

Л. В. Животовська, А. Є. Сошик
ВДНЗ України "Українська медична стоматологічна академія", м. Полтава

СЕКСУАЛЬНА ДИСГАРМОНІЯ СІМЕЙНОЇ ПАРИ, В ЯКІЙ ЖІНКА ХВОРІЄ НА ШИЗОТИПОВИЙ РОЗЛАД

Досліджено 27 подружні пари з сексуальною дисгармонією, в яких жінка хворіє на шизотиповий розлад. Встановлено, що сексуальні розлади присутні серед інших психопатологічних синдромів, які сполучаються з ними. Визначені причини виникнення та особливості перебігу сексуальної дисгармонії в таких сім'ях. Встановлено, що в основі цих дисгармоній лежить багатофакторний етіопатогенез, який містить біологічні, психологічні та соціально-психологічні феномени.

Ключові слова: подружня пара, сексуальна дисгармонія, шизотиповий розлад.

Робота є фрагментом НДР «Сексуальна дезадаптація подружньої пари при епілепсії у чоловіка та її корекція з урахуванням індивідуального хронотипу», № державної реєстрації 0112U000939.

Проблема психосоматичних відносин за будь-якої патології є однією з найбільш актуальних проблем медицини, оскільки медичне спостереження і вплив спрямовані, з одного боку – на організм людини, а з другого – на його соціально-психологічну сферу – особистість [4, 7, 8]. Сексуальна дисгармонія подружжя може виникнути не лише внаслідок наявної патології, але і через дезадаптацію на тому чи іншому рівні їх взаємодії [2, 5, 9].

Пацієнтами, що звертