосоматическом отделении (31 отделение) ГУ «РКПБ» в 2007–2008 гг.

*Контрольная группа* состояла из 67 женщин детородного возраста без каких-либо психических и поведенческих расстройств. Средняя длительность невротических расстройств в основной группе –  $3,1 \pm 1,8$  лет (тревожных и адаптационных расстройств –  $2,8 \pm 1,6$  лет, диссоциативных и соматоформных расстройств –  $3,6 \pm 1,9$  лет ( $p > 0,05$ )).

Средняя продолжительность выявленных сексуальных дисфункций статистически значимо не различалась, составляя по данным сексологического анамнеза  $3,9 \pm 1,5$  лет в основной группе и  $4,2 \pm 2,9$  – в контрольной ( $p > 0,05$ ). Средний возраст женщин в основной группе составил  $33,5 \pm 8,2$  лет. Средний возраст женщин в контрольной группе составил  $32,9 \pm 7,6$  лет. Основная и контрольная группа статистически значимо не различались по возрасту. Средний возраст начала половой жизни составил  $17,9 \pm 2,6$  лет у женщин основной и  $17,5 \pm 2,4$  лет у женщин контрольной группы ( $p > 0,05$ ). Все женщины

основной и контрольной групп состояли в браке. Средний возраст вступления в брак у женщин основной и контрольной групп статистически значимо не различался: соответственно  $23,5 \pm 5,4$  лет и  $22,9 \pm 5,1$  лет ( $p > 0,05$ ). В основной группе 38,2% пациенток имели среднее образование, 41,2% – среднее специальное, 20,6% – высшее и незаконченное высшее образование. В контрольной группе среднее образование имели 34,3% женщин, среднее специальное – 43,3%, а высшее и незаконченное высшее – 22,4%. Материально-бытовые условия женщин в обеих группах значимо не различались. В группах имелись различия по среднему количеству рожденных детей на одну женщину. Так, в контрольной группе этот показатель составлял  $1,52 \pm 0,7$ , в то время как в основной группе он был достоверно ниже –  $1,04 \pm 0,9$  ( $p < 0,01$ ).

*Дизайн и методы исследования.* Исследование по своему дизайну было одномоментным (поперечным) сравнительным контролируемым с формированием выборки методом направленного отбора на основании критериев диагностики невротических расстройств (МКБ-10). Использовались следующие методы:

– клинико-психопатологический с использованием диагностических критериев МКБ-10;

– клинико-сексологический с применением опросника «Сексуальная формула женская» (СФЖ), стандартной карты сексологического обследования и анкеты-приложения, шкалы векторного определения половой конституции, метода структурного анализа сексуальных расстройств (Г.С. Васильченко, И.Л. Ботнева 1983, 1990); методика диагностики кроссполовых акцентуаций полоролевого поведения (Б.Е. Алексеев, 2006).

– экспериментально-психологический с использованием стандартизированных шкал и опросников: опросник Спилбергера–Ханина для оценки уровня тревожности; опросник Бека для оценки степени выраженности депрессивных переживаний; субъективная шкала оценки астении (MFI-20); пятифакторный опросник личности (5 PFQ) в адаптации А.Б. Хромова; опросник Шмишека–Леонгарда для выявления акцентуаций характера; опросник удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко; экспресс-методика оценки качества жизни NAIF, разработанная Р. Hugenhiltz, R. Erdman.

– статистический с использованием пакета программ SPSS 11.5. Полученные данные обрабатывались с помощью методов описательной, аналитической статистики и теории статистического вывода с учетом характера данных и формы их распределения.

В спектре невротических расстройств у женщин основной группы по критериям МКБ-10 наиболее широко были представлены: смешанное тревожное и депрессивное расстройство (17,6%), расстройства адаптации (13,7%), соматоформная вегетативная дисфункция (11,8%), диссоциативное расстройство моторики и ощущений (10,8%), недифференцированное соматоформное расстройство (6,9%), генерализованное тревожное расстройство (6,9%), смешанное диссоциативное расстройство (6,9%), паническое расстройство (4,9%).

На этом этапе исследование выявило сочетанный характер невротических расстройств и сексуальных дисфункций у 67 из 102 женщин (65,7%) основной группы ( $\chi^2=10,7$ ;  $v=0,635$ ,  $p<0,01$ ). Согласно МКБ-10 сексуальные дисфункции были представлены у них: отсутствием или потерей полового влечения (F52.0) – у 18 (17,6%); сексуальным отвращением (F52.10) – у 7 (6,9%); отсутствием генитальной реакции (F52.2) – у 8 (7,8%); оргазмической дисфункцией (F52.3) – у 29 (28,5%); диспареунией неорганической природы (F52.6) – у 5 (4,9%).

В контрольной группе среди 67 обследованных женщин сексуальные дисфункции зарегистрированы лишь у 15 (22,4%). В их числе: отсутствие или потеря полового влечения – у 7 (10,4%); недостаточность генитальной реакции – у 2 (3%); оргазмическая дисфункция – у 6 женщин (9%).

Для реализации задач исследования в зависимости от преобладающей невротической симптоматики и наличия либо отсутствия сексуальной патологии основная группа была разделена на 4 подгруппы: 1) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями (n=36); 2) женщины с тревожными, адаптационными расстройствами без сексуальных дисфункций (n=18); 3) женщины с диссоциативными (конверсионными), соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (n=31); 4) женщины с диссоциативными (конверсионными), соматоформными расстройствами без сексуальных дисфункций (n=17). Контрольная группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от наличия либо отсутствия сексуальной патологии: 5) женщины с сексуальными дисфункциями (n=15); 6) женщины без сексуальных дисфункций (n=52).

### **Результаты и их обсуждение**

Анализ типового профиля СФЖ, отражающего наиболее важные показатели женской сексуальности, позволил выявить предсказуемые различия в общих (прогностических) показателях СФЖ в подгруппах основной и контрольной групп с сексологическими нарушениями и без таковых (таблица 1). 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 – 28,9 ( $p<0,001$ ). 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 статистически значимо 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 19,8 соответственно ( $p < 0,001$ ). Анализ типового профиля СФЖ показал, что в подгруппе женщин, страдающих диссоциативными либо соматоформными расстройствами, регистрируются самые низкие значения 2-го и 6-го показателей, что указывает на негативное либо индифферентное отношение большей части из них к половой активности и эмоциональный дискомфорт после полового акта.

Дифференцированный анализ показателей половой конституции в сравниваемых подгруппах среди женщин с невротическими расстройствами (таблица 1) показал, что в обеих подгруппах преобладали слабая и ослабленный вариант средней половой конституции (средние значения Кг располагались в диапазоне от 2,9 до 3,9). В обеих 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.

Таблица 1 – Психометрические и сексологические показатели у женщин в исследуемых подгруппах  
(U-критерий Манна–Уитни, M±σ)

	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)		
Типовой профиль 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 – 6,4/6,1/7,3/5,5/3,6 – 28,9	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 – 5,9/3,7/4,3/4/1,9 – 19,8*	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	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	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	0,68±0,22*	0,96±0,26	1,21±0,24*	0,92±0,25	0,82±0,11	0,91±0,13
Удовлетв. браком	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	48,7±12,1*	39,6±8,7	37,2±7,6	35,9±11,6	18,9±7,5**	21,2±10,8**
ЛГ	57,9±9,6*	48,8±7,2	54,2±10,2*	45,9±12,5	23,2±5,7**	27,1±12,8**
Депресс. проявления	21,5±6,3*	14,5±6,9	16,6±8,2	12,9±7,1	8,2±3,9**	9,1±7,4**
М-Ф	0,433±0,01	0,415±0,01	0,432±0,01	0,426±0,02	0,231±0,01**	0,225±0,09**
Общая	12,0±3,4*	9,7±2,6	8,7±4,3	8,6±4,3	6,0±3,1**	6,9±3,2**

∞

астения						
Интегральный показатель КЖ	55,1±5,7	60,9±8,9	54,9±6,8	59,3±7,6	75,3±7,9**	80,4±7,9**

Примечания –

- 1) \* – различия статистически значимы внутри подгрупп основной и контрольной группы ( $p < 0,01$ );
- 2)\*\* – различия статистически значимы между подгруппами основной и контрольной групп ( $p < 0,01$ ).

В подгруппе женщин с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями уровень сексуальной активности (Ка) оказался наименьшим среди всех подгрупп основной и контрольной группы, а коэффициент Ка/Кг (отражающий соответствие уровня половой активности конституциональным данным) =  $0,68 \pm 0,22$  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, есть основание полагать, что в первом случае низкая половая активность блокирует конституциональные (потенциально более высокие) сексуальные возможности женщин и это несоответствие отражено в наименьшем значении показателя Ка/Кг. Во втором случае имеет место обратная ситуация, которую отражает соотношение Ка/Кг превышающее 1,0. Это означает, что женщины с более слабой половой конституцией 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, наоборот, нежелательными, порой тягостными для женщин половыми контактами.

При оценке характера супружеских отношений мы выявили, что показатели удовлетворенности браком в подгруппах с сочетанными невротическими и сексуальными расстройствами (таблица 1) отличаются от показателей в подгруппах без сексуальных дисфункций, свидетельствуя о значительной неудовлетворенности брачными отношениями ( $\chi^2=9,3$ ;  $v=0,511$ ,  $p < 0,01$ ). В подгруппах основной группы с отсутствием сексуальных дисфункций эти показатели были выше ( $p < 0,01$ ), составляя соответственно  $32,8 \pm 9,5$  («скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность») и  $34,1 \pm 7,4$  («значительная удовлетворенность»). В контрольной группе у женщин отсутствовали значимые различия в отношении к браку вне зависимости от наличия или отсутствия сексуальных дисфункций, которые их мало тяготили и не могли стать серьезным источником супружеских конфликтов либо привести к невротизации. Полученные нами данные соответствуют позиции Междисциплинарного совета по согласованию терминов, который, основываясь на опыте применения МКБ-10 и DSM-IV, внес предложения по изменениям в трактовке женских половых дисфункций. Те или иные отклонения в сексуальном функционировании рекомендовано считать расстройством только в том случае, если они вызывают у женщины стресс (R. Basson, 2001).

Средние показатели шкальных оценок маскулинно-фемининного (М-Ф) измерения, определяющие наличие и выраженность кроссполовых акцентуаций, во всех подгруппах основной группы женщин составляют от 0,415 до 0,432 и статистически значимых различий не имеют ( $p > 0,05$ ) (таблица 1). Они соответствуют средним значениям, характерным для скрытой кроссполовой акцентуации – 0,402 ( $p > 0,05$ ). В подгруппах контроля независимо от наличия или отсутствия у женщин сексуальных дисфункций эти показатели оказались ниже ( $p < 0,01$ ), чем в каждой из подгрупп основной группы – 0,231 и 0,225 соответственно, что свидетельствует об отсутствии у них кроссполовых акцентуаций. Это позволяет предположить, что кроссполовые акцентуации, проявляющиеся нерезко выраженным маскулинным поведенческим рисунком у женщин,



являются фактором, предрасполагающим к формированию невротических расстройств ( $\chi^2=11,4$ ;  $v=0,731$ ,  $p<0,05$ ). Вместе с тем нет оснований считать, что они способствуют возникновению женских половых дисфункций.

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

По опроснику Бека уровень депрессивных переживаний в основной группе был выше в подгруппах больных с сексуальными дисфункциями, но значимо различался ( $p<0,01$ ) между подгруппами лишь у женщин, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами (соответственно  $21,5\pm 6,3$  и  $14,5\pm 6,9$ ). Причем средние показатели в подгруппе с нарушениями половой функции соответствовали клинически значимой депрессии, что подтверждает известный факт снижения либидо и полового удовлетворения при усилении депрессивных проявлений (таблица 1).

Астенический симптомокомплекс значимо чаще ( $p<0,01$ ) присутствовал у женщин с тревожными и адаптационными расстройствами в подгруппе больных с сексуальными дисфункциями, чем без таковых (таблица 1). Выраженная астенизация, вероятно, способствовала у них снижению половой активности и дезактуализации сексуальной сферы. В подгруппах больных с диссоциативными и соматоформными расстройствами значимых различий выявлено не было, а показатели общей астении не достигали клинически значимого уровня.

Обследование по методике Шмишека–Леонгарда позволило выявить эмотивную акцентуацию у 41,7% женщин, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями. С эмотивной акцентуацией связаны чувствительность, впечатлительность, отзывчивость, готовность жертвовать своими интересами во благо партнера. Однако нарастающий внутренний дискомфорт из-за подавления собственной сексуальности во имя поддержания видимости супружеского благополучия облегчал возникновение невротической симптоматики, смещающей фокус внимания с тягостных интимных проблем на проблемы со здоровьем. Эмотивная акцентуация чаще всего встречалась и в подгруппе женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (29,4%). Здесь она могла способствовать усилению невротической симптоматики из-за нарастающего внутреннего конфликта в связи с непривлекательностью половой жизни и установки женщины на необходимость исполнения «супружеского долга». Вероятно, эмотивная акцентуация характера также в целом облегчает невротическое реагирование в неблагоприятных жизненных ситуациях.

Оценка личностного профиля на основании пятифакторного личностного опросника (5PFQ) позволила установить, что по всем выделенным факторам

у женщин основной группы показатели выходят за рамки условной «среднестатистической нормы» и статистически значимо отличаются от показателей женщин контрольной группы ( $p < 0,001$ ). Во всех подгруппах женщин, страдающих невротическими расстройствами, доминировали следующие личностные характеристики: интравертированность, обособленность, недоверчивость, эгоцентризм, эмоциональная лабильность, импульсивность, обидчивость, сниженная самооценка. Полученные данные позволяют предположить, что выявленные в основной группе личностные характеристики могут способствовать развитию у женщин различных невротических расстройств, а повышенную эмоциональную лабильность можно рассматривать как психологическую характеристику, которая затрудняет адекватную реализацию женской сексуальности.

У женщин основной группы, несмотря на наличие или отсутствие сексуальных нарушений, интегральный показатель качества жизни (КЖ) соответствовал умеренному снижению качества жизни и был ниже, чем в группе контроля ( $p < 0,05$ ), причем наиболее низкие значения имели показатели, характеризующие половую функцию и эмоциональное состояние. У женщин основной группы значения интегрального показателя в обеих подгруппах с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями были несколько ниже, чем в двух подгруппах с изолированной невротической патологией ( $p > 0,05$ ). При этом показатели, отражающие физическую мобильность и социальное функционирование были значимо ниже ( $p < 0,05$ ), свидетельствуя о негативном влиянии сочетанной симптоматики на эти важные аспекты жизни женщин.

Опираясь на результаты проведенного исследования и с учетом данных литературы, нами изначально были выделены 29 переменных, предположительно способствующих развитию сексуальных дисфункций у женщин. Для представления структуры связей между переменными использовался корреляционный анализ. Перед получением матрицы корреляций переменные были предварительно дихотомизированы. В ходе анализа матрицы корреляций были выявлены 11 переменных, не имеющих тесных и значимых связей ни с одним из рассматриваемых признаков, поэтому факторный анализ с использованием метода главных компонент был проведен для 18 оставшихся переменных. Это позволило выделить ряд значимых переменных, принимающих участие в развитии сексуальных дисфункций у женщин, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами (фактор 1 в таблице 2), диссоциативными и соматоформными расстройствами (фактор 2 в таблице 2), а также в контрольной группе (фактор 3 в таблице 2). Полученные данные были подтверждены с помощью последующего регрессионного шкалирования и регрессионного анализа.

Таблица 2 – Факторные нагрузки

Переменные (x)	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Воспитание негативного отношения к проявлениям сексуальности	0,212	<b>0,591*</b>	<b>0,419*</b>
Развод родителей и воспитание в неполной семье	-0,256	<b>0,549*</b>	0,219
Негативный первый сексуальный опыт	-0,327	<b>0,623*</b>	<b>0,498*</b>
Травмы сексуального насилия в анамнезе	0,296	0,235	<b>0,306*</b>
Узкий диапазон приемлемости	-0,412	<b>0,367*</b>	<b>0,598*</b>

Дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером	<b>0,723*</b>	<b>0,579*</b>	0,271
Сексуальные проблемы у партнера	<b>0,635*</b>	-0,410	<b>0,562*</b>
Отрицательное отношение к личности супруга	-0,289	<b>0,723*</b>	0,107
Задержка психосексуального развития	0,176	<b>0,497*</b>	<b>0,621*</b>
Длительность невротического расстройства свыше 3 лет	<b>0,579*</b>	0,210	-0,172
Обострения невротического расстройства 2 и более раз в год	<b>0,496*</b>	<b>0,715*</b>	-0,109
Выраженная диссоциативная и/или сомато-вегетативная симптоматика	0,275	<b>0,746*</b>	-0,164
Депрессивный фон настроения	<b>0,552*</b>	0,201*	-0,156
Астения	<b>0,596*</b>	0,171	-0,385
Высокая личностная тревожность	<b>0,491*</b>	<b>0,412*</b>	0,251
Акцентуации характера (эмотивная)	<b>0,487*</b>	<b>0,319*</b>	-0,152
Варианты ослабленной половой конституции	<b>0,326*</b>	<b>0,483*</b>	-0,117
Страх перед нежелательной беременностью	<b>0,417*</b>	<b>0,591*</b>	0,103

Примечание – \* значимые факторные нагрузки (ФН) при  $p < 0,05$ .

В развитии сексуальных дисфункций у женщин с тревожными и адаптационными расстройствами наибольшее значение имеют дисгармоничное сексуальное взаимодействие с партнером и наличие у него сексуальных проблем в виде утраты интереса к половым контактам, нарушений эрекции либо преждевременной эякуляции. Играют роль выраженность психопатологической симптоматики (депрессивный фон настроения, астения), а также длительность течения невротического расстройства свыше 3 лет и частота его обострений. Имеют значение высокая личностная тревожность, эмотивная акцентуация характера, страх перед нежелательной беременностью и варианты ослабленной половой конституции ( $r^2=37\%$ ,  $p < 0,05$ ).

В формировании сексуальных дисфункций у женщин с диссоциативными и соматоформными расстройствами наибольшее значение имели выраженность невротической симптоматики и ее обострения 2 и более раз в год. Играли роль отрицательное отношение к личности супруга, дисгармоничное сексуальное взаимодействие, формирование родителями негативного отношения к сексуальности, их развод и воспитание в неполной семье, негативный первый сексуальный опыт, задержки психосексуального развития, страх перед нежелательной беременностью, ослабленная половая конституция, высокая личностная тревожность, узкий диапазон приемлемости; эмотивная акцентуация характера ( $r^2=42\%$ ,  $p < 0,05$ ). Полученные данные позволяют предположить, что многочисленные факторы, препятствующие гармоничным сексуальным отношениям и дестабилизирующие половую функцию женщин, создавали предпосылки для облегченного вовлечения сексуальной сферы в картину невротического расстройства. Это более чем в половине случаев привело к быстрому формированию сексуальных дисфункций на фоне возникновения массивной, часто обостряющейся невротической симптоматики.

В возникновении сексуальных дисфункций у женщин в контрольной группе оказались значимыми задержки психосексуального развития, узкий диапазон приемлемости, сексуальные проблемы у партнера, негативный первый сексуальный опыт, воспитание у них отрицательного отношения к проявлениям сексуальности, травмы сексуального насилия в анамнезе ( $r^2=34\%$ ,  $p<0,05$ ). Таким образом, сексуальные проблемы женщин контрольной группы были больше связаны с пуританским воспитанием в семье, препятствующим пробуждению у них чувственности, и неудачным сексуальным дебютом. Однако отсутствие у женщин контрольной группы грубых сексуальных дисфункций, препятствующих даже формальному исполнению супружеских обязанностей, а также в целом удовлетворительные межличностные отношения в супружеских парах, создавали условия, исключающие серьезные конфликты на сексуальной почве. Практически все женщины контрольной группы, имеющие по критериям МКБ-10 сексуальные дисфункции, не считали их проблемой, требующей немедленной помощи.

На основании анализа динамики развития невротической и сексуальной патологии установлено, что у 23 из 67 (34,3%) женщин основной группы, нарушения половой функции предшествовали возникновению невротической симптоматики, приводя к нарастанию у них психоэмоционального дискомфорта вследствие половой неудовлетворенности. У них сексуальные проблемы явились важным фактором формирования невротических расстройств, клиническая симптоматика которых дезактуализировала длительно фрустрированные сексуальные потребности, переключая внимание с конфликтной сферы интимных отношений на невротические симптомы. При этом происходила взаимная фиксация сексуальных и невротических нарушений с формированием классического «порочного круга», когда половые дисфункции у женщин вели к возникновению и усилению у них невротических расстройств, которые, в свою очередь, усугубляли сексологическую симптоматику, в ряде случаев приводя к угасанию половых потребностей и еще большему уходу в невротические переживания.

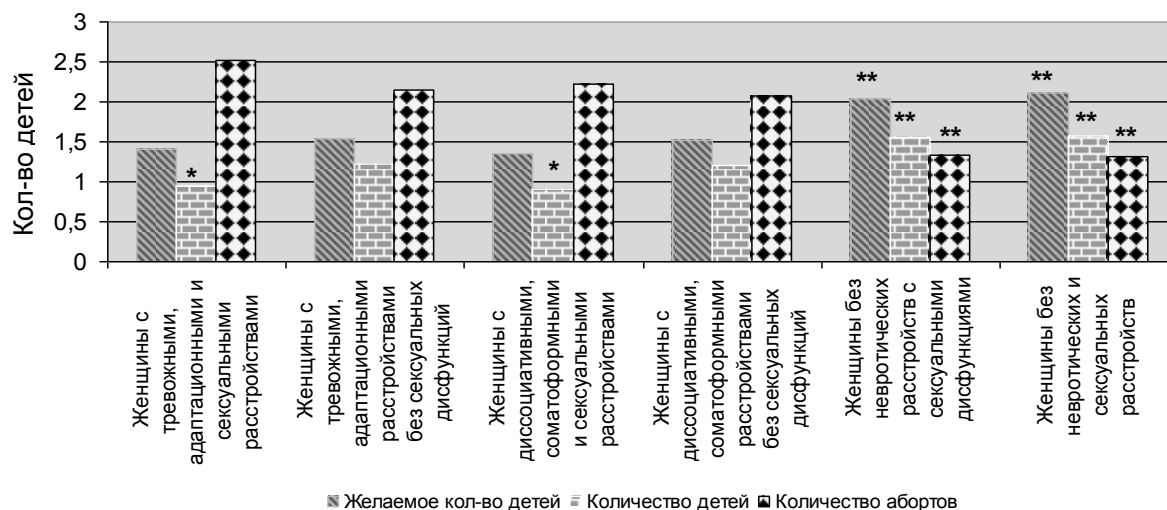
У 29 женщин основной группы (43,3%) прослежена временная взаимосвязь между возникновением или нарастанием массивной невротической симптоматики и развитием сексуальных дисфункций, которые соответствовали критериям рубрики F52 МКБ-10, но фактически выступали как одно из проявлений невротического расстройства. У них наибольшее значение имела степень выраженности тревожно-депрессивных, тревожно-фобических, астено-депрессивных, диссоциативных и соматоформных расстройств, которые оказывали негативное влияние на сексуальную функцию. В 6 наблюдениях возникновение первых проявлений половой дисфункции по времени совпадало с началом амбулаторного лечения транквилизаторами и антидепрессантами, причем сексологическая симптоматика сохранялась и после их отмены, вероятно, уже по невротическим механизмам.

