

УДК 618.12-002-036.12:616.89-008.442

О.В. Носкова, А.В. Чурилов, Г.В. Былым, Е.В. Литвинова

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

**ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН,
СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АДНЕКСИТОМ,
ПРИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В СЕМЕЙНОЙ ДИАДЕ**

Супружеская дезадаптация в семейной диаде несет в себе медицинские, медико-психологические и социальные проблемы, поскольку является причиной дисгармонии в браке и детерминирует разрушение семьи. Сложность и многообразие клинических проявлений феномена супружеской дезадаптации, зависимость ее от особенностей личности, состояния половых органов, особенностей полового воспитания, типа сексуальной культуры и мотивации, разновидности половой конституции, объясняет неоднозначность и многоплановость проявлений сексуальной дисфункции у женщин. Среди больных хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями внутренних половых органов 65,2% страдают различными сексуальными расстройствами. Нарушение сексуальной функции у больных хроническим аднекситом весьма многообразны и зависят от того, какие составляющие копулятивного цикла и в какой степени поражены. По данным И.Л. Ботневой, поражение нейро-гуморальной составляющей наблюдается у 68,9% женщин с хроническим аднекситом, психической еще чаще 82,8% [1-3]. На фоне имеющегося хронического воспалительного заболевания гениталий, нарушение сексуального здоровья особенно тяжело переживается и ведет к усугублению имеющейся супружеской дезадаптации в результате развития сексуальных и невротических расстройств и межличностным конфликтом между супругами [4-5].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить особенности сексуальной дисфункции у женщин, страдающих хроническим аднекситом при супружеской дезадаптации.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследование проводилось в условиях отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДОКТМО, под наблюдением состояли 140 супружеских пар, в которых жены страдали хро-

ническим аднекситом, из них 110 пар составили основную группу с супружеской дезадаптацией и 30 пар без адаптации – составили контрольную группу. Основная группа подразделена на четыре подгруппы: первая подгруппа представлена 32 женщинами у которых супружеская дезадаптация имела приобретенный характер на фоне хронического аднексита, вторая группа 17 пар с сексуально-эротической дезадаптацией, основанная на неправильном сексуальном поведении и неадекватной оценкой своих сексуальных проявлений, третья группа 28 пар с несоответствием полоролевого поведения и четвертая группа 33 пары с первичной сексуальной дисфункцией у жен. Возраст обследованных составил от 19 до 41 года, все пациентки состояли в браке в течение 8 лет, имели высшее образование. Механизмы развития супружеской дезадаптации изучали с помощью метода системно-структурного анализа сексуального здоровья по его интегральным критериям, компонентам и составляющим [6]. Для определения эрогенных зон и диапазона приемлемости супругов использовали методику В.И. Здравомыслова [7] в модификации В.В. Кришталея [6], половая конституция у женщин определялась с помощью шкалы И.Л. Ботневой, половая конституция у мужчин по шкале Г.С. Васильченко [8], тип сексуальной мотивации по систематизации В.В. Кришталея [6], психосексуальные типы мужчин и женщин по С.С. Либиху [9]. Все данные статистически обработаны по таблицам процентов и их ошибок В.С. Генеса [10]. Полученные данные психодиагностических исследований обработаны методом корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона, r). Верификация результатов психодиагностического исследования проводилась с использованием корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции

ляции Кенделла, τ) и методики проверки достоверности различий выборки (t критерий Стьюдента).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Системно-структурный анализ позволил определить состояние всех компонентов и составляющих сексуального здоровья в генезе дезадаптации, результаты которых представлены в таблице 1. На основании представленных данных понятно, что нарушение компонентов и составляющих супружеской адаптации обнаружено во всех группах. Социальный компонент был нарушен за счет социокультурной составляющей у большинства супругов второй, третьей и четвертых групп, в первой группе из-за низкого уровня общей и сексуальной культуры и несоответствия типов сексуальной культуры у мужей и жен социальный компонент нарушен минимально. Распределение типов сексуальной культуры у супругов представлены в таблице 2. Из данных таблицы видно, что у обследованных преобладал дисгармоничный вариант сексуаль-

ной культуры, у женщин в основном примитивный, у мужчин либеральный и примитивный особенно выражены в третьей и первой группах. Несоответствие типов сексуальной культуры явилось значимым фактором дисгармонии в супружеской жизни. Информационно-оценочная составляющая социального компонента у женщин значительно чаще нарушена, чем у мужчин, что связано с низким уровнем осведомленности в вопросах гигиены половой жизни, особенно во второй и четвертой группах. Психологический компонент нарушен в третьей, четвертой и второй группах, при минимальных изменениях в первой группе. Причиной этого явилось наличие у одного из супругов черт характера, неприемлемых для другого супруга, а нарушение социально-психологического компонента минимально выражено в первой группе, по сравнению с другими и связано с нарушением межличностных отношений в супружеской диаде. При анализе состояния биологического компонента выявлено нарушение нейро-гуморальной составляющей у большинства

Таблица 1.

Распределение нарушения компонентов и составляющих супружеской адаптации у обследованных супружеских пар (%)

Компоненты и составляющие	Группы супружеских пар				Всего (n=110)
	первая n=32	вторая n=17	третья n=28	четвертая n=33	
Составляющие социального компонента:					
социокультурная	28	65	54	64	51
информационно-оценочная					
ж	47	82	57	79	62
м	25	53	39	27	34
Психологический компонент	28	76	75	88	66
Социально-психологический компонент	38	53	100	94	73
Составляющие биологического компонента:					
нейро-гуморальная					
ж	75	53	57	64	64
м	19	12	14	9	14
психическая					
ж	100	100	100	100	100
м	100	100	100	100	100
генитальная					
ж	100	-	-	24	36
м	-	-	-	-	-

женщин всех групп, генитальной у всех обследованных первой группы, и психической составляющей у всех обследованных. Нейро-гуморальная составляющая была ослаблена в связи с задержкой пубертатного развития, поражение генитальной составляющей связано с наличием хронического аднексита. Изучение биологического компонента проведено с помощью определения половой конституции. Данные этого исследования приведены в таблице 3, из чего следует, что в первой группе для большинства женщин характерен слабый тип конституции, а для мужчин средний тип. Сильная половая конституция чаще встречалась в третьей группе. Таким образом, непосредственной причиной нарушения в первой группе супружеских пар было нарушение генитальной составляющей, во второй группе нарушение обеих составляющих социального компонента, в третьей поражение психологического и социально-психологического и в четвертой группе поражение нейрогуморальной и психической составляющей биологического компонента у женщин. Нейрогуморальная составляющая этого компонента была поражена вследствие патогенных конституционально-генетических факторов у 10 больных, психическая составляющая в результате наличия у женщины невроза ожидания сексуальной

неудачи у 12 больных и патологического условного рефлекса у 11 женщин. Полоролевое поведение обследовано при помощи двух субшкал – маскулинности и фемининности на уровне «Я»-концепции. Каждая из этих субшкал состоит из набора прилагательных, определяющие указанные качества. Маскулинность описывается как инструментальность – деловитость, целеустремленность, напористость, склонность к соперничеству, а фемининность как экспрессивность – эмоциональность, межличностная чувствительность, коммуникативная компетентность. На сегодняшний день выделяют четыре полоролевых типа, в зависимости от преобладания маскулинности или фемининности: маскулинный, фемининный, андрогинный, недифференцированный. В результате проведенного исследования выявлены различные виды полоролевого поведения в зависимости от преморбидных черт характера. Все обследованные оценивали выраженность у себя маскулинных и фемининных качеств по пятибалльной шкале, результаты представлены в таблице 4. Самые высокие показатели маскулинности на уровне «Я» концепции отмечаются у женщин с эпилептоидными, истерическими и гипертимными чертами характера, хотя различия недостоверны ($p > 0,05$). Наиболее низкие показатели маскулинности у жен-

Таблица 2. Характеристика вариантов и типов сексуальной культуры обследованных супругов (%)

Группа супружеских пар	Гармоничный вариант аполлоновский тип	Дисгармоничный вариант			Девiantiный вариант гиперролевой тип м	
		либеральный тип	невротический тип	примитивный тип		патриархальный тип
первая						
ж	6	22	22	41	6	3
м	6	31	19	34	3	6
вторая						
ж	-	18	6	47	24	6
м	6	12	18	-	-	-
третья						
ж	7	18	7	54	11	4
м	11	18	14	32	14	11
четвертая						
ж	9	12	12	52	9	6
м	3	48	9	24	6	9
Всего						
ж	6	17	13	48	11	5
м	6	28	12	26	8	8

Таблица 3.

