

УДК 616.89 – 008.442:616.853-056.2

Мотиваційні аспекти сексуальної поведінки у жінок з  
посттравматичними стресовими розладами

Л.О. Герасименко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

Робота виконана відповідно до плану досліджень кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА» у межах науково-дослідної роботи «Порушення сімейного функціонування при невротичних розладах у жінок (причини, механізму розвитку, клініка, психокорекція)».

Розлади адаптації (РА) відносяться до досить поширених в популяції і складають від 5% до 20% всіх амбулаторних пацієнтів. Розвиток та ускладнення перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у подальшому може слугувати трансформації його в інші, психічні розлади (депресивні, тривожні, панічні, фобічні) [1]. Внаслідок чого є необхідним подальші уточнення особливостей та закономірностей формування ПТСР з метою покращення фармакологічного лікування та методів психотерапевтичного впливу. На виникнення та особливості перебігу ПТСР безумовно впливає погіршення суспільно-політичної ситуації в країні, якості життя, значне погіршення економічного стану населення, безробіття, розлади сексуальної поведінки, статевого життя [2,3]. Формуванню ПТСР сприяють дисгармонійні сімейні відносини чи відсутність родини, дизритмії сексуального життя, що пов'язані з особливостями психосексуального та соматосексуального розвитку, урізноманітненням психосексуальних типів, психосексуальні,

психосоціальні травми, зниження рівня імунного захисту організму внаслідок перенесення тяжких, хронічних захворювань, незбалансованого харчування, хронічної алкоголізації та вживання засобів з наркотичною дією. гормональні порушення (абсолютна або відносна гормональна недостатність), інфекції, що передаються статевим шляхом[3]. Протягом всього ХХ століття майже в економічно розвинутих країнах світу спостерігається невпинне поширення тривожно-депресивних розладів, які також можуть бути наслідком несприятливого перебігу ПТСР [5]. В Україні має місце значне збільшення захворюваності на тривожно-депресивні розлади[4]. За офіційними даними МОЗ України, кількість депресивних хворих складає 0,5–2,5% від загальної популяції .Відомо, що досить часто перебіг ПТСР поєднується з розвитком агресивних тенденцій. Дана агресія спрямована не лише на оточення, а й на себе, що формує та провокує до суїцидальну поведінку[7]. Відповідна ситуація робить людину дратівливою, емоційно лабільною, нетерплячою, з наявними спалахами гніву та ажитації. Коморбідність розладів настрою та агресії чи тривожного розладу та агресії вивчалися як вітчизняними так і зарубіжними вченими, але недостатньо в порівнянні з розладами настрою та тривожними розладами, що і обумовило нашу наукову працю. Необхідно зауважити, що проблемі діагностики та відповідної корекції ПТСР, можливим негативним наслідкам перебігу присвячена велика кількість публікацій, але роботи, що присвячені даній проблематиці, пов'язані лише з індивідуально-психологічними особливостями пацієнтів[4,6,]. Питання щодо стану сімейних, міжособистісних відносин, сексуального життя пацієнтів з ПТСР у поєднанні зі станом психічної, психологічної та сексуальної сфери практично відсутні.

Нами було досліджено, за умов інформованої згоди, 26 осіб жіночої статі, які звертались за консультативною та лікувальною допомогою до

клінічних баз кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА». Переважна кількість обстежених жінок (n=21) перебували у шлюбі. Подружжя були обстежені в якості групи порівняння. 5 жінок (20,7%) на момент обстеження були неодружені та не перебували у цивільному шлюбі.

Використовували соціально-демографічний метод з метою аналізу факторів ризику формування ПТСР та розвитку подружньої дезадаптації (ПД) у досліджуваного контингенту. З даною метою отримували інформацію про пацієнтів, їх родину, матеріально-побутові умови, схильність до розвитку девіантних форм загальної та сексуальної поведінки, проводили якісний аналіз розвитку конфліктних ситуацій.