У 15 женщин (22,4%) основной группы зрелая сексуальность вообще не пробудилась, а половые дисфункции, которые у них отмечались с самого начала половой жизни, не претерпели существенных изменений на фоне невротических расстройств. Вместе с тем, уменьшение частоты половых контактов, которые никогда не приносили удовлетворения, а порой превращались в тягостную повинность, воспринималось этими пациентками скорее позитивно, хотя и было обусловлено невротической симптоматикой.

Лишь 12 из 67 женщин (19,7%) основной группы с сексуальными дисфункциями активно предъявляли жалобы сексологического характера. Из них 10 страдали сексуальной аверсией или диспареунией, т. е. теми сексуальными дисфункциями, которые создают наибольший эмоциональный и телесный дискомфорт при попытках коитуса, вынуждая больных обращаться за помощью. Остальные избегали обсуждения сексуальных затруднений с лечащим врачом. Во многом это было связано с тем, что на фоне массивной невротической симптоматики у женщин происходила дезактуализация сексуальной сферы, т. е. утрачивался интерес к половой жизни.

Во всех подгруппах основной и контрольной групп была проведена оценка репродуктивных установок женщин: уточнялось, какое количество детей хотела бы иметь женщина. Однако наиболее объективными показателями реализации женщиной своего репродуктивного потенциала является фактическое количество рожденных детей и число искусственных прерываний беременности (З. К. Борисова, 2007). Необходимые сведения получены из карт сексологического обследования.

Таким образом, во всех подгруппах женщин, страдающих невротическими расстройствами, наблюдались статистически значимые отличия от подгрупп контрольной группы ( $p < 0,01$ ). У них зарегистрировано меньшее количество детей, большее число аборт и преобладание отрицательных репродуктивных установок (не более 1 ребенка). Причем, как видно из рисунка 1, в обеих подгруппах у женщин с невротическими расстройствами и сексуальными дисфункциями количество детей было наименьшим даже в сравнении с подгруппами женщин с аналогичными невротическими расстройствами, но без сексуальных дисфункций ( $\chi^2 = 10,67$ ;  $v = 0,649$ ,  $p < 0,05$ ). Это позволяет предположить, что сочетание сексуальной и невротической патологии у женщин детородного возраста оказывает наиболее негативное влияние на реализацию ими своего репродуктивного потенциала.



\* – статистически значимые внутригрупповые различия ( $p < 0,05$ ); \*\* – различия статистически значимы между показателями основной и контрольной группы ( $p < 0,01$ )

**Рисунок 1 – Репродуктивные установки и их реализация у женщин, страдающих невротическими расстройствами и без таковых с учетом наличия или отсутствия сексуальных дисфункций**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Впервые среди замужних женщин детородного возраста с невротическими расстройствами (стационарный уровень помощи) установлена высокая частота сопутствующих сексуальных дисфункций (65,7%) [2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12].

2. У женщин репродуктивного возраста, страдающих тревожными и адаптационными расстройствами, наибольшее значение в развитии половых дисфункций имели: дисгармоничное сексуальное взаимодействие с супругом; наличие сексуальных нарушений у супруга; выраженная астеническая и депрессивная симптоматика; продолжительность тревожных расстройств свыше 3 лет и их обострения 2 и более раз в год (по результатам многомерного статистического анализа  $r^2=37\%$ ,  $p<0,05$ ) [3, 4, 12].

3. Наибольший вклад в развитие сексуальных дисфункций у женщин детородного возраста, страдающих диссоциативными или соматоформными расстройствами, внесли выраженные и склонные к рецидивированию невротические проявления на фоне: слабой половой конституции; задержек психосексуального развития; неблагоприятного сексологического анамнеза; проблем в межличностных и сексуальных отношениях с супругом (по результатам многомерного статистического анализа  $r^2=42\%$ ,  $p<0,05$ ) [3, 4, 12].

4. Сексуальные дисфункции у женщин детородного возраста, страдающих невротическими расстройствами, могут выступать: а) в качестве ведущей причины их формирования (34,3%); б) возникать вторично, являясь следствием имеющейся невротической симптоматики (43,3%); в) наблюдаться с самого начала половой жизни, сопутствуя развившимся позднее невротическим нарушениям (22,4%) [2, 3, 4, 8, 9, 12].

5. Сочетание невротических и сексуальных расстройств у женщин репродуктивного возраста опосредует: взаимное потенцирование симптоматики; негативное влияние на течение как невротических, так и сексуальных расстройств; неудовлетворенность супружескими отношениями; низкие показатели качества жизни в целом [2, 3, 4, 8, 9, 12].

6. У женщин детородного возраста, страдающих невротическими расстройствами, имеет место ослабление репродуктивного потенциала, особенно при коморбидной сексуальной дисфункции, что подтверждается: преобладанием отрицательных репродуктивных установок; более низкими показателями рождаемости; большей частотой искусственных прерываний беременности. Это обуславливает необходимость коррекции как невротических расстройств, так и сексуальных дисфункций, что в итоге может способствовать стабилизации демографической ситуации в Республике Беларусь [4, 11].

## СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

### Публикации в рецензируемых журналах

1. Березовская, Н.А. К проблеме взаимосвязи невротических и сексуальных расстройств у женщин / Н.А.Березовская // Психотерапия и клиническая психология. – 2009. – № 1 (28). – С. 2–6.
2. Березовская, Н. А. Сексуальная сфера женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // Медицинский журнал. – 2009. – № 3 (29). – С. 25–30.
3. Березовская, Н. А. Особенности формирования сексуальных дисфункций у женщин с невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // Психиатрия. – 2009. – № 3 (05). – С. 16–26.
4. Березовская, Н.А. Невротические и сексуальные расстройства у женщин репродуктивного возраста: особенности формирования и взаимовлияние / Н.А. Березовская // Психотерапия и клиническая психология. – 2010. – № 1 (32). – С. 6–20.

### Статьи, материалы конференций, тезисы докладов

5. Березовская, Н.А. Медико-социальные проблемы женщин, подвергшихся насилию в семье / Н.А. Березовская // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы V междунар. конф., Минск, 6–7 апреля 2007 г. – Минск: БГУ, 2007. – С. 19–22.
6. Березовская, Н.А. Сексуальные дисгармонии в супружеской паре / В.А. Доморацкий, Н.А. Березовская // Медико-социальная экология личности: состояние и перспективы: Материалы VI междунар. конф., Минск, 4–5 апреля 2008 г. – Минск: БГУ, 2008. – С. 31–34.
7. Березовская, Н.А. ДПДГ-психотерапия кризисов в супружестве / Н.А. Березовская // Клинические и социально-психологические аспекты кризисных состояний: материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию медико-психологического факультета ГГМУ, 30 мая 2008г., г. Гродно / Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно, 2008. – С. 11–15.
8. Березовская, Н.А. Особенности сексуального функционирования женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // Сексуальность, личность, качество жизни: XIII Клинические Павловские чтения: Сборник работ. Вып. 13. – СПб: изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. – С. 10–14.
9. Березовская, Н.А. Особенности сексуальной функции у женщин репродуктивного возраста, страдающих неврозами / Н.А. Березовская // Medicine Science and education // Scientific and Informational Journal April. – № 1 Yerevan. – 2009. – P. 78–81.
10. Berezovskaya, N. Sexual problems of women of reproductive age suffering from neurotic disorders / N. Berezovskaya, V. Domoratsky // The 19th WAS World Congress for Sexual Health «Sexual Health and Rights: A Global Challenge»: Abstract Book. Gothenburg (Sweden). June 21–25, 2009. – 237 p.
11. Березовская, Н.А. Репродуктивные установки женщин, страдающих невротическими и сексуальными расстройствами / Н.А. Березовская // III съезд психиатров Беларуси, Минск, 3–4 декабря, 2009 г. – Минск, 2009. – С. 186–187.



12. Березовская, Н.А. Механизмы развития сексуальных дисфункций у женщин, страдающих невротическими расстройствами / Н.А. Березовская // III съезд психиатров Беларуси, Минск, 3–4 декабря 2009г. – Минск, 2009. – С. 184–186.

#### **Прочие публикации**

13. Березовская, Н.А. О том, чего женщины не знают о себе / Н.А. Березовская. – Минск: изд. центр БГУ, 2009. – 78 с.

## РЭЗІЮМЭ

### Беразоўская Наталля Анатольеўна Сексуальнае здароўе жанчын рэпрадуктыўнага ўзросту, якія пакутуюць на неўратычныя расстройствы

**Ключавыя словы:** неўратычныя расстройства, сексуальныя дысфункцыі, рэпрадуктыўны ўзрост, механізмы фарміравання.

**Аб'ект даследавання:** жанчыны рэпрадуктыўнага ўзросту (18–45 гадоў), якія знаходзяцца ў шлюбе, пакутуюць на псіхічныя расстройства неўратычнага рэгістра (F 40–F 45, МКХ-10), і атрымлівалі лячэнне ва ўмовах стацыянара.

**Мэта даследавання:** на падставе комплекснай ацэнкі клініка-псіхалагічных параметраў і асаблівасцей сексуальнай сферы ўстанавіць фактары, якія садзейнічаюць фарміраванню сексуальных дысфункцый у жанчын рэпрадуктыўнага ўзросту пры розных формах неўратычных расстройстваў.

**Метады даследавання:** клініка-псіхапаталагічны, клініка-сексалагічны, эксперыментальна-псіхалагічны, статыстычны.

**Атрыманыя вынікі:** са 102 жанчын рэпрадуктыўнага ўзросту, якія знаходзяцца ў шлюбе і праходзілі стацыянарнае лячэнне ў сувязі з рознымі неўратычнымі расстройствамі (F 40–F 45, МКХ-10), у 65,7% выяўлены сексуальныя дысфункцыі. Устаноўлена, што неспрыяльныя для жаночай сексуальнасці асаблівасці выхавання і сексалагічнага анамнезу, асабовыя і канстытуцыянальныя характарыстыкі ў 22,4% выпадкаў прыводзяць да фарміравання сексуальных дысфункцый з самага пачатку палавога жыцця і спадарожнічаюць неўратычным парушэнням, што развіліся пазней; у 34,3% выпадкаў – садзейнічаюць узнікненню неўратычных расстройстваў на фоне міжасабовых і сексуальных праблем з мужам; у 43,3% выпадкаў – аблягчаюць развіццё палавых дысфункцый, абумоўленых неўратычнай сімптоматыкай. Выяўлена, што неўратычныя і сексуальныя парушэнні ў жанчын маюць тэндэнцыю да ўзаемнага ўзмацнення, і гэта негатыўна ўплывае як на працяканне неўратычнага расстройства, так і на задаволенасць адносінамі

ў шлюбе і якасцю жыцця ў цэлым. У пацыентак з неўратычнымі расстройствамі, асабліва са спалучанай неўратычнай і сексуальнай паталогіяй, пераважалі адмоўныя рэпрадуктыўныя ўстаноўкі, зарэгістраваны больш нізкія паказчыкі нараджальнасці і больш высокая частата штучнага перарывання цяжарнасці, чым у жанчын без неўратычнай сімптоматыкі. Таму эфектыўная карэкцыя неўратычных і палавых расстройстваў у жанчын дзетанараджальнага ўзросту важная не толькі для паляпшэння іх псіхічнага і сексуальнага здароўя, але і ў мэтах больш поўнай рэалізацыі імі свайго рэпрадуктыўнага патэнцыялу, што будзе садзейнічаць стабілізацыі дэмаграфічнай сітуацыі, якая склалася ў нашай краіне.

**Галіна прымянення:** псіхіятрыя, медыцынская псіхалогія, сексалагія.

## РЕЗІЮМЕ

### Березовская Наталья Анатольевна Сексуальное здоровье женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами

**Ключевые слова:** невротические расстройства, сексуальные дисфункции, репродуктивный возраст, механизмы формирования.

**Объект исследования:** женщины репродуктивного возраста (18–45 лет), состоящие в браке, страдающие психическими расстройствами невротического регистра (F40–F45, МКБ-10), проходившие лечение в условиях стационара.

**Цель исследования:** на основании комплексной оценки клинико-психологических параметров и особенностей сексуальной сферы установить факторы, способствующие формированию сексуальных дисфункций у женщин репродуктивного возраста при различных формах невротических расстройств.

**Методы исследования:** клинико-психопатологический, клинико-сексологический, экспериментально-психологический, статистический.

**Полученные результаты:** из 102 замужних женщин репродуктивного возраста, проходивших стационарное лечение в связи с различными невротическими расстройствами (F40–F45, МКБ-10) у 65,7% выявлены сексуальные дисфункции. Установлено, что неблагоприятные для женской сексуальности особенности воспитания и сексологического анамнеза, личностные и конституциональные характеристики в 22,4% случаев приводят к формированию сексуальных дисфункций с самого начала половой жизни и сопутствуют развившимся позднее невротическим нарушениям; в 34,3% случаев – способствуют возникновению невротических расстройств на фоне межличностных и сексуальных проблем с супругом; в 43,3% случаев – облегчают развитие половых дисфункций, обусловленных невротической симптоматикой. Обнаружено, что невротические и сексуальные нарушения у женщин имеют тенденцию к взаимному усилению, что негативно влияет как на течение невротического расстройства, так и на удовлетворенность супружескими отношениями и качеством жизни в целом. У пациенток с невротическими расстройствами, в особенности с сочетанной невротической и сексуальной патологией, преобладали отрицательные репродуктивные установки, зарегистрированы более низкие показатели рождаемости и более высокая частота искусственных прерываний беременности, чем у женщин без невротической симптоматики. Поэтому эффективная коррекция невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста важна не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях более полной реализации ими своего репродуктивного потенциала, что будет способствовать стабилизации демографической ситуации в нашей стране.

**Область применения:** психиатрия, медицинская психология, сексология. **SUMMARY**

**Natalya Berezovskaya**  
**Sexual health of women of reproductive age suffering**  
**from neurotic disorders**

**Key words:** neurotic disorders, sexual dysfunctions, combination, reproductive age, mechanisms of development.

**Object of the research:** Married women of reproductive age (18–45 years old) suffering from neurotic disorders (F40–F45 ICD-10) undergoing a course of medical treatment in a mental hospital.

**The theme of the research:** basing on the complex evaluation of clinical-psychological parameters and peculiarities of sexual sphere to establish factors, which are conducive to development of sexual dysfunctions of the women of reproductive age having different forms of neurotic disorders.

**Materials and methods:** the method of questionnaires and interview, sexological and psychiatric examination, statistical analysis and interpretation of the results.

**Results:** it was revealed that 65,7% of 102 married women of reproductive age undergoing treatment in a mental hospital due to neurotic disorders (F40–F45 ICD-10) had sexual dysfunctions. Negative for female sexuality peculiarities of upbringing and sexological anamnesis, personal and constitutional characteristics in 22.4% of the cases result in forming of sexual dysfunctions from the very beginning of sexual life and accompany the later developed neurotic disorders; in 34.3% of the cases – they are conducive to the origin of neurotic disorders in the background of interpersonal and sexual problems with a husband; in 43.3% cases they relieve the development of sexual dysfunctions, caused by the neurotic symptoms. It was found out that women's neurotic and sexual disorders tend to mutually intensify each other that has a negative influence both on the trend of the neurotic disorder and on satisfaction from matrimonial relationships and quality of life in general. In the results of the patients having the neurotic disorders, especially combined neurotic and sexual pathology, it has been revealed the predominance of negative reproductive aims, the lower indexes of birth-rate and a higher frequency of abortions in comparison with the women without such neurotic symptoms. Therefore effective correction of neurotic and sexual disorders of women of reproductive age is important not only for the improvement of their psychical and sexual health but also for realization of their reproductive potential, that will conduce to stabilization of the demographic situation in our country.

**Range of application:** psychiatry, medical psychology, sexology.

**2011**

**Тезисы и материалы конференций, опубликованные в РБ :**

1. Березовская, Н.А. Сочетание невротических и сексуальных расстройств у женщин: современный взгляд на проблему // Современные направления в лечении и реабилитации психических и поведенческих расстройств: материалы Республиканской конференции с международным участием, 28 октября 2010г., г. Гродно / Гродн. гос. мед. ун-т. – Гродно, 2010. – С.13 – 15.

2. Березовская, Н. А. Влияние сочетанных невротических и сексуальных расстройств на репродуктивные установки женщин Гомель

**Тезисы и материалы конференций, опубликованные в странах СНГ :**

Березовская, Н. А. Сексуальное функционирование и репродуктивные установки женщин репродуктивного возраста с расстройствами / Н.А. Березовская // XV съезд психиатров России, Москва, 9-12 ноября 2010г. – Москва, 2010. – С.352.

**ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННЫХ НЕВРОТИЧЕСКИХ  
И СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НА РЕПРОДУКТИВНЫЕ  
УСТАНОВКИ ЖЕНЩИН**

**Березовская Н.А.**

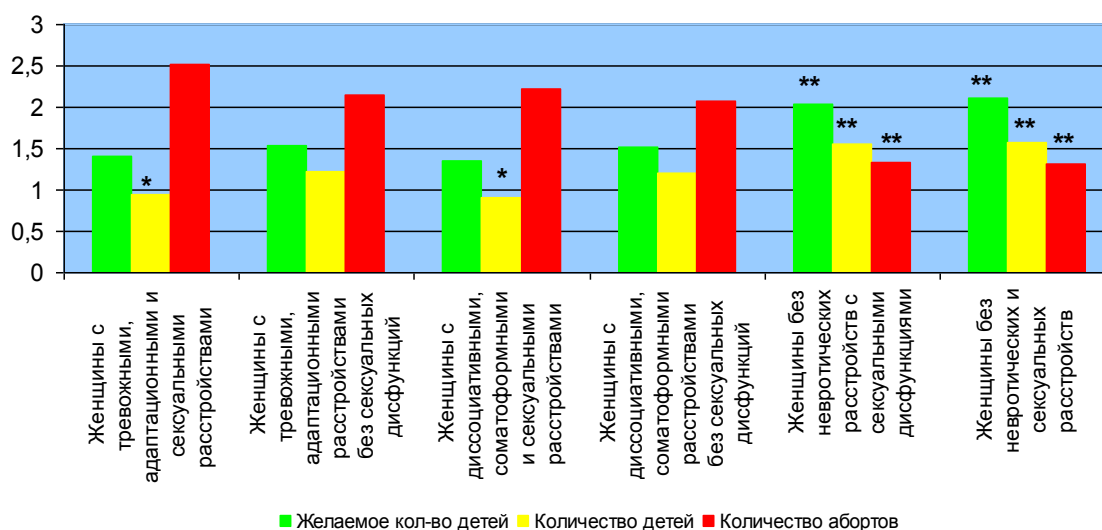
Белорусский государственный медицинский университет  
г. Минск, Беларусь

На сегодняшний день актуальными остаются вопросы демографической безопасности Республики Беларусь. К числу наиболее отрицательных явлений и тенденций в области демографического развития республики следует отнести: сокращение рождаемости до уровня, не обеспечивающего простое замещение родительских поколений, снижение социальных норм детности и депопуляцию (отношение числа умерших к числу родившихся). Особенности сексуального функционирования и семейных отношений у женщин представляют значительный интерес в связи с близостью репродуктивной и сексуальной функций. В рамках исследования сексуальной сферы женщин детородного возраста, страдающих невротическими расстройствами, мы провели анализ их репродуктивных установок.

Наиболее объективными показателями, отражающими истинные репродуктивные установки, является фактическое количество рожденных детей, желаемое количество детей и число прерываний беременности.

Нами обследовано 169 замужних женщин репродуктивного возраста, 102 из них страдали невротическими, связанными со стрессом, а также диссоциативными и соматоформными расстройствами и проходили стационарное лечение в ГУ «РКПБ» в 2007-2008 гг. (основная группа). Контрольную группу составили 67 замужних женщин детородного возраста без каких-либо невротических расстройств. Обе группы достоверно не различались по среднему возрасту  $33,5 \pm 8,2$  лет и  $32,9 \pm 7,6$  лет и другим социодемографическим показателям.

При статистическом анализе выявлены достоверно более низкие, чем в контрольной группе показатели рождаемости и более высокая частота прерываний



\* - статистически значимые внутригрупповые различия ( $p < 0,05$ ); \*\* - различия статистически значимы между показателями основной и контрольной группы ( $p < 0,01$ )

**Рисунок 1 – Репродуктивные установки и их реализация у женщин, страдающих невротическими расстройствами и без таковых с учетом наличия или отсутствия сексуальных дисфункций**

беременности у женщин с невротическими расстройствами (рисунок 1), причем наиболее

негативные тенденции прослежены у пациенток с сочетанной невротической и сексуальной патологией ( $\chi^2=10,67$ ;  $v=0,649$  при  $p<0,05$ ).

Вышесказанное позволяет предположить, что сочетание сексуальной и невротической патологии у женщин детородного возраста оказывает наиболее негативное влияние на реализацию их репродуктивного потенциала. Полученные данные свидетельствуют о значимости эффективной коррекции невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях формирования у них позитивных репродуктивных установок.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Борисова, З.К. Медико – социальные аспекты репродуктивного потенциала девушек- подростков / З.К. Борисова // Практическая медицина. Гинекология, эндокринология. Казань. – 2007. – № 1. – С 34-36.
2. Здоровье матери и ребёнка: Информационно-аналитические материалы / Н.С. Богданович, И.А. Ванилович, Л.И. Матуш и др.; под ред. Л.И. Матуш, Г.А. Шишко. - Минск: ЮНИПАК, 2002. - 96 с.
3. 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.
4. Сурмач, М.Ю Проблемы реформирования системы охраны репродуктивного здоровья в Беларуси / М.Ю. Сурмач // Материалы международной научной конференции «Россия и социальные измерения в современном мире». Ломоносовские чтения: сборник статей молодых ученых. М.: МАКС Пресс, 2004. С.39-42.
5. 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: –1209 – 1214p.

#### **Сексуальное функционирование и репродуктивные установки женщин детородного возраста с невротическими расстройствами** *Березовская Наталья Анатольевна (Минск)*

Проведено клиничко-психопатологическое, клиничко-сексологическое и экспериментально-психологическое исследование 102 женщин 18–45 лет, состоящих в браке, страдающих психическими расстройствами невротического регистра (F40–F45, МКБ-10), проходивших лечение в условиях стационара (основная группа) и 67 женщин детородного возраста без каких-либо психических и поведенческих расстройств (контрольная группа).

Исследование выявило сочетанный характер невротических расстройств и сексуальных дисфункций у 67 из 102 женщин (65,7%) основной группы ( $\chi^2=10,7$ ;  $v=0,635$ ,  $p<0,01$ ). Согласно МКБ-10 сексуальные дисфункции были представлены у них: отсутствием или потерей полового влечения – у 18 (17,6%); сексуальным отвращением – у 7 (6,9%); отсутствием генитальной реакции – у 8 (7,8%); оргазмической дисфункцией – у 29 (28,5%); диспареунией неорганической природы – у 5 (4,9%). В контрольной группе среди 67 обследованных женщин сексуальные дисфункции зарегистрированы лишь у 15 (22,4%).

Установлено, что неблагоприятные для женской сексуальности особенности воспитания и сексологического анамнеза, личностные и конституциональные характеристики в 22,4% случаев приводят к формированию сексуальных дисфункций с самого начала половой жизни и сопутствуют развившимся позднее невротическим нарушениям; в 34,3% случаев – способствуют возникновению невротических расстройств на фоне межличностных и сексуальных проблем с супругом; в 43,3% случаев – облегчают развитие половых дисфункций, обусловленных невротической симптоматикой. Обнаружено, что невротические и сексуальные нарушения у женщин имеют тенденцию к взаимному усилению, что негативно влияет как на течение невротического расстройства, так и на удовлетворенность супружескими отношениями и качеством жизни в целом. У пациенток с невротическими расстройствами, в особенности с сочетанной невротической и сексуальной патологией, преобладали отрицательные репродуктивные установки, зарегистрированы более низкие показатели рождаемости и более высокая частота искусственных прерываний беременности, чем у женщин без невротической симптоматики. Поэтому эффективная коррекция невротических и половых расстройств у женщин детородного возраста важна не только для улучшения их психического и сексуального здоровья, но и в целях более полной реализации ими своего репродуктивного потенциала, что может внести свой вклад в стабилизацию демографической ситуации в Республике Беларусь.

## **2012**

### **Публикационная деятельность**

#### **Тезисы и материалы конференций, опубликованные в РБ :**

1. Березовская, Н.А. Кризисы профессионального становления врача // Акмеологические основы становления специалиста-профессионала в различных видах деятельности: сб.мат. международной научно-практической конференции, Гомель, 24-25 ноября 2011.- гос.уч. обр. Гомельский областной ин-т развития образования; ред кол.: Н.В. Кухар (отв.ред.) [и др.]. – Гомель, 2011. – вып.13. – С.41-42.
2. Березовская, Н. А. Особенности полоролевого поведения женщин с невротическими расстройствами //Актуальные вопросы диагностики, лечения и реабилитации психических и поведенческих расстройств: материалы конференции с международным участием, посвященной 50-летию кафедры психиатрии ГГМУ 15 июня 2012 г., Гродно, 2012. – С. 15-17.
3. Березовская, Н.А. Эриксоновский гипноз и ДПДГ в лечении панических расстройств // Психотерапия, практическая и консультативная психология: сплетение судеб: материалы международного конгресса, Киев, 4-10 октября 2012. – Профессиональная психотерапевтическая газета, 2012. - №10 (119). – С.27.

#### **Учебно-методические издания**

Березовская, Н. А. Психолого-педагогические аспекты врачебной деятельности: учебно-методическое пособие, Изд. БГМУ, Минск 2012, 17 с.

Важное место в профессиональном становлении личности принадлежит кризисам. Вопреки обыденным представлениям, психологи относятся к ним не просто с «пониманием», но и с «уважением». Известное высказывание Л.С. Выготского о том, что «если бы кризисов не было, их следовало бы выдумать теоретически» [2, 11]. Кризисы профессионального становления выражаются в изменении темпа и вектора профессионального развития личности, сопровождаются перестройкой смысловых структур профессионального сознания, переориентацией на новые цели, коррекцией социально-профессиональной позиции.

Становление профессиональной компетенции – длительный и сложный процесс, начинающийся в студенческие годы и проходящий ряд кризисных периодов.

**Первый кризис – кризис посвящения в профессию**, принятия профессионального пути развития. Преподавателям медицинских вузов этот кризис известен как «болезни третьего курса». Умение принять сосуществование болезни и здоровья как в пациенте, так и в самом себе – залог успешной деятельности врача. Отсутствие таких переживаний – путь к профессиональной деформации, когда врач узурпирует право на целительство, оставляя пациенту роль «больного», ищущего помощи и не имеющего возможности преодолеть недуг (даже наилегчайший), мобилизуя собственные силы.

**Второй кризис – это кризис «социальной роли»**. Помимо профессионализма студенту предстоит освоение и социально-психологической роли врача. Если в ходе обучения преподаватели не привлекали внимания студента к этому процессу, то он происходит стихийно, студент «социализируется на практике» на стажировке, а в дальнейшем – по образу и подобию «старших товарищей». Социальная роль врача, с одной стороны, отражает ожидания общества об «идеальном враче», с другой – беспощадно высвечивает все недостатки в работе. Разговоры о «шарлатанстве», «мздоимстве», «погоне за клиентами» и прочем, часто отражают не действительные особенности работы врача, а именно ту часть, которую он не контролирует сознательно. Другими словами, «имидж» врача в глазах общественного мнения выявляет не только успехи, но и «черные пятна на репутации» специалиста. Здесь единственный выход – принять роль полностью со светлыми и темными сторонами, а далее светлые – усиливать, темные – укрощать, не питая надежды на окончательную (когда-либо) победу.

**Третий кризис – «преодоление профессионализма»**. Суть кризиса состоит в ограниченности любой профессиональной подготовки прошлым опытом. Перед специалистом часто встают проблемы необходимости действовать в новых, нестандартных ситуациях. Эти ситуации часто никем не описаны и «опыта» нет. Кроме того, жизненная необходимость заставляет врача действовать даже тогда, когда он может дать только приблизительную оценку событий, он вынужден брать на себя риск и ответственность в ситуациях, в которых он лично не хотел бы оказаться. Нестандартные решения, которые диктуются логикой событий, могут вызвать противодействие не только широкой массы окружающих, но и большинства коллег. Решившись на оригинальную постановку вопроса или поступая не обычно, врач оказывается «сам себе судьей». Умение взять на себя ответственность в нестандартных ситуациях еще один аспект личностной



подготовки врача. Если ДО этой точки личность развивается внутри профессии, то ПОСЛЕ этой точки профессия развивается внутри личности.

Формирование **психологической компетентности врача** предполагает:

- знание психологических особенностей человека, помогающее разбираться в людях, адекватно оценивать их состояние, настроение, поведение;
  - умение адекватно эмоционально откликаться на психологическое состояние другого человека и его поведение;
  - умение выбирать по отношению к каждому такую форму общения, которая отвечала бы его индивидуальным особенностям;
- знание и умение следовать требованиям этики как внешнего проявления внутреннего уважения к другим людям.

### *Литература*

1. Поваренков, О.П. Психология становления профессионала / О.П. Поваренков. – Ярославль, 2000. – с.
2. Столин, В.В. Самосознание личности / В.В. Столин. – М.: Московский университет, 1983. – 284 с.
3. Урываев, В.Л. О преимущественно «субъектном» характере кризисов профессионального становления (на примере профессиональной деятельности врача) / В.Л. Урываев // Вес. Томского гос. пед. ун-та. Серия: Гуманитарные науки (психология) спецвыпуск. – 2002. – №3. – С. 71-75.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Березовская Н.А.**

**Белорусский государственный медицинский университет**

**г. Минск, Беларусь**

Полоролевое поведение позволяет человеку реализоваться как представителю пола во взаимоотношениях с другими членами общества, что отражает степень его личностной зрелости и социальной адаптированности. Вместе с тем, дисгармоничное полоролевое поведение и некоторые его особенности могут служить предпосылкой как внутреннего психологического конфликта, сопровождаемого хроническим стрессом, так и внешних конфликтных отношений с окружающими людьми. Поэтому актуальным, на наш взгляд, является анализ полоролевого поведения и его роли в механизмах развития супружеских дисгармоний, психосоматических заболеваний, невротических расстройств и сексуальных дисфункций.

Б.Е. Алексеев предложил следующее определение **половой роли** — это совокупность социо-культуральных атрибутов, которые служат субъекту для формирования своего поведения как представителя пола, обеспечивающего адаптацию в социуме.

Необходимо различать понятия «половая роль» и «полоролевое поведение», которые соотносятся как идеальная модель и ее живое воплощение. **Полоролевое поведение** — это способ бытия человека как представителя пола. Оно имеет значение как социально-психологический код, обеспечивающий процесс коммуникации, и как знаковая характеристика, включенная в психологический процесс половой идентификации.

Собственное полоролевое поведение является предметом оценивания и сопоставления с идеальной моделью, с существующими социо-культуральными стереотипами, а также с полоролевым поведением других лиц. Такое сопоставление происходит в процессе половой идентификации. В то же время полоролевое поведение, подчиняясь общим закономерностям, развивается на основе природных предпосылок, которые воплощаются в психике, как М-Ф измерение (базисное образование, в которое входят маскулинность и фемининность). В силу сложности организации стиль полоролевого поведения сохраняет индивидуальную неповторимость.

Опираясь на общую теорию функциональных систем П. К. Анохина и представлений Б. Ф. Ломова, Алексеевым Б.Е. предложена **модель уровневой организации поведения человека как представителя пола**, в рамках которой условно выделяются **три уровня**:

- 1) маскулинность и фемининность составляют базисное образование, обозначенное как М-Ф измерение;
- 2) уровень полоролевого поведения, характеризуемый «автоматизированностью» проявлений;
- 3) установочно-приспособительное полоролевое поведение.

**Маскулинность—фемининность (М-Ф измерение)** представляет собой функциональную структуру психики, в которой обобщаются динамические и приобретаемые содержательные характеристики врожденных программ поведения человека как представителя пола; М-Ф измерение влияет на диапазон формирующегося на его основе полоролевого поведения. Таким образом, М-Ф структура служит основой широкого диапазона нормативных и девиантных вариантов психосексуального развития.

**Второй уровень организации поведения человека как представителя пола** — уровень полоролевого поведения, характеризуемый автоматизированностью проявлений, в форме поведенческих стереотипов, повторяющихся в одинаковых условиях и облегчающих приспособление к окружающему миру.

Этот уровень выявляет поведение, в наибольшей степени вытекающее из врожденных программ поведения и отвечающее структурированности сознания человека как представителя пола. Данный уровень полоролевого поведения является структурным компонентом любых форм поведения, присущих человеку, и воспринимается как наиболее естественный для индивидуума и непротиворечивый в отношении его полоролевой идентификации.

**Третий уровень** — уровень приспособительного полоролевого поведения. Данный уровень отражает полоролевое поведение, которое является результатом приспособления индивида к неповторимым условиям взаимодействия с другими людьми, а также обусловленное конкретными обстоятельствами существования. На уровне приспособительного полоролевого поведения может происходить как изменение интенсивности атрибутов поведения, так и выявление не свойственных ему, но потенциально возможных форм полоролевого поведения в индивидуальном спектре, заданном М-Ф измерением.

**Акцентуации М-Ф измерения** — это варианты его нормы, при которых полодиморфные признаки, составляющие крайние полюса их нормального распределения, проявляются усилением или ослаблением поведенческих атрибутов. Данные отклонения могут предрасполагать к уязвимости в отношении определенных факторов среды, при хорошей устойчивости к другим факторам среды.

Выделяют маскулинные и гиперфеминные акцентуации у девочек, и феминные и гипермаскулинные — у мальчиков. Гипертрофированность черт, свойственных своему полу называются «гиперролевыми», противоположному — «кроссполовыми».

В рамках комплексного обследования параметров сексуального функционирования, удовлетворенности различными аспектами брака и качества жизни мы определили показатели шкальных оценок М-Ф измерения и полоролевого поведения у 169 женщин в возрасте 18–45 лет с невротическими расстройствами (основная группа) и без таковых (контрольная группа). Мы использовали методику диагностики кроссполоролевых акцентуаций полоролевого поведения (Б. Е. Алексеев, 2006). Для реализации задач исследования в зависимости от преобладающей невротической симптоматики и с учетом психологических механизмов ее формирования, а также наличия либо отсутствия сексуальной патологии основная группа была разделена на 4 подгруппы:

1-я — женщины с тревожными, адаптационными расстройствами и сексуальными дисфункциями (n=36);

2-я — женщины с тревожными, адаптационными расстройствами без сексуальных дисфункций (n=18);

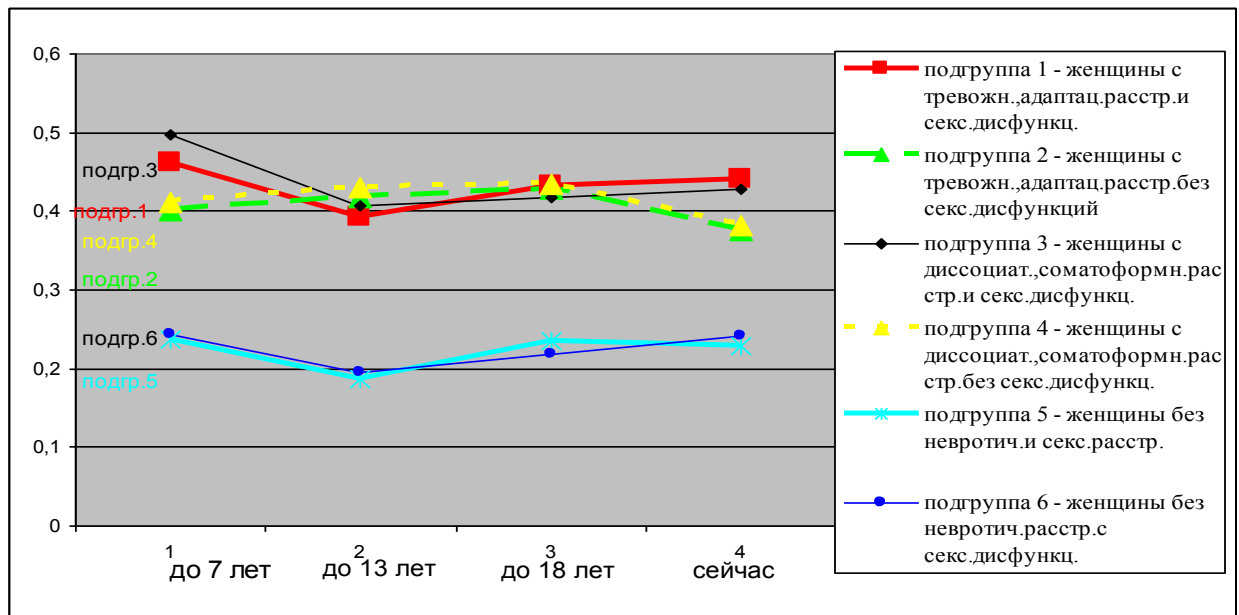
3-я — женщины с диссоциативными (конверсионными), соматоформными расстройствами и сексуальными дисфункциями (n=31);

4-я — женщины с диссоциативными (конверсионными), соматоформными расстройствами без сексуальных дисфункций (n=17).

Контрольная группа была разделена на 2 подгруппы в зависимости от наличия либо отсутствия сексуальной патологии:

5-я — женщины с сексуальными дисфункциями (n=15);

6-я — женщины без сексуальных дисфункций (n=52).



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

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 (рис.1). Полученные показатели соответствуют средним значениям шкальных оценок М-Ф измерения характерных для скрытой кроссполовой акцентуации – 0,402 при  $p < 0,05$ .

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.

Полученные результаты позволяют 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.

#### ЛИТЕРАТУРА

20. Алексеев, Б. Е. Полоролевое поведение и его акцентуации / Б. Е. Алексеев. – СПб.: Речь, 2006. – 144с.
21. Алексеев, Б. Е. Об акцентуациях маскулинности-фемининности // Б. Е. Алексеев. – Российский психиатрический журнал. – 2002. – №2. – С. 4 – 10.
22. Исаев, Д.Н. Психогигиена пола у детей (руководство для врачей) / Д.Н. Исаев, В.Е. Коган – Л.:Медицина, 1986. – 336 с.
23. Clifton, A.K. Stereotypes of women: a single category? / A.K.Clifton, D. McGrath, B. Wick // Sex Roles/ - 1976. – V.2. – P.135 – 148.

**Использование ДПДГ- психотерапии при лечении тревожных расстройств**

***Н. А. Березовская***

Психотерапевтический метод «десенсибилизации и переработка движениями глаз» (ДПДГ) был разработан Ф. Шапиро в 1987 году. Он основан на ускоренной переработке и нейтрализации негативных воспоминаний и переживаний, которая происходит при активизации так называемой информационно-перерабатывающей системы мозга путём использования следящих движений глаз пациента либо других альтернативных стимулов. К 2003 году свыше 25000 клиницистов из разных стран мира прошли подготовку по ДПДГ и широко используют этот метод в своей практике. Его успешное применение требует тщательного прохождения трех основных этапов, предусмотренных стандартным протоколом ДПДГ. Эти три этапа предлагают психотерапевту адекватно оценить цели воздействия и возможные результаты в отношении прошлого, настоящего и будущего пациента. В настоящем сообщении остановимся на общей стратегии ДПДГ-психотерапии пациентов с тревожными расстройствами.

**1. Работа над прошлым.** Первый этап связан с вопросом: «Какие события прошлого явились основой для тревожного расстройства?». Само лечение представляет собой переработку травматических воспоминаний, являющих причиной нынешних симптомов пациента. Поэтому уже во время первого сеанса, посвященного анализу истории болезни, психотерапевту необходимо выявить у пациента до десяти наиболее беспокоящих воспоминаний. Они должны быть переработаны в первую очередь (с учётом возможной вторичной выгоды имеющегося расстройства). При переработке воспоминаний с наиболее высоким уровнем беспокойства, как правило, возникает эффект генерализации, поэтому работа с другими воспоминаниями связана с меньшими трудностями. Повторяющиеся психотравмирующие события разделяют на кластеры — группы родственных событий. Например, при паническом расстройстве такими кластерами могут быть пароксизмы тревоги, возникающие: 1) в наземном общественном транспорте, 2) в переполненных людьми магазинах; 3) в метро; 4) в лифте; 5) на рынке и т. д. В каждом кластере избирается по одному наиболее характерному событию, которое и подвергается переработке. Это способствует быстрому проявлению эффекта генерализации и снижению уровня тревоги, связанной со всеми другими сходными воспоминаниями.

По мере переработки конкретного психотравмирующего эпизода, у пациента могут всплывать дополнительные воспоминания, так или иначе с ним связанные. Основное правило состоит в том, что весь отрицательный материал, ассоциативно связанный с отдельным травматическим событием, избранным предметом воздействия на данном сеансе, должен быть переработан прежде, чем переходить к другим целям. Когда повторное обращение к событиям, первоначально идентифицированным как наиболее беспокоящие, указывает на то, что они подверглись переработке, и произошла их переоценка с исчезновением чувства тревоги, психотерапевту необходимо обратиться к стимулам, связанным с настоящим.

**2. Работа с настоящим.** Вторая стадия протокола ДПДГ сосредоточена на вопросе: "Какие из существующих в настоящее время стимулов вызывают беспокойство?" На этом этапе предметом воздействия избираются нынешние жизненные обстоятельства пациента, провоцирующие у него тревожные реакции. Устранение наиболее дискомфортных симптомов (таких как приступы сильной тревоги, навязчивые

мысли и тягостные воспоминания) позволяет психотерапевту адекватно оценить текущие жизненные обстоятельства пациента и его нынешние реакции на события прошлого.

Общий принцип техники ДПДГ состоит в том, что страх и тревожность могут быть значительно снижены в результате переработки первоначального травматического события, например первого в жизни пароксизма тревоги, а также наиболее типичных приступов паники. При этом будет уменьшаться беспокоящее воздействие этих воспоминаний на сегодняшнюю ситуацию. Чаще эти изменения происходят автоматически, но в некоторых случаях источники тревоги в настоящем могут сохраняться. Поэтому любые нынешние обстоятельства, которые продолжают вызывать у клиента сильную тревогу, должны быть переработаны. Если беспокойство, связанное с текущей ситуацией пациента, не уменьшается, психотерапевту следует изучить дополнительные воспоминания, которые возможно продолжают провоцировать тревогу.

Важно подвергать проверке эффективность психотерапии, время от времени повторно избирая предметом воздействия любые нынешние ситуации для обнаружения неадекватно высокой тревожности и, при необходимости, проводить их переработку. Если пациент ведёт дневник и делает записи между сеансами ДПДГ, этот материал может помочь психотерапевту выявить дополнительный материал для переработки и позволяет лучше увидеть, насколько новые паттерны реагирования клиента соответствуют его нынешней ситуации. Следует подчеркнуть, что ДПДГ не устраняет тревоги у пациента, которая адекватна возникшей неблагоприятной ситуации и побуждает его к соответствующим действиям. На работе или в личной жизни он вполне окажется в ситуации действительно неприятной или неудачной. В этих случаях целесообразно дополнительно подключить различные формы семейной терапии, бихевиоральные техники или эриксоновскую гипнотерапию. Всё это помогает принять неблагоприятные обстоятельства повседневной жизни, изменить которые человек не в силах. Ибо считается, что одним из важнейших аспектов душевного здоровья является способность индивида не фокусироваться на невзгодах, а просто принимать их как факт, ограниченный во времени.

**3. Работа с будущим.** После идентификации и переработки психотравмирующих воспоминаний, а также всех нынешних беспокоящих обстоятельств, психотерапевту необходимо сосредоточиться на способности клиента принимать новые решения в будущем. Третий этап стандартного протокола ДПДГ включает в себя адекватное информирование клиента и создание воображаемого «образа достижения», в нашем случае самого себя, свободного от сильной тревоги, способного реагировать на некоторые события иначе, испытывать глубокое спокойствие и чувство психического комфорта. Важно определить сохранятся ли у клиента в будущем какие-либо беспокоящие проявления. Для этого он должен представить себе себя в недалёком будущем, как если бы это была видеозапись событий, которые ещё только произойдут. При этом нужно оценить любые проявления беспокойства, которые пациент, возможно, продолжает испытывать по отношению к отдельным ситуациям (езда в переполненном транспорте или пребывание в местах большого скопления людей) и определить необходимые и в данном случае формы психотерапевтического вмешательства,

Необходимо создать и интегрировать воедино новое восприятие себя пациентом, охватывающее прошлое, настоящее и будущее. Лечение нельзя считать завершённым до тех пор, пока не произойдет принятие пациентом паттерна альтернативной

поведенческой реакции, свободной от прежних беспокойства и страхов. Психотерапевт и пациент совместно определяют, как именно последний хотел бы в будущем чувствовать и действовать в ранее проблемных ситуациях.

Введение положительных примеров включает в себя работу по визуализации. Пациент рисует в своём воображении ситуации в будущем, в которых он ведёт себя адекватным образом и при этом чувствует спокойно и уверенно. Известно, что такое воображаемое достижение положительного результата действительно способствует реальным успехам.

В ходе сеансов ДПДГ положительные примеры усваиваются лишь после того, как дисфункциональный материал действительно переработан. Поэтому создание в воображении и внедрение положительных примеров не следует предпринимать до тех пор, пока беспокоящие пациента ранние воспоминания и существующие в настоящее время негативные раздражители не будут успешно переработаны. После этого ему гораздо легче представить себе более адаптивное собственное поведение в будущем. Но прежде чем предлагать пациенту переносить все эти представления в реальную жизнь, должны быть проведены серии движений глаз для их закрепления и интеграции.

Это третий и последний этап стандартного протокола ДПДГ, позволяет психотерапевту пронаблюдать ответные реакции пациента, помочь ему проработать возможные формы сопротивления или очевидные проблемы ещё до того, как он попытается действовать по-новому в реальном мире. Психотерапевт должен быть очень внимательным к любым проявлениям страха или сопротивления со стороны клиента во время инсталляции (внедрения) положительного примера его поведения в будущем. Завершающим шагом психотерапии должно быть формирование у пациента позитивной перспективы и обретение чувства собственной эффективности (в том числе, способности действительно контролировать тревогу) и благополучия. Для этого обычно требуется от 8 до 12 сеансов психотерапии.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Н. А. Березовская

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРАЧЕБНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Учебно-методическое пособие

Минск БГМУ  
2011



УДК 616.89 – 008.1:614.252.5(075.8)

ББК 56.14 я 73

Б48

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 09.11.2011г., протокол №2

Автор: канд. мед. наук, ассист. Н.А. Березовская

Рецензенты:

Кандидат педагогических наук, доцент кафедры тифлопедагогики факультета специального образования БГПУ И.Н. Миненкова

**Кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей и клинической психологии БГУ А.И. Авин**

**Березовская Н.А.**

Б 48 **Психолого-педагогические** аспекты врачебной деятельности: учебно-методическое пособие/ Н.А. Березовская. – Минск: БГМУ, 2011. – 15с.

В издании приводятся ситуации, в которых становятся понятными педагогические аспекты деятельности врача. Даны практические рекомендации по созданию эффективных взаимоотношений между врачом и пациентом, врачом и родственниками пациента, коллегами и средним медицинским персоналом.

Предназначено для студентов всех факультетов, изучающих курс «Основы педагогики и психологии» и специальный курс «Конфликтология».

УДК 616.89 – 008.1:614.252.5(075.8)

ББК 56.14 я 73

## **Введение**

Исследование рынка трудовых ресурсов показывает, что конкурентоспособность специалистов определяется не только глубокими знаниями и профессиональными навыками, но и высоким творческим, интеллектуальным потенциалом, формируемым общетеоретическим циклом.

Врачебная профессия требует кроме профессиональной компетентности высокой нравственности и ответственности, милосердия и гуманности, душевной теплоты и других общечеловеческих качеств. Эти качества формируются в процессе образования, воспитания и жизненного опыта.

### **Педагогическая ситуация в работе врача**

В основе деятельности врача лежат специальные знания, в целом относящиеся к естественным наукам. Однако нередко возникают ситуации, при которых обращение к блоку естественнонаучных знаний помочь не может. К ним можно отнести общение с подчиненными и начальством, разрешение деловых конфликтов, установление отношений с пациентом и его родственниками и т. п.

В таких ситуациях врач выступает и как сотрудник определенного лечебного учреждения, и шире — как представитель индустрии здоровья, а также как человек, выстраивающий определенные личные отношения и связи с пациентом и другими людьми, как профессионал, обязанный действовать согласно нормам, принятым в этой деятельности, и постоянно повышать уровень своего мастерства. Для того чтобы действовать, любой человек первоначально оценивает (более или менее целенаправленно) ситуацию с разных сторон. При этом его точки зрения часто предопределены предыдущим опытом и полученными в ходе образования знаниями.

Особым образом можно выделить ситуации, в которых врач ответственен не только за принятие решений в своей деятельности, но и имеет непосредственное отношение к действиям других, руководит ими. В этих случаях недостаточно только осознания собственной позиции, требуются дополнительные знания о возможных вариантах совместной деятельности и факторах, способствующих ее организации. Таким практическим знанием, отражающим опыт организации и руководства другими людьми, может служить педагогика.

Схематично педагогическую ситуацию можно описать как наличие трех составляющих и их связей: педагог, ученик и то содержание, которое приготовлено к передаче.

Часто позиции ученика и педагога обозначены социальными ролями или имеющимся у участников жизненным опытом. Так, дети почти автоматически воспринимаются в качестве учеников, а на родителей возлагаются педагогические функции, так же как и на лектора или выступающего по отношению к аудитории. И пациент почти всегда ждет от врача не только профессиональной помощи, но и человеческой поддержки, которая не в последнюю очередь связана с передачей опыта, руководством, обучением определенным навыкам. Таким образом, пациент достаточно часто в той или иной степени, готов быть «учеником», нуждается в том, чтобы врач занял по отношению к нему позицию, сходную с педагогической. Важно подчеркнуть, что особое значение имеет умение врача распознать такую ситуацию и принять на себя ответственность и руководство пациентом при условии партнерских отношений и открытой установки на сотрудничество.

Вместе с тем, в практике повседневной работы врач попадает в педагогическую ситуацию не только с пациентом. В качестве его партнера-ученика могут выступать другой работник здравоохранения (коллега-врач или средний медицинский персонал), родственники пациента, работники смежных с медициной специальностей — социальные работники, психологи и др. Мы полагаем, что в работе врача в качестве психолого-педагогических могут быть признаны следующие случаи:

- установление терапевтических отношений с пациентом;
- общение с родственниками пациентов;
- взаимодействие с младшим медицинским персоналом;
- взаимодействие с коллегами;

#### **Психолого-педагогическая деятельность врача в практическом аспекте.**

Цель действий человека, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию в практике медицины, заключается в установлении взаимодействия с другими, в основе которых лежат идеи здоровья, здорового образа жизни, его сохранения и поддержания. Эта позиция должна стать определяющими в профессиональных установках и действиях врача. И пациент, и врач, и другие «действующие лица» медицинской практики по-разному причастны к индустрии здоровья, но врач является ее олицетворением, и потому именно ему вменяется в обязанность психолого-педагогическое взаимодействие с пациентом.

Передача знаний пациенту невозможна без доверительного полноценного общения, партнерской позиции, без уважения к его личности.

Ситуация сотрудничества врач – пациент предполагает взаимопонимание, доверие, взаимную поддержку, готовность к совместной деятельности по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья поэтому большое значение имеет правильная организация пространства встречи и продуктивное сотрудничество в процессе планирования лечебных мероприятий.

#### **Построение пространства встречи.**

Каждый пациент стремится добиться от врача индивидуального подхода именно к его случаю заболевания, к нему самому: ищет контакт при взгляде, желает выделиться, сделав приятное, или, наоборот, грубо обращает на себя внимание (кричит, требует), задает неуместные, на взгляд врача, вопросы (например, личного характера), много говорит о себе и т.п. Эти и другие подобные «симптомы» могут исчезнуть совсем или существенно измениться, как только врач создаст условия для откровенного и спокойного разговора с пациентом, касающегося не только «технических» деталей лечения, но и более широкого контекста жизни. «Врач должен владеть двумя искусствами, — подчеркивает Б.Лоун, — искусством лечить, которое немислимо без обладания научными знаниями, и искусством исцелять. Наука никогда не сможет полностью подменить человеческие отношения, как не сможет подменить искусство».

Организовывая пространство встречи, врач должен позаботиться о психологическом комфорте пациента. Поэтому особое значение приобретает характер беседы, которую, безусловно, ведет врач. Чем лучше врач организует первый контакт с пациентом, тем более глубокий уровень дальнейшего взаимодействия станет возможен.

#### **Практические советы**

1. В начале беседы сделайте знак приветствия, который будет символом того, что вы настроены доброжелательно. Форма приветствия должна соответствовать возрасту,

социальному статусу пациента. Вербальная часть должна подтверждаться невербальной. Если вы начнете встречу с рукопожатия, то кроме жеста вежливости, это может дать вам важную информацию: то, как человек пожимает руку, может многое рассказать о его характере, о физическом и психологическом состоянии.

2. Выберите удобное место для общения, которое подчеркнет равноправность ваших позиций в диалоге.

3. После вашего приветствия или первого сообщения сделайте паузу, позволив вступить в диалог вашему партнеру.

4. Объясните, каким вы видите ход данной встречи, ее цели, основные вопросы, которые должны быть решены. Обозначьте время, которое продлится беседа, уточните, когда пациент сможет задать вам вопросы.

5. Предложите пациенту самому сформулировать проблему, которая привела его к врачу, ожидания от консультации.

6. Обязательно время от времени задавайте уточняющие вопросы.

7. В ходе беседы соблюдайте баланс открытых и закрытых вопросов (открытые вопросы преобладают в начале беседы, закрытые в конце).

8. Правильно используйте паузы и молчание, облегчайте и проясняйте высказывания пациента.

9. При разговоре демонстрируйте заинтересованность, старайтесь смотреть в лицо собеседника. Не забывайте: кивки головой, фиксация взгляда, наклон тела в сторону пациента – невербальные признаки внимания и активного слушания.

10. В конце беседы суммируйте полученную информацию и подведите итог вашей встречи: диагностическая гипотеза, рекомендации по изменению образа жизни, необходимые способы лечения, прогноз. Уточните, все ли понятно пациенту и не испытывает ли он каких-либо затруднений в следовании рекомендациям.

### **Создание терапевтического альянса.**

В педагогике давно укрепилось положение о том, что осуществление людьми совместных действий является залогом успешности продолжительного общения, связанного с передачей знаний и опыта. Для того чтобы их усилия стали по-настоящему совместными, служили одной цели и проходили в реально достигнутом контакте, врач должен взять на себя задачу «открытого планирования». Мы имеем в виду регулярное проговаривание с больным хода лечения и возможных последствий, комментирование действий, которые совершает врач (назначения, направления и пр.), обсуждение ожиданий пациента. Опыт ясно показывает, что наибольшая эффективность в совместной деятельности достигается при активности «ученика» (а в нашем случае — пациента), которая создает для «педагога» («врача») благоприятные условия для уточнения и проверки замыслов, корректировки действий, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

Таким образом, в беседе с пациентом врач должен не только объяснить ему, какие действия собирается совершить он сам, но и показать, в чем роль и ответственность пациента, выявить уровень понимания сделанных им назначений. Для того чтобы пациент имел более четкое представление о том, как идет процесс лечения, можно предоставить ему план лечения (в печатном виде с отметками о том, какие этапы были или будут пройдены), дать визитку с указанием справочного телефона и даты следующей встречи, предложить ему вести дневник встреч, делая в нем отметки о своем состоянии и

записывая возникающие вопросы и т.д. Все это не только покажет пациенту возможности его участия, но и наделит его ответственностью за происходящее.

В планировании процесса лечения, которое лучше проводить совместно с пациентом, врач в той или иной форме должен донести до пациента ответы на следующие вопросы.

1. Ясно ли он понимает природу проявляющихся симптомов и существует ли способ их лечения?
2. Если болезнь неизлечима, можно ли, тем не менее, облегчить ее проявления?
3. Если болезнь опасна для жизни, каковы ближайшие и отдаленные перспективы?
4. Если она не опасна для жизни, то может ли состояние стабилизироваться или будет прогрессировать?
5. Какие осложнения возможны при данном заболевании и как их избежать? Как это отразится на образе жизни?
6. Может ли изменение образа жизни существенно повлиять на развитие болезни?

Учитывая предыдущие общения и подготавливая ответы на эти вопросы, врач примерно представляет позицию пациента и, следовательно, может планировать свои действия не только в процессе встречи с ним, но и заранее.

#### **Взаимодействие с родственниками пациентов**

Особой психологической проблемой является общение с родственниками всех категорий больных.

Нередко родственники могут быть больше обеспокоены состоянием больного, чем сам пациент. Их интерес сосредоточен только на том, чтобы больной как можно скорее поправился. Сведения родственников могут определяться разговорами их ближайшего окружения, противоречивой информацией, как о болезни, так и о медперсонале, медучреждении, полученными при беседе с другими посетителями. «Старания» родственников могут привести к созданию затруднительных отношений между больным и врачом. Кроме того, родственники могут при пациенте проявлять свое недовольство врачом, лечением, говорить, что пациент «не перенесет операцию», «не выдержит такого лечения», в мельчайших подробностях разбирать с больным признаки его заболевания, «закормливать» больных, мешать соблюдать режим диеты и лечения. Бестактные родственники задают вопросы типа «почему ты так плохо выглядишь?» или «что с тобой сделали?», рассказывают о конфликтах дома или на работе, засыпают проблемами и заданиями с работы. Подобное поведение близких негативно влияет на состояние пациента. Врач должен замечать и знать взаимоотношения больного с родственниками и быть в курсе того, как последние влияют на эмоциональное состояние их пациента. Общение с некоторыми родственниками иногда следует ограничить.

Нередко родственники предъявляют врачу самые высокие требования, не прощая ему малейшей ошибки, которую прощают многим, в том числе и себе. К сожалению, нередко и сам врач не желает устанавливать контакт с родственниками.

При контакте врача с родственниками беседа должна носить целенаправленный характер: получить как можно более полную и объективную информацию о пациенте и сделать родственника союзником в борьбе с болезнью. Необходимо знать, что ждет пациента после выписки дома. Ведущая роль во взаимоотношениях «врач-родственник»

должна принадлежать врачу. Родственникам следует сообщать только самые главные и самые проверенные сведения о больном. Не всегда легко добиться сотрудничества с ними, положительного отношения к лечению. Сложность диагностики, тяжесть течения нередко создают негативную психологическую установку. Приходится затратить немало сил, времени, терпения, выдержки, чтобы сделать их своими единомышленниками, чтобы обеспечить пациенту необходимые условия для лечения и последующего лечебно-оздоровительного периода.

Особое значение проблема «врач-родственник» приобретает в случае смерти больного. Говорить о ней всегда трудно. Для сообщения об этом необходимо лично встретиться с родственниками.