Характеристика половой конституции обследованных супругов (%)

Тип половой конституции	Группы супружеских пар				Всего, n=110
	первая, n=32	вторая, n=17	третья, n=28	четвертая, n=33	
слабый					
ж	75	53	57	64	58
м	19	12	14	9	14
средний					
ж	22	41	36	33	36
м	78	76	71	82	78
сильный					
ж	3	6	7	3	5
м	3	12	19	9	9

щин с астеноневротическим и шизоидным преморбидом значительно ниже, чем у женщин с эпилептоидными чертами ($p < 0,01$). Маскулинность женщин с психастеническим преморбидом ниже, чем у женщин с эпилептоидными ($t=1,84; p < 0,05$) и истерическими ($t=2,17; p < 0,05$) чертами. По фемининности на уровне «Я» концепции указанные группы женщин достоверно не различались. Исключение составили пациентки с психастеническим преморбидом, для них были характерны самые низкие показатели, при достоверности различий этой группы по сравнению с группой женщин с эпилептоидными чертами ($p < 0,01$). На биогенном уровне, что видно из таблицы 4, женщины с эпилептоидными, истерическими, гипертимными и шизоидными преморбидными чертами характера обнаруживают гипермаскулинность, при этом различия по этому показателю статистически незначимы ($p > 0,05$). Гипомаскулинными являются женщины с психастеническими и астеноневротическими чертами, при этом различия не значимы ($p > 0,05$). Пациентки с эпилептоидными, истерическими, шизоидными и гипертим-

ными чертами имеют достоверно более высокие показатели маскулинности на биогенном уровне, чем пациентки с астеноневротическими чертами ($p < 0,01$). При обследовании мужчин, согласно таблице 5, самые высокие показатели маскулинности на уровне «Я» концепции характерны при гипертимном, эпилептоидном и истерическом преморбиде с различием по этому показателю ($p > 0,05$) соответственно. Наиболее низкие показатели маскулинности отмечались в самооценке лиц с астеноневротическими и психастеническими чертами, они ниже, чем у мужчин с эпилептоидными и гипертимными ($p < 0,01$), шизоидными ($p < 0,01$) и истерическими ($p < 0,01$) чертами. Фемининность на уровне «Я» концепции отмечалась у мужчин с астено-невротическим и шизоидным преморбидом. Различия этих групп по указанному показателю были незначимыми ($t=0,66; p > 0,05$). Самые низкие показатели фемининности отмечались у лиц с эпилептоидными преморбидными чертами. Результаты уровня маскулинности на биогенном уровне у мужчин представлены в таблице 7. Из данных таблицы видно, что мужчины с эпилептоидными

Таблица 4.

Выраженность маскулинной (М) и фемининной (Ф) «Я»-концепции у женщин с разными преморбидными чертами характера (в баллах)

«Я»-концепция	Типы акцентуации											
	истерический		психастенический		эпилептоидный		шизоидный		гипертимный		астено-невротический	
	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S
М	83,3	1,12	81,2	0,74	88,3	0,84	73,6	1,27	87,2	1,13	74,1	1,13
Ф	93,4	1,11	81,5	1,59	82,4	0,79	91,8	1,19	93,1	1,24	91,7	1,16

Примечание: X – средние значения по группе; S – ошибка средней арифметической

ми чертами характера обнаруживают гипермаскулинность, а при шизоидных чертах коэффициент маскулинности приближается к нормативному. Гипомаскулинными являются лица с психастеническим, астено-невротическим и истерическим преморбидом. Несовпадение выраженности маскулинности на уровне полоролевой «Я»-концепции на биогенном уровне позволяет предположить наличие у обоих супругов внутриличностного конфликта, который детерминирует противоречивость установок и ожиданий в отношении брачного партнера. На уровне «Я»-концепции у всех обследованных мужчин отмечаются достаточно высокие показатели уровня фемининности, что может объяснить определенные модели поведения у мужчин с теми или иными преморбидными чертами. Таким образом, андрогинность создает достаточно широкий поведенческий репертуар, определяя возможность проявления ролевой гибкости в супружеской паре. Понятно, что наличие несочетаемых ролевых позиций в супружеской паре

