

УДК 616.89 -008.442.4: (618.177 – 06: 618.12 – 002 – 036.1)

Клинико-онтогенетические особенности формирования и состояние мотивационной сферы при соматоформной вегетативной дисфункции у женщин



Герасименко Л. А.

Герасименко Л. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Резюме. Вивчено особливості психосексуального, соматосексуального розвитку та мотиваційна діяльність за соматоформної вегетативної дисфункції у жінок. Досліджено становлення сексуальності, відзначено роль соматогенних, психогенних і соціогенних чинників у психосексуальному й соматосексуальному розвитку за соматоформної вегетативної дисфункції у жінок.

Ключові слова: соматоформна вегетативна дисфункція, психосексуальний, соматосексуальний розвиток, девіації психосексуального розвитку, мотив, мотивація.

Clinical & ontogenetic peculiarities of the formation and the state of the motivational sphere with somatoform autonomic dysfunction in women

Herasymenko L.

HMEIoU «Ukrainian medical stomatological academy» (Poltava)
Chair of psychiatry, narcology and medical psychology

Resume. The peculiarities of psycho-sexual, somatosensory development and motivational activities somatoform autonomic dysfunction in women are studied. Formation of sexuality, the role of somatogenic, psychogenic and sociogenic factors in psychosexual and somatosensation development for somatoform autonomic dysfunction in women are investigated.

Keywords: somatoform autonomic dysfunction, psychosexual, somatosensory development, deviation of psychosexual development, motive, motivation.

Сегодня, наверное, трудно найти человека, которому в последнее время удалось избежать стрессов, чрезмерного нервного перенапряжения, эмоционального срыва, бессонницы [1]. На сегодня пересмотрены теоретические, практические и классификационные подходы к вегето-сосудистой дистонии, которая особенно в отечественной психоневрологии, долгие годы была фактически общепринятым синонимом СФР [2,3]. Это создало ситуацию, когда систематизированные научные разработки в этой отрасли далеко отстали от сформированных клинических потребностей. Существующие классические работы по клинической структуре некоторых форм СФР не отвечают дифференциации современных форм СФР и выбору наиболее эффективных методов психотерапии и принципов применения патогенетически обоснованных лечебно-реабилитационных подходов [2,4,5].

Согласно международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) СВД относится к рубрике F.45.3. Неврастения согласно DSM — IV относится к кластеру С (тревожное, паническое расстройство) [3].

При СВД сердечно-сосудистой системы депрессивные явления, углубляясь, все более приближаются к уровню циклотимии. С этим согласуются и последние данные клинического опыта о возможности перерастания такого рода периодических невротических проявлений при СВД в тревожно-фобические расстройства, расстройства адаптации [3,6]. Это сказывается на характере межличностных отношений, что приводит к нарушению супружеской и психосоциальной адаптации [2,5,6,7].

В современных медицинских, психологических исследованиях и клинической практике все больше внимания уделяется изучению индивидуальных особенностей психического и психосексуального развития при различных типах психических расстройств у женщин [4,5].

Психосексуальное и соматосексуальное развитие являются важнейшими компонентами онтогенеза психической и сексуальной сферы [2,4].

Расстройства общего и сексуального поведения чаще всего являются следствием нарушения общего психического, психосексуального и соматосексуального развития [3,4,5,6].

Индивидуальное психосексуальное и соматосексуальное развитие, отличаясь достаточной вариабельностью в темпах и сроках появления отдельных клинических признаков приводит к неоднозначным изменениям индивидуально-психологических личностных особенностей, в общем и сексуальном поведении [1,2,4,6,7].

Дисгармоничное половое созревание [2,4] достаточно часто является основой формирования акцентуированных черт характера [4] и становится благоприятной почвой для формирования и закрепления дезадаптивных форм поведения, сексуально-поведенческой и социально-психологической дезадаптации, нарушений здоровья семьи и семейного функционирования [5,7].

Целью настоящей работы явилось изучение особенностей индивидуального психосексуального (ПР) и соматосексуального развития (СР), мотивационной сферы при СВД сердечно-сосудистой системы у женщин.