Основные правила передачи плохих новостей

- Передавать следует только ту информацию, в правильности которой врач уверен.
- Делать это нужно в уединенном, спокойном месте, с глазу на глаз, а не в присутствии пациентов или медперсонала.
- Прежде чем приступить к передаче плохих новостей, нужно иметь четкий план, как это будет происходить в каждом конкретном случае.
- При передаче информации нужно говорить четко и внятно, избегая медицинского жаргона.
- После передачи печальной информации желательно сказать родственникам, о том, что они могут вновь обратиться к врачу, если возникнет необходимость в уточнении каких-либо деталей или получении дополнительной информации.
- Важно позволить родственника умершего пациента свободно выразить свои чувства, не пытаясь остановить поток эмоций, посочувствовать, оказать психологическую поддержку.

### **Особенности взаимодействия врача и медицинской сестры.**

Терапевтический процесс, в значительной степени, зависит от взаимоотношений между врачами и медицинскими сестрами. Для пациентов важен не только диагностические манипуляции и медикаментозная терапия, но и профессиональный уход. Средний медицинский персонал следует обучить некоторым манипуляциям, умению поддержать пациента психологически. Организовать слаженное взаимодействие в триаде «врач—медсестра—пациент» одна из основных педагогических задач врача.

**Возможные принципы взаимного поведения в системе «врач-медсестра»:**

#### **1) Принцип четкого разграничения функций.**

Когда обязанности медсестры четко регламентированы и строго определены, они не пересекаются с обязанностями врача. Случай, когда врач взялся за объем работы медсестры, либо медсестра внедрилась в зону компетенций врача, рассматривается, как посягательство на сферу компетенции коллеги. Такой подход приводит к тому, что медсестра не чувствует ответственности за результат лечения в целом, что дает ей возможность самоустраняться от терапевтических задач как таковых, а заниматься только механической работой. Часто поведение такой медсестры бывает формальным и безучастным, она не занимается психологическим подбадриванием пациента, его информационным сопровождением.

**2) Принцип «принеси-подай».** Этот принцип основан на четком функциональном ограничении, то есть медсестра из всего круга своих обязанностей выполняет только те, на которые указал врач.

Данный принцип фактически снимает с медсестры ответственность за свои действия, так как за все отвечает врач. Медсестра отвечает только за качество выполненного поручения, да и то, только перед врачом, а не перед пациентом. Принцип «делай то, что скажет врач» обесценивает опыт медсестры и блокирует инициативность и самостоятельность ее мышления.

### **3) Принцип партнерства.**

Современная идеология врачевания должна быть построена на принципах партнерства и взаимопомощи.

Медсестра должна иметь определенную самостоятельность. Разумеется, она не должна самостоятельно расписывать карту медицинских назначений, но она должна иметь возможность самостоятельно варьировать свое поведение, в зависимости от ситуации.

Часто врач просто не в состоянии подойти к пациенту, которому стало хуже. Он может быть на срочном вызове, либо проводить реанимационные мероприятия. В этом случае, медсестра обязана правильно оценить ситуацию и оказать максимальную помощь.

Кроме того, медсестра должна стараться играть активную роль в судьбе пациента. Это и морально-информационное сопровождение, и связь с родственниками пациента в случае необходимости. Медсестра в рамках этого принципа должна вести себя активно. В идеале медсестра должна работать в «опережающем отражении», то есть взаимодействовать с врачом так, словно она читает его следующее действие или распоряжение без слов. Кроме того, медсестра должна быть инициативной. Инициатива может проявляться в усовершенствовании своих навыков, определенной находчивости и скорости работы.

Современные тенденции таковы, что медсестра все чаще выполняет роль настоящего ассистента врача, его помощника и партнера.

Для пары «врач - медицинская сестра» очень важно быть «сработанными», исповедовать стиль совместной деятельности, который приводит к достижению хороших результатов без лишних затрат энергии. В процессе взаимодействия очень важно доверять друг другу. Профессиональное доверие - фундамент синергетического взаимодействия. Очень важно понимание такого аспекта, как взаимозависимость врача и медсестры и нацеленность на достижение командного результата.

Для врача уважение медсестер - очень важная вещь. Дело не только в том, что это облегчает и улучшает терапевтический процесс, а еще и в том, что на пациентов оказывает магическое воздействие сдержанная похвала врача медсестрой.

### **Практические рекомендации для укрепления авторитета врача среди медсестер**

- Всех медсестер желательно знать по именам. Если в отделении появилась «новенькая», представьтесь ей сами, она это очень оценит и запомнит.
- Станьте «своим» в «сестринской комнате», выделяйте время (конечно, в разумных пределах) для ее посещения, будьте в курсе проблемы младшего персонала.
- Будьте в курсе изменений их ролей и обязанностей (знайте, кто замещает старшую медсестру).
- Когда даете указания, смягчайте ж по форме: «Введите, пожалуйста...», «Не

могли бы Вы проверить...»

- Если предстоит сложное задание, а медсестер несколько, то вместо директивного выбора «Ты сделаешь», лучше спросить «Кто возьмется?»
- Если вы замечаете первые признаки раздражения, не давайте ране нагноиться, лучше сразу наедине спросить «В чем дело?», при этом быть готовым к критике.
- Создайте такую культуру отношений, которая поощряет всех членов бригады вносить свой вклад, а также открыто выражать свои взгляды.
- Будьте готовы разделить работу в случае возникновения критической ситуации.
- Принимайте риски на себя в случае возникновения опасной ситуации.
- Поддерживайте и признавайте мастерство медсестер, информируйте об этом руководство.
- Будьте готовы поддержать медсестер, как на работе, так и в жизни.
- Участвуйте в неформальных собраниях отделения, не игнорируйте медсестринское общество.

### **Взаимоотношения между врачами**

Важным звеном четкой работы лечебных учреждений является доброжелательные, уважительные отношения врачей между собой, соблюдение необходимой субординации, правильное поведение по отношению к старшим коллегам, которые по своему опыту и служебному положению несут большую ответственность за работу в лечебном учреждении.

#### **Практические рекомендации по созданию продуктивных коллегиальных отношений**

1. Для установления доверительных отношений с коллегами, врач, прежде всего, должен уметь слушать, вникать и стараться понять точку зрения коллеги по любому (не только профессиональному) вопросу. Он может не принимать мнения коллеги, не разделять его убеждения и жизненную позицию, но должен убеждать коллегу и даже идти на конфликт с ним, когда на карту поставлены жизнь и здоровье пациента. Во всех же других случаях следует избегать возникновения конфликта между коллегами; они должны уметь быть лояльными, терпимыми друг к другу, признавать свои ошибки и заблуждения: это лишь укрепляет авторитет врача.

2. Врач не имеет права быть высокомерным, заносчивым по отношению к коллегам, даже если он убежден в своем профессиональном превосходстве и более богатом опыте. В противном случае его отношения с коллегами будут напряженными в силу взаимной неприязни, что обязательно отразится на их совместной работе. Врач может испытывать разные чувства по отношению к коллеге, но он не должен эти чувства (особенно если они негативные) показывать.

3. Недоверие и неприязнь между коллегами часто вызваны завистью к общественному имиджу коллеги, его должности, уважению, которое выражают ему коллеги и больные, его материальному благополучию и т.д. Такая зависть непременно проявляется в том, что в отношениях возникает напряженность, грозящая перерасти в конфликт. Зависть оправдана только тогда, если она является стимулом для профессионального и нравственного совершенствования, пробуждая здоровое и полезное



честолюбие. Зависть же, направленная на разрушение статуса объекта зависти, для врача недопустима.

4. Врач должен постоянно учиться у более опытных и знающих коллег, что способствует не только профессиональному росту, но и установлению взаимных уважительных отношений между коллегами. Опытные, искусные врачи обязаны мягко и тактично учить и направлять врачей менее опытных и менее искусных. Однако недопустим менторский тон, насмешки над ошибками молодых врачей, грубые «разносы» за ошибки, которые могут лишить молодого врача уверенности в себе.

5. Коллектив современного лечебного учреждения – единый организм, объединенный общей целью – заботой о жизни и здоровье пациентов, поэтому ответственность одного врача должна разделяться всеми врачами коллектива. Коллеги обязаны приходить на помощь друг другу, не считаясь с тем, «их» это пациент или коллеги, тем более на помощь другому врачу вне зависимости от времени и места нахождения.

6. Врачи обязаны обмениваться профессиональной информацией, не пытаясь монополизировать ее в ущерб делу. Соккрытие информации (как и неуместное ее разглашение) может стать причиной гибели пациента, нанесения ущерба его здоровью. Это не противоречит соблюдению авторских прав. Если врач в процессе исследований сделал открытие, он должен его зарегистрировать и предать гласности, ибо от этого может зависеть жизнь и здоровье людей. Необходимость создания единого информационного пространства требует интенсивного обмена информацией, что предполагает установление доброжелательных отношений с коллегами из других медицинских учреждений и даже стран.

Трудности в налаживании отношений с коллегами являются частью человеческого опыта. Они напоминают сорняки в саду: благодаря постоянному уходу за садом мы можем уменьшить их количество до приемлемого уровня, но не можем устранить их полностью.

Для успешной работы в области врачебной педагогики, психогигиены, психопрофилактики необходимо воспитать в себе некоторые профессионально важные качества личности:

- Умение отдавать себя людям, искреннее быть полезным, сохраняя при этом доброжелательность, соучастие, чувство человеческого достоинства;
- Быть великодушным, снисходительным, готовым к спокойному повторению фундаментальных положений (воспитание-это спокойное, многократное, доброжелательное повторение);
- Занимать позицию незаметного руководителя и заметного помощника, избегать поучительного тона, помнить и выполнять правило: «Помогая, не унижайте»;
- Быть всегда и во всем пунктуальным, так как волевые качества личности начинаются с пунктуальности. Воля формируется через преодоление трудностей, и поэтому надо научиться радоваться трудностям, препятствиям, не избегать их, а встречать и преодолевать.
- Быть добрым, снисходительным, уметь прощать бестактность в словах и действиях больных, ибо доброта нужна для души, точно так же, как и здоровье для тела.

- Быть по-хорошему недовольным собой, совершенствовать себя, свои знания, свои характерологические качества, неустанно находить новые, более эффективные пути в своей работе.
- Делиться своим опытом с коллегами. Уметь слушать, развивать в себе не только речь, но и «искусство молчания».

### Список литературы

1. Биомедицинская этика: слов.-справ. / Т.В. Мишаткина, Я.С. Яскевич, С.Д. Денисов [и др.]; под ред. Т.В. Мишаткиной. – Минск: БГЭУ. – 2007. – 90 с.
2. Биомедицинская этика. Учебное пособие. Под ред. Т.В. Мишаткиной, С.Д. Денисова, Я.С. Яскевич. Минск: БГЭУ. –2003. – 268 с.
3. Бордовская, Н.В. Педагогика: учебник для вузов / Н.В. Бордовская, А.А. Реан. Спб: «Питер». – 2000. – 304 с.
4. Немов, Р. С. Психология: словарь-справочник: в 2 т. / Р.С. Немов. – М., 2003. –Т. 1. – С. 220-221.
5. Педагогика в медицине: учеб. пособие для студ. высш. мед. учеб. заведений / Н.В. Кудрявая [ и др.]. – М.: Изд. центр «Академия». – 2006. – 320 с.
6. Станкин, М.И. Если мы хотим сотрудничать: книга для преподавателя и воспитателя / М.И. Станкин. – М. – 1996. – 107 с.
7. Треногов, А.В. Психолого-педагогические основы обучения в медицинском вузе: учеб. пособие для студентов / А.В. Треногов, Исаева Е.Р. СПб. – 2006. – 87 с.

### Оглавление

Введение.....	55
Педагогическая ситуация в работе врача.....	58
Психолого-педагогическая деятельность врача в практическом аспекте. ....	59
Взаимодействие с родственниками пациентов.....	61
Особенности взаимодействия врача и медицинской сестры. ....	62
Взаимоотношения между врачами.....	64
Список литературы .....	66