являются причиной полоролевой несогласованности супружеских отношений. Выявленные особенности полоролевого поведения каждого из супругов и его сочетание в паре, свидетельствуют о существовании закономерности, которая заключается в том, что чем адекватнее полоролевая «Я»-концепция супругов, тем гармоничнее их взаимоотношения, а биогенный уровень полоролевого поведения менее значим в этом отношении. У обследованных супругов сочетание психосексуальных типов в большинстве случаев оказалось неблагоприятным, данные представлены в таблице 8. В первой группе супружеских пар преобладают типы мужчина-отец и женщина-мать, во второй типы мужчина-сын и женщина-дочь и пассивно-подчиняемые типы мужчина-мужчина и женщина-женщина, в третьей группе подавляющее большинство представлено агрессивными вариантами типов мужчин и женщин, что безусловно служит причиной супружеской дезадаптации. Только в четвертой группе характерно относительно благо-

Таблица 5.

Индексы маскулинности (%) по шкале Dur-Moll у женщин с различным преморбидом

Типы акцентуации											
истерический		психастенический		эпилептоидный		шизоидный		гипертимный		астено-невротический	
X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S
44,3	1,11	34,4	1,20	45,9	1,12	42,5	1,51	47,4	1,72	37,8	2,11

Примечание: X – средние значения по группе; S – ошибка средней арифметической

Таблица 6.

Выраженность маскулинной (М) и фемининной (Ф) «Я»-концепции у мужчин с разными преморбидными чертами характера (в баллах)

«Я»-концепция	Типы акцентуации											
	истерический		психастенический		эпилептоидный		шизоидный		гипертимный		астено-невротический	
	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S
М	76,8	0,55	69,9	0,41	79,2	0,87	73,6	1,27	87,2	1,13	74,2	0,67
Ф	91,2	1,31	82,8	1,59	89,1	0,92	91,8	1,19	93,1	1,24	91,1	1,23

Примечание: X – средние значения по группе; S – ошибка средней арифметической

Таблица 7.

Индексы маскулинности (в%) по шкале Dur-Moll у мужчин с различным преморбидом

Типы акцентуации											
истерический		психастенический		эпилептоидный		шизоидный		гипертимный		астено-невротический	
X	S	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S
52,7	1,24	50,3	1,32	45,9	1,12	1,21	68,6	50,2	1,12	62,2	1,19,

Примечание: X – средние значения по группе; S – ошибка средней арифметической

Таблица 8.

Характеристика психосексуальных типов обследованных супругов (%).

Группа супружеских пар	Мужчина-отец	Мужчина-мужчина		Мужчина-сын	Женщина-мать	Женщина-женщина		Женщина-дочь
		агрессивный	пассивно-подчиняемый			агрессивная	пассивно-подчиняемая	
первая, n=32	31	12	19	38	59	16	12	16
вторая, n=17	6	18	24	53	6	12	24	53
третья, n=28	25	75	-	-	29	71	-	-
четвертая, n=33	18	33	36	12	55	18	21	9
Всего, n=110	24	39	22	25	46	33	15	17
контрольная группа, n=30	37	50	10	3	3	10	50	37

приятное сочетание типа женщина-мать и пассивно-подчиняемого типа мужчины-мужчина, а также пассивно подчиняемых женщин и агрессивных мужчин. Для контрольной группы характерно благоприятное сочетание у $87\pm 3\%$ супругов. При исследовании взаимосвязи между психосексуальными типами и акцентуациями характера выявленные изменения представлены в таблице 9. Для женщин характерно сочетание агрессивного психосексуального типа с эпилептоидным и реже с истерической и гипертимной акцентуацией, а пассивно-подчиняемый тип с психастенической и астено-невротическими типами, иногда с шизоидной акцентуацией, женщина-мать чаще имеет гипертимную акцентуацию. Среди мужчин агрессивные лица с эпилептоидными и гипертимными, пассивно-подчиняемые с астено-невротическими чертами, у мужчины отца в большинстве случаев от-

мечается психастеническая, у мужчины-сына – шизоидная акцентуация характера. При исследовании сочетаемости типов сексуальной мотивации между супругами, выявлены следующие закономерности: у женщин первых трех групп преобладал шаблонно-регламентированный, а в четвертой гомеостабилизирующий и шаблонно-регламентированные типы сексуальной мотивации, у мужчин в первой группе игровой, во второй генитальный, в третьей и четвертой шаблонно-регламентированный. Наиболее благоприятный для обеспечения сексуальной гармонии взаимно-альтруистического коммуникативно – гедеонического типа сексуальной мотивации не было ни у кого из обследованных групп, в контрольной группе он наблюдался у $56\pm 6\%$ супружеских пар.

На основе применения системно-структурного анализа всех компонентов и составляю-

Таблица 9.

Связь между психосексуальными типами и акцентуациями характера обследованных супругов (%)

Тип акцентуации	Мужчина-отец	Мужчина-мужчина		Мужчина-сын	Женщина-мать	Женщина-женщина		Женщина-дочь
		агрессивный	пассивно-подчиняемый			агрессивная	пассивно-подчиняемая	
истерический	31	12	19	38	59	16	12	16
психастенический	6	18	24	53	6	12	24	53
эпилептоидный	25	75	-	-	29	71	-	-
шизоидный	18	33	36	12	55	18	21	9
гипертимный	24	39	22	25	46	33	15	17
Астено-невротический	37	50	10	3	3	10	50	37
уравновешенный, спокойный	22	-	9	9	-	-	-	15
Всего, n=110	40	33	13	14	4	4	23	29

ших сексуального здоровья выделены четыре основные группы: первая группа дезадаптация вследствие вторичной сексуальной дисфункции у женщин с хроническим аднекситом ($29\pm 3\%$), вторая – сексуально-эротическая форма ($16\pm 3\%$), третья – полоролевая форма ($25\pm 3\%$), четвертая – дезадаптация на фоне первичной сексуальной дисфункции ($30\pm 3\%$). Первичная сексуальная дисфункция у женщин может быть в виде пато-рефлекторной формы дисфункции ($33\pm 8\%$), невроза ожидания сексуальной неудачи ($36\pm 8\%$), конституционально-генетической формы дисфункции ($30\pm 8\%$). Развившиеся сексуальные расстройства могут быть следствием нарушением физиологических механизмов обеспечения сексуальной функции или результатом дезадаптации супругов на разных уровнях их взаимодействия. У женщин первой группы выраженность сексуальных нарушений зависит от длительности болевого синдрома, развивается постепенно и проявляется в виде сексуальной гипестезии, гипо-и аноргазмии, алибидемии. Как правило сексуальная дисфункция развивается у женщин с слабой или ослабленной средней половой конституцией, при сильной половой конституции либидо может сохраняться, даже на фоне развившейся аноргазмии. Постоянная сексуальная дисфункция приводит к эмоциональным расстройствам и личностную реакцию в виде отказа от половой жизни или формирование формального к ней отношения. У женщин с истероидными преморбидными чертами характера формируется невротическая фиксация на болевых ощущениях. Для мужчин в этой группе в связи с парным характером сексуальной функции развивается снижение сексуальной активности и предприимчивости, психосексуальная неудовлетворенность, все эти нарушения, как правило, носят относительный характер и проявляются по отношению к жене. С точки зрения структурного анализа в этой группе ведущим является поражение биологического компонента супружеской дезадаптации, при этом психическая составляющая нарушена у всех в результате личностной реакции обследуемых на заболевание жены и сексуальную дисгармонию, нарушение социально-психологического компонента сексуального здоровья встречается у $46\pm 3\%$ пар. Во второй группе сексуально-эротическая форма дезадаптации развивается из-за несоответствия диапазона приемлемости супругов и их неправильным сексуальным поведением. Нарушение сексуальной функции развивается сразу в виде сексуальной гипестезии, снижением либидо, что приводит к игнорированию в последующем сексуальной активности мужа. При этом поражается информационно-

оценочная составляющая социального компонента, при этом нарушение психологического, социально-психологического и психической составляющей биологического компонента выражено меньше. Сексуально-эротическая дезадаптация связана с низким уровнем сексуальной культуры, представители этой группы, чаще берут за основу мнение случайных лиц, что неизбежно приводит к формированию неправильных психологических установок. У супругов чаще всего имеется несоответствие типов сексуальной мотивации, с преобладанием у жен шаблонно-регламентированной сексуальной мотивации, при анализе сексуальных типов характерно наличие пассивно-подчиняемых типов у мужчин и женщин, при разных типах сексуальной культуры. Развитие этих сексуальных нарушений отмечается у лиц с повышенной внушаемостью или с признаками психического инфантилизма. Все это приводит к невыполнению сексуально-эротической функции и усугублению конфликтов в семье. В третьей группе полоролевая форма возникает при нарушении полоролевого поведения обоих супругов. Нарушение полоролевого поведения может быть в виде трансформации по типу маскулинного поведения у женщин и фемининного поведения у мужчин, либо в гиперролевом варианте – гиперфеминном у женщин и гипермаскулинном у мужчин. Для женщин с маскулинным поведением характерно игнорирование предварительного периода полового акта, ограниченный диапазон приемлемости, поздний возраст первого оргазма, генитальный или шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации при слабом типе половой конституции, возможен и противоположный вариант в виде стремления к беспорядочным половым связям, раннее начало половой жизни, с преобладанием садистических элементов при среднем и сильном типе половой конституции. У всех женщин с полоролевой формой характерна задержка полового развития, генитальный тип сексуальной мотивации при слабой или средней половой конституции. У 75% женщин отсутствуют сексуальные ощущения при гипо-или аноргазмии, невротический или ролевой тип сексуальной культуры. Ведущим является нарушение психологического и социально-психологического компонентов супружеской дезадаптации, психическая составляющая биологического компонента нарушены меньше. В четвертой группе первичная сексуальная дисфункция обусловлена нарушением социального, психологического, социально-психологического и анатомо-физиологического обеспечения сексуального здоровья. Для этой группы характерно пер-

вичное нарушение сексуальной функции с последующим присоединением нарушений межличностных отношений. В этом случае возможны три формы первичной сексуальной дисфункции: паторефлекторная, невроз ожидания неудачи, конституционально-генетическая. Паторефлекторная форма наблюдалась у 11 (10±3%) и проявлялась в виде срыва нервной регуляции полового акта с последующим нарушением физиологии и формированием невротической фиксации в виде патологического рефлекса. Причиной этому был неудачный первый опыт полового акта в виде возможного насилия, внезапных резких раздражителей. В результате этого у женщин формируется установка на свою сексуальную неполноценность, несоответствие мужа вымышленному идеалу мужчины, неправильное половое поведение в семье. Для женщин характерна плохая осведомленность в области секса при шаблонно-регламентированном типе сексуальной мотивации, слабой половой конституции. Сексуальные нарушения проявляются в виде нормальных сексуальных ощущений, которые исчезают при приближении оргазма с последующей психо-сексуальной неудовлетворенностью. Аноргазмия являясь постоянным психотравмирующим обстоятельством, приводит к развитию неврастения. Ведущим является нарушение психической составляющей биологического компонента, также нарушена информационно-оценочная составляющая социального компонента. Для женщин характерны астено-невротические и истерические черты характера. В основе невроза ожидания сексуальной неудачи лежит навязчивое опасение неудачи в половом акте в виде тревоги, страха. Тип мотивации шаблонно-регламентированный при слабой или средней половой конституции. Сексуальные нарушения в виде аноргазмии при невротическом типе сексуальной культуры. Ведущим является поражение психологическо-

го компонента сексуального здоровья и психической составляющей биологического компонента. Конституционально-генетическая форма характеризуется врожденной неполноценностью морфо-функциональных структур. Сексуальные расстройства проявляются сразу от момента начала половой жизни в виде снижения либидо, сексуальной активности, оргазма. Чаще всего эти женщины испытывают безразличие к половой жизни, никогда не испытывали оргазма, мотивом служит чувство долга, для них характерно позднее начало половой жизни в 30-35 лет, либидо слабо выражено или отсутствует, уровень информированности в области секса низкий, генитальный тип сексуальной мотивации при примитивном типе сексуальной культуры. Для этого типа характерно сочетание нейро-гуморальной и психической, иногда генитальной составляющей биологического компонента. Для этих пациенток характерна астеническая конституция.