Под наблюдением находилось 45 супружеских пар, где у женщин была диагностирована СВД сердечно-сосудистой системы и обратившиеся на кафедру психиатрии, наркологии и медицинской психологии ВДНЗУ «УМСА». Во всех супружеских парах у женщин была диагностирована СВД сердечно-сосудистой системы. Все женщины проходили стационарное лечение в отделении неврозов Полтавской областной клинической психиатрической больницы имени А.Ф. Мальцева. Преобладающее большинство

пациенток — 32 (71,1%) были в возрасте от 23 до 30 лет, 7 (15,6%) — в возрасте 31–35 лет, остальные 6 женщин (13,3%) — 35–39 лет. В основном мужчины и женщины относились к одной возрастной группе, за исключением 6 супружеских пар, в которых жены были на 10–12 лет моложе своих мужей (все эти супруги состояли во втором браке) и 5 супружеских пар (11,1%), где женщины были на 3–5 лет старше своих супругов.

Проводились клинико-психопатологическое, клинико-анамнестическое, специальное сексологическое исследование с использованием углубленного изучения специального сексологического анамнеза и статистическая обработка полученных данных [3,6,7]. Психодиагностическое обследование включало проведение методики Леонгарда-Шмишека, методики «Индекс жизненного стиля», а также при помощи методики D. H. Sprenkle, B. L. Fisher изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации.

Распределение синдромов в результате наблюдения женщин с СВД сердечно-сосудистой системы позволило выделить нозологические структуры психических расстройств, представленных в табл. 1.

Среди находившихся под наблюдением супружеских пар были выделены две группы. В первую вошла 17 (37,7%) супружеских пар с первичной сексуальной дезадаптацией супругов, во вторую — 28 (62,3%) супружеских пар, где у супругов отмечалась первичная социально-психологическая дезадаптация.

Таблица 1

Нозологическая структура психических расстройств

| Диагноз по МКБ-10 | Мужчины, n = 45 | | Женщины, n = 45 | |
|--|-----------------|------|-----------------|------|
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % |
| Неврастения F. 48.0 | 11 | 24,4 | 20 | 44,4 |
| Тревожно-фобическое расстройство F. 42.0 | 10 | 22,2 | 11 | 24,4 |
| Расстройство адаптации F.43.2 | 11 | 24,4 | 14 | 31,1 |

Примечание. У остальных мужчин не было диагностировано психических расстройств такого же регистра как у женщин.

Таблица 2

Характеристика темпов соматосексуального развития обследованных супругов

| Темп развития | Группы супружеских пар | | | | Всего, n= 45 | |
|----------------|------------------------|------|--------------|------|--------------|------|
| | первая, n=17 | | вторая, n=28 | | абс. ч. | % |
| | абс. ч. | % | абс. ч. | % | | |
| Ускоренный | 4 | 23,5 | 3 | 10,7 | 7 | 15,6 |
| | 2 | 11,8 | 4 | 14,3 | 6 | 13,3 |
| Задержанный | 6 | 35,3 | 3 | 10,7 | 9 | 20,0 |
| | 2 | 11,8 | 6 | 21,4 | 8 | 17,8 |
| Дисгармоничный | 3 | 6,7 | 3 | 10,7 | 6 | 28,9 |
| | 3 | 6,7 | 12 | 42,9 | 15 | 33,3 |
| Нормальный | 4 | 23,5 | 12 | 42,8 | 16 | 35,6 |
| | 10 | 58,8 | 6 | 21,4 | 16 | 35,6 |

Примечание. В числителе — количество мужчин, в знаменателе — число женщин, данные в %. То же и в последующих таблицах.

Изучение особенностей соматосексуального развития у женщин с СВД сердечно-сосудистой системы в ходе специального сексологического исследования с применением клинко-анамнестического метода показало, что сравнительно небольшое число из них — 7 мужчин (15,6%) и 6 женщин (13,3%) в обеих группах развивались ускоренно и опережали своих сверстников в росте, массе тела и физической силе примерно на 1,5-2 года. 9 мужчин (20%) и 8 женщин (17,8%) несколько отставали в физическом развитии. Приблизительно у 1/3 обследованных мужчин и у 21 (46,7%) женщины — темпы соматосексуального развития были нормальными и по своему физическому развитию они не отличались от сверстников.

Результаты изучения темпов соматосексуального развития больных и их мужей представлены в табл. 2.

Из данных табл. 2 видно, что нарушение темпов соматосексуального развития у мужчин и женщин встречались одинаково часто. Среди нарушений соматосексуального развития у женщин в 1/3 случаев отмечался дисгармоничный его характер. При дисгармоничном характере соматосексуального развития была нарушена последовательность появления признаков полового созревания. Если у одних пациентов вторичные половые признаки были сформированы к 13–15 годам, а появление сексуальных интересов и первая менархе отмечались в 15–16 лет, то у других отмечалась обратная зависимость. Следует отметить, что 30,2% пациенток вообще в силу слабости сексуального компонента полового влечения и частично убежденности в неправильности такого вида сексуального удовлетворения, отрицали сам факт наличия мастурбации. Тип половой конституции у большинства пациенток соответствовал слабому (58,4%), у остальных ослабленному варианту среднего. В большинстве случаев (66,6%) регулярную половую жизнь обследованные начали в возрасте 19–22 лет; переход в условно-физиологический ритм у 57,1% супружеских пар наступил через 2–3 года после начала регулярной половой жизни. Этот феномен по нашим наблюдениям объясняется наличием слабого типа половой конституции, снижением уровня сексуальной предприимчивости, активности.

Изучение общего психического развития находившихся под нашим наблюдением супругов показало, что они в большинстве случаев несколько отставали в своем психическом развитии от сверстников. Учиться в школе все обследованные начали своевременно, но интерес к учебе проявляли избирательно.

Интересы, стремления, эмоциональные реакции, характерологические черты, а также

поведение обследованных пациентов в препубертатный и пубертатный периоды имели ряд особенностей. Еще в детском возрасте для них были характерны эмоциональная неустойчивость, часто неадекватность, добросовестность и склонность к сомнениям, некоторая прямолинейность. Такие дети были достаточно чувствительны к чужому мнению. Эмоциональная неустойчивость, озабоченность деталями, которые, как правило, мешали поддерживать нормальные отношения в семейном окружении и со сверстниками. Указанные особенности личности с возрастом имели отчетливую тенденцию к усилению. В подростковом периоде в отличие от своих сверстников они становились более эмоционально чувствительными, зависимыми. Весьма часто они сравнивали свое поведение с поведением других. Ведущими патохарактерологическими проявлениями у наших пациентов были эмоциональность, зависимость, осторожность. В построении собственной модели поведения они были слишком чувствительны к чужому мнению, в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, лабильностью.

Среди супругов наших пациенток почти у половины были выявлены акцентуированные черты характера: демонстративного — у 7 (15,6%), тревожно-мнительного — у 9 (20%) и астено-невротического типа у 10 (22,2%) обследованных, что также не способствовало развитию продуктивного межличностного контакта и сохранению семейной адаптации.

Результаты изучения темпов психосексуального развития супругов приведены в табл. 3.

Несмотря на то, что у значительной части наблюдений темпы психосексуального развития были нормальными, наличие ускоренного и ретардированного психосексуального развития в препубертатном и пубертатном возрасте придавали всему процессу становления психической и сексуальной сферы характер дисгармоничного и приводили к нарушению процесса коммуникации с представителями противоположного пола. Это в дальнейшем, приводило к формированию и закреплению заместительных и суррогатных форм сексуальной активности у мужчин, суррогатных у женщин.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у значительной части женщин имелись нарушения полового созревания, главным образом, дисгармоничное соматосексуальное развитие. У 37,7% женщин с СВД сердечно-сосудистой системы наблюдалось задержанное психосексуальное развитие. Дисгармоничный характер соматосексуального развития, наблюдаемый в 1/3 случаев, заключался в нарушении последовательности появления признаков полового созревания. Более чем у половины (61%)