Вік обстежених коливався від 24 до 42 років. Подружжя, як правило, входили до однієї вікової групи (вікова різниця складала в межах 5 років). 65,2% подружжів перебували в першому шлюбі, тривалістю від 2 до 10 років, решта у другому – тривалістю від 2 до 5 років. Початок статевого життя становив у чоловіків у середньому 19,3 роки, у жінок – 19,1 рік. 66,6% чоловіків і 48,4% жінок мали вищу й незакінчену вищу освіту. Відповідно 33,4% і 51,6% обстежених – середню та середню спеціальну. 70,8% чоловіків і 54,8% жінок займалися розумовою працею, а 29,2% та 45,2% відповідно займалися фізичною працею. Керівниками підрозділів були 38,5% чоловіків і 32,1% жінок, виконавцями були відповідно 61,5% чоловіків і 67,9% жінок.

До комплексу проведених досліджень входило клінічне обстеження усіх жінок, з вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів, а також спеціальне сексологічне обстеження. Психіатричне обстеження чоловіків та жінок проводилось за умов інформованої згоди та участі лікаря-психіатра відповідно критеріям психічних та поведінкових розладів згідно МКХ-10 [6].

З метою вивчення стану особистісної та реактивної тривожності обстежених застосовано методику Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Типи сексуальної мотивації і мотиви статевого акту – за В.В.Кришталем (2008) [5], сексуальні фантазії – за класифікацією Дж. Мастерс, В. Джонсон (1998). Оцінку сімейної тривоги проводили за допомогою методики Е. Г. Ейдеміллера «Аналіз сімейної тривоги» (2002), яка містить три шкали:

а) вини, яка визначає неадекватне відчуття індивідом відповідальності за все негативне, що відбувається в сім'ї;

б) тривожності, яка діагностує відчуття, що ситуація в родині не залежить від зусиль індивіда;

в) нервового напруження, яке виявляє відчуття, що виконання сімейних обов'язків є непосильним завданням для індивіда.

Оцінка проводилась за кількістю балів за кожної із шкал, а також за сумарним показником узагальненої шкали, що характеризує загальну сімейну тривожність [5].

Задоволеність сексуальними відносинами оцінювали за шкалою сексуальності W.E. Snell, D.R. Papini (1989), яка враховувала субшкали самооцінки: 1) своїх сексуальних можливостей, 2) сексуальної стурбованості, 3) сексуальної депресії [6].

Для статистичної обробки даних клінічних, психодіагностичних та соціологічних досліджень використовували наступні методи: описової статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників  $M \pm SD$ , частоти для якісних параметрів), математичної статистики за таблицями відсотків та помилок, критерій U Вілкоксона – Манна – Уїтні та t-критерій Стьюдента з достовірною імовірністю  $p < 0,05$  – для обробки результатів психодіагностичних досліджень.

За результатами проведених досліджень, встановлено, що у жінок з ПТСР переважали особи з середнім рівнем ситуативної і особистісної тривожності. Серед незаміжніх кількість осіб із низьким рівнем тривожності ( $p < 0,01$ ) була вірогідно менше. Переважна кількість жінок з ПТСР мала середній рівень ОТ, тоді як для сексуально успішних визначано низький рівень ( $p < 0,01$ ). На відміну від показників ОТ, тенденція в розподілі РТ з переважанням середнього її рівня, виявилася схожою серед заміжніх та незаміжніх жінок.

При аналізі результатів об'єктивного дослідження психопатологічної симптоматики, в основній групі встановлено дисоціацію між самооцінкою своїх проявів і реальним станом обстежених. Серед жінок високий рівень РТ встановлений лише в  $12,5 \pm 3,3\%$ , але, клінічно значущий тривожний стан був характерним для  $31,2\%$  осіб, а  $62,3\%$  відчували симптоми тривоги. Це свідчило про те, що жінки з ПТСР свої психопатологічні порушення не схильні вважати проявами тривожного розладу, а відносили їх до загальносоматичних.

При аналізі стану сексуальності у чоловіків і жінок за допомогою спеціального сексологічного анамнезу встановлено, що поміж типів сексуальної мотивації, у значної частини обстежених жінок доволі часто зустрічались дисгармонійні типи – ( $46,8\%$ ). Досить часто у жінок з проявами ПТСР наявні агресивні типи сексуальної мотивації (агресивно-егоїстичний –  $17,39\%$ ). Гомеостабілізуючий та шаблонно-регламентований типи сексуальної мотивації відзначались рідко. Ігровий тип сексуальної мотивації (гармонійний), відзначався лише у  $21,73\%$  обстежених жінок. Невідповідність типів сексуальних мотивацій провокувало розвиток дисгармонійного стану особистості.

При проведенні методики (за В.В.Кришталем) визначення мотивів статевого акту, встановлено, що основним мотивом статевого акту, як у

чоловіків так і жінок з ПТСР було отримання оргазму. На другому місці у чоловіків зняття статевої напруги, на третьому (у вкрай незначній кількості випадків) – бажання дати чуттєву насолоду сексуальному партнеру (партнерці).

У більшості (71,9%) жінок визначалися наступні мотиви вступу до шлюбу: побоювання самотності та короткочасне захоплення.

Домінуючою мотивацією у жінок з клінічними ознаками ПТСР стало забезпечення життєвих потреб, – престиж та творчість (які частіше сприймалися не зовсім конгруентно звичайним соціальним зразкам). В ціннісних орієнтаціях у жінок переважали професійні потреби, при трансформації ПТСР – побут. У вільний час більшість жінок надавали перевагу – самовдосконаленню. Розбіжність спрямованості особистості відмічалась у 47,82% випадків, що, безумовно, сприяло розвитку дисгармонійних стосунків. Встановлення психосексуальних типів обстежених засвідчило, що у обстежених жінок з ПТСР частіше зустрічалися психосексуальні типи «жінка-мати» (43,47%) та пасивно-підкорюваний варіант типу „жінка-жінка” (34,78%). Приблизно у 1/3 подружніх пар зустрічались несприятливі сполучення психосексуальних типів чоловіка та жінки.

Дослідження оцінки жінок з клінічними ознаками ПТСР своєї сексуальності за методикою W. Snell, D. Papini встановило, що наявні досить високі показники самооцінки сексуальних можливостей, сексуальної стурбованості та сексуальної депресії.

Жінки, по відношенню до яких чоловіки відчували сексуальну або поєднану аверсію, низько оцінювали свої сексуальні можливості; адекватно високі оцінки цього аспекту сексуальності були притаманні жінкам другої групи, у яких чоловіки відчували психологічну аверсію. Відповідно, показники сексуальної депресії виявилися низькими тільки у

жінок другої групи. Активно виявляли сексуальну заклопотаність жінки першої групи, жінкам другої групи сексуальна заклопотаність не була властива. Подружжя другої групи відзначало високі оцінки своїх сексуальних можливостей, а сексуальна депресія та сексуальна заклопотаність не визначалась.

Інтегральний показник багатомірного феномена ПА – рівня подружнього щастя – був не досить високим у обстежених жінок з клінічними проявами ПТСР.

В процесі нашого дослідження, встановлено, що значну роль у забезпеченні сексуальної функції відіграють сексуальні фантазії. Вони надають можливість зміцнити впевненість у собі, посилити сексуальне збудження і допомагають зняти емоційний стрес. В групах обстежених нами жінок з ПСТР, які перебували у шлюбі в сексуальних фантазіях переважало експериментування, друге місце посіла - заміна партнера; третє - груповий секс та садистичні фантазії. Відзначено, що у 27,58% жінок мало місце зниження інтересу до статевого життя.

Отримані в дослідженні дані дозволили визначити функціональність (адаптивність) шлюбу в обстежених жінок із ПТСР. Виявилось, що переважали нефункціональні (69,56%) типи шлюбу, решта були умовно функціональними. Нефункціональність та умовна функціональність сімей у жінок з клінічними проявами ПТСР була підтверджена під час визначення типології шлюбу. В більшості випадків в них мав місце антагоністичній шлюб (60,86%), особливо часто з чоловіками із збудливими й астено-невротичними рисами характеру.