ВЫВОДЫ

В результате проведенного исследования выявлено многообразие сексуальных нарушений при хроническом аднексите у пар с разными видами супружеской дезадаптацией с точки зрения системно-структурного анализа всех компонентов и составляющих сексуального здоровья в виде дезадаптации из-за вторичной сексуальной дисфункции у женщин с хроническим аднекситом, сексуально-эротической, полоролевой формы и дезадаптации на фоне первичной сексуальной дисфункции. Сексуальные нарушения проявляются в виде сексуальной гипестезии, снижения либидо, аноргазмии и зависят от выраженности психологической, социально-психологической, психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья.

О.В. Носкова, А.В. Чурилов, Г.В. Былым, Е.В. Литвинова

ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АДНЕКСИТОМ, ПРИ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В СЕМЕЙНОЙ ДИАДЕ

Цель работы: изучить особенности сексуальной дисфункции у женщин, страдающих хроническим аднекситом при супружеской дезадаптации.

Обследование проводилось в условиях отделения экстрагенитальной и акушерской патологии ДОК-ТМО, под наблюдением состояли 140 супружеских пар, в которых жены страдали хроническим аднекситом, из них 110 пар составили основную группу с

супружеской дезадаптацией и 30 пар без адаптации – составили контрольную группу. Основная группа подразделена на четыре подгруппы: первая подгруппа представлена 32 женщинами у которых супружеская дезадаптация имела приобретенный характер на фоне хронического аднексита, вторая группа 17 пар с сексуально-эротической дезадаптацией, основная на неправильном сексуальном поведении и

неадекватной оценкой своих сексуальных проявлений, третья группа 28 пар с несоответствием полоролевого поведения и четвертая группа 33 пары с первичной сексуальной дисфункцией у жен. Механизмы развития супружеской дезадаптации изучали с помощью метода системно-структурного анализа сексуального здоровья по его интегральным критериям, компонентам и составляющим.

На основе применения системно-структурного анализа всех компонентов и составляющих сексуального здоровья выделены четыре основные группы: первая группа дезадаптация вследствие вторичной сексуальной дисфункции у женщин с хроническим аднекситом (29±3%), вторая – сексуально-эротическая форма (16±3%), третья – полоролевая форма (25±3%), четвертая – дезадаптация на фоне первичной сексуальной дисфункции (30±3%). Первичная сексуальная дисфункция у женщин может быть в виде паторефлекторной формы дисфункции (33±8%), невроза ожидания сексуальной неудачи (36±8%),

конституционально-генетической формы дисфункции (30±8%). Развившиеся сексуальные расстройства могут быть следствием нарушением физиологических механизмов обеспечения сексуальной функции или результатом дезадаптации супругов на разных уровнях их взаимодействия.

Выводы: В результате проведенного исследования выявлено многообразие сексуальных нарушений при хроническом аднексите у пар с разными видами супружеской дезадаптацией с точки зрения системно-структурного анализа всех компонентов и составляющих сексуального здоровья в виде дезадаптации из-за вторичной сексуальной дисфункции у женщин с хроническим аднекситом, сексуально-эротической, полоролевой формы и дезадаптации на фоне первичной сексуальной дисфункции.

Ключевые слова: хронический аднексит, супружеская дезадаптация, сексуальные нарушения, системно-структурный анализ

O.V. Noskova, A.V. Churilov, G.V. Bylym, E.V. Litvinova

SEI HPE «M. Gorky Donetsk National Medical University», Donetsk

PECULIARITIES OF SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN SUFFERING CHRONIC ADNEXITIS WITH MARRIAGE DISADAPTATION IN A FAMILY DYAD

The purpose of the work: to study the features of sexual dysfunction in women suffering from chronic adnexitis with marital disadaptation

The examination was carried out in the conditions of the department of extragenital and obstetric pathology of the ДОСТМО, 140 married couples were under observation, in which the wives suffered from chronic adnexitis, of which 110 couples made up the main group with marital disadaptation and 30 couples without adaptation – made up the control group. The main group is divided into four subgroups: the first subgroup is represented by 32 women whose marital maladjustment was acquired against the background of chronic adnexitis, the second group is 17 couples with sexual and erotic maladjustment, based on improper sexual behavior and inadequate assessment of their sexual manifestations, the third group is 28 couples with a mismatch of gender-role behavior and the fourth group of 33 couples with primary sexual dysfunction in women. The mechanisms of development of marital maladjustment were studied using the method of system-structural analysis of sexual health according to its integral criteria, components and constituents.

Based on the application of a system-structural analysis of all components and components of sexual health,

four main groups were identified: the first group is maladaptation due to secondary sexual dysfunction in women with chronic adnexitis (29±3%), the second is the sexual-erotic form (16±3%). 3%), the third one is a sex-role form (25±3%), the fourth one is maladjustment against the background of primary sexual dysfunction (30±3%). Primary sexual dysfunction in women can be in the form of a pathoreflex form of dysfunction (33±8%), a neurosis of expectation of sexual failure (36±8%), a constitutional-genetic form of dysfunction (30±8%). Developed sexual disorders may be the result of a violation of the physiological mechanisms for ensuring sexual function or the result of disadaptation of spouses at different levels of their interaction.

Conclusions: As a result of the study, a variety of sexual disorders were revealed in chronic adnexitis in couples with different types of marital maladjustment from the point of view of a system-structural analysis of all components and components of sexual health in the form of maladaptation due to secondary sexual dysfunction in women with chronic adnexitis, sexually erotic, sex-role form and disadaptation against the background of primary sexual dysfunction.

Key words: chronic adnexitis, marital maladaptation, sexual disorders, system-structural analysis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ботнева И.Л. Генитосегментарная составляющая и ее расстройства. В кн.: Васильченко Г.С. Сексопатология. М.: Медицина; 1990: 539-550.
2. Свядошч А.М. Женская сексопатология: Монография. СПб.: Питер; 2001. 286.
3. Кочарян Г.С. Современная сексология: Монография. К.: НИКА-Центр. 2007. 400.

REFERENCES

1. Botneva I.L. Genitosegmentarnaya sostavlyayushchaya i ee rasstroistva. V kn.: Vasil'chenko G.S. Seksopatologiya. Moscow: Medicine; 1990: 539-550 (in Russian).
2. Svyadoshch A.M. Zhenskaya seksopatologiya: Monografiya. St. Petersburg: Piter; 2001. 286 (in Russian).
3. Kocharyan G.S. Sovremennaya seksologiya: Monografiya. Kyiv: NIKA-Center. 2007. 400 (in Russian).

4. Каденко О.А. Супружеская дезадаптация и внебрачные сексуальные связи: Монография. Хмельницкий: ХНУ; 2006. 239.
 5. Келли Г. Основы современной сексологии: Пер. с англ. СПб.: Питер, 2000. 896.
 6. Криштал В.В., Григорян С.Р. Сексология: Учебное пособие. Харьков: Акад. сексол. исследований, 1999. 1150.
 7. Здравомыслов В.И., Анисимов З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. Алма-Ата.: Казахстан, 1985. 271.
 8. Частная сексопатология. Под. ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. 352.
 9. Володин В.С. Основы медицинской сексологии: Курс лекций. М.: Логос, 2003. 238.
 10. Генес В.С. Некоторые простые методы кибернетической обработки данных диагностических и функциональных исследований. М.: Наука, 1967. 208.
4. Kadenko O.A. Supruzheskaya dezadaptatsiya i vnebrachnye seksual'nye svyazi: Monografiya. Khmel'nitsky: KHNU; 2006. 239 (in Russian).
 5. Kelli G. Osnovy sovremennoi seksologii: Per. s angl. St. Petersburg: Piter; 2000. 896 (in Russian).
 6. Krishtal' V.V., Grigoryan S.R. Seksologiya: Uchebnoe posobie. Kharkov: Acad. of Sexological Research; 1999. 1150 (in Russian).
 7. Zdravomyslov V.I., Anisimov Z.E., Libikh S.S. Funktsional'naya zhenskaya seksopatologiya. Alma-Ata.: Kazakhstan; 1985. 271(in Russian).
 8. Chastnaya seksopatologiya. Pod. red. G.S. Vasil'chenko. Moscow: Medicine; 1983. 352 (in Russian).
 9. Volodin V.S. Osnovy meditsinskoi seksologii: Kurs lektcii. Moscow: Logos, 2003. 238 (in Russian).
 10. Genes V.S. Nekotorye prostye metody kiberneticheskoi obrabotki dannykh diagnosticheskikh i funktsional'nykh issledovaniy. Moscow: Science, 1967. 208 (in Russian).