Таблиця 3

Характеристика темпов психосексуального розвитку подружжя

| Розвиток | Групи подружжя | | | | Всього, n=45 | |
|-------------------------|----------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | перша, n=17 | | друга, n=28 | | абс. ч | % |
| | абс. ч | % | абс. ч | % | | |
| Ускорене | 3 2 | 12,2 10,2 | 4 4 | 9,8 9,8 | 7 6 | 15,6 13,3 |
| Задержанне (ретардація) | 5 9 | 11,5 52,9 | 10 8 | 35,7 28,6 | 15 17 | 33,3 37,7 |
| Нормальне | 9 6 | 52,9 35,3 | 14 16 | 50,0 57,1 | 23 22 | 51,1 48,9 |

Таблиця 4

Типи акцентуацій характеру обстежених

| Типи акцентуацій | Чоловіки, n = 44 | | Жінки, n = 45 | |
|------------------|------------------|------|---------------|------|
| Возбудимий | 9 | 20,5 | 12 | 26,7 |
| Педантичний | 14 | 31,8 | 15 | 33,3 |
| Циклотимний | 12 | 27,3 | 13 | 28,9 |
| Эмотивний | 9 | 20,5 | 5 | 11,1 |

Примечание: один из подружжя відмовився від обстеження.

из них имели место асинхронии полового созревания, главным образом сочетанные (32,5%) и сложные (23,4%).

Результаты исследования мужчин и женщин с помощью методики Леонгарда-Шмишека. У всех обследованных нами женщин с СВД сердечно-сосудистой системы были выявлены те или иные типы акцентуаций характера (табл. 4).

По методике «Индекс жизненного стиля» с помощью анализа полученных его результатов мы определяли особенности механизмов психологической защиты, характерных для изучаемых нами психических расстройств у пациенток. Наиболее часто у наблюдаемых нами пациенток с СВД сердечно-сосудистой системы использовался такой механизм психологической защиты, как «вытеснение», которое направлено на защиту от неприемлемых импульсов.

Психологический климат в семье связан с уровнем её адаптивности мы изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации, используя методику D. H. Sprenkle, B. L. Fisher. В целом показатели супружеской адаптации и супружеского счастья в обследованных

семьях с СВД сердечно-сосудистой системы у женщин были ниже нормативных ($t=2,21$, $p<0,05$ $t=2,42$, $p<0,05$) по критерию Стьюдента.

По результатам исследований, 73,3 % обследованных семей отнесены к дезадаптивным.

Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушения семейной адаптации, обусловленные наличием патологических особенностей женщин с СВД сердечно-сосудистой системы, несоответствие психосексуальных типов мужчины и женщины, способствуют развитию и сохранению семейной дезадаптации при наличии СВД сердечно-сосудистой системы у женщин. Полученные данные анализа особенностей психосексуального и соматосексуального развития, девиаций психосексуального развития, мотивационной сферы при изучаемом типе расстройства у женщин подтверждают необходимость соответствующих психокоррекционных мероприятий, препятствующих усилению и заострению патологических черт и развитию социальной, межличностной и партерской дезадаптации.

Литература:

1. Марута Н. О. Психологические особенности самовосприятия больных с тревожно-фобическими расстройствами / Н.О. Марута, Ю.Г. Каленская // Медицинская психология. — 2006. — №2. — С. 40-45.
2. Березанцев А. Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики // Российский психиатрический журнал. — 2001. — № 5. — С. 4–10.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) Классификация психических и поведенческих расстройств. — Киев: Факт, 1999. — 183 с.
4. Луценко А.Г. Асинхронии психосексуального развития / А.Г. Луценко — Харьков: Основа, 1996. — 207 с.
5. Кришталь В.В. Сексология / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.
6. Психосоматическая медицина / О.Г. Сыропятов [и др.]. — К.: Наук. світ, 2008. — 276 с.
7. Скрипников А.Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин / А.Н. Скрипников. — М: Медицина, 1999. — 272 с.