Відповідно решту становили негативно-доповнюючі шлюби, та псевдо позитивно - доповнюючий типи шлюбу.

В 95,4% жінок з ПТСР встановлено недостатність рівня загальної та сексуальної комунікації, порушено всі компоненти спілкування:

- особистісний через дисгармонійні риси характеру;
- інформаційний – через слабку обізнаність у питаннях культури спілкування;
- поведінковий – через неправильні форми поведінки;
- емоційний – через неадекватні реакції на труднощі, що зазвичай виникають у житті.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок з ПТСР порушення загальної, міжособистісної та сексуальної комунікації у відбувається внаслідок констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. За даними проведеного дослідження встановлено, що при ПТСР переважають нефункціональні типи шлюбу.

Проведене комплексне дослідження надає можливість визначити не лише індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, а й стан особистісної та реактивної тривожності, типологію шлюбних відносин, мотиваційні аспекти сексуальної поведінки у жінок з ПТСР, що повинно враховуватися в проведенні лікувально-профілактичних заходів.

#### Список літератури:

1. Марута Н. А. Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал. – 1997. – № 3. – С. 16-20.
2. Патопсихологические особенности формирования депрессивных расстройств у женщин с сексуальными нарушениями / Е. В. Кришталь [и др.]. – 2006. – № 1. – С. 3-6.
3. Посттравматическое стрессовое расстройство в Украине / Б. В. Михайлов [и др.] // Архів психіатрії. – 2001. – №1-2. – С. 14-19.
4. Психіатрія / В. М. Козідубова [та ін.]. – Харків : Оберіг, 2013. – 1164 с.



5. Роль и место медицинской психологии в системе медицинской помощи населению / В. В. Кришталь [и др.]. – 2012. – № 1. – С. 8-10.

6. Скрипніков А. М. Діагностичний процес в психіатрії: навчально-методичний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков. – Полтава : ТОВ «АСМІ», 2012. – 128 с.

7. Суїцидальна поведінка та її профілактика (Огляд літератури) / А. М. Бачериков [та ін.] // Український вісник психоневрології. – 2012. – № 2. – 53-56.

#### Мотиваційні аспекти сексуальної поведінки у жінок з посттравматичними стресовими розладами.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, особистісна тривожність, реактивна тривожність.

Вивчення особливостей та закономірностей формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з метою покращення фармакологічного лікування та методів психотерапевтичного впливу є актуальною проблемою. Проведене комплексне дослідження надає можливість визначити не лише індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, а й стан особистісної та реактивної тривожності, типологію шлюбних відносин, мотиваційні аспекти сексуальної поведінки у жінок з ПТСР, що повинно враховуватися в проведенні лікувально-профілактичних заходів.

#### Мотивационные аспекты сексуального поведения у женщин с посттравматическими стрессовыми расстройствами.

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, личностная тревожность, реактивная тревожность.

Изучение особенностей и закономерностей формирования посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) с целью улучшения фармакологического лечения и методов психотерапевтического воздействия является актуальной проблемой. Проведенное комплексное исследование дает возможность определить не только индивидуально-психологические особенности у женщин с ПТСР, но и состояние личностной и реактивной тревожности, типология брачных отношений, мотивационные аспекты сексуального поведения у женщин с ПТСР, что должно учитываться в проведении лечебно-профилактических мероприятий.

Motivational aspects of sexual behavior in women with posttraumatic stress disorder.

Keywords: post-traumatic stress disorder, personal anxiety, reactive anxiety.

Study of the characteristics and regularities of the formation of post-traumatic stress disorder (PTSD) to improve pharmacological treatment and methods of psychotherapy is an important issue. Conducted comprehensive study provides an opportunity to identify not only individual psychological particularly for women with PTSD, but also the condition of personal and reactive anxiety, typology of marital relations, motivational aspects of sexual behavior in women with PTSD, which must be considered in therapeutic and preventive measures.

Герасименко Лариса Олександрівна; м. Полтава, вул. Медична,1, 36013; (0532) 52-77-55; lara-gerasimenko@mail.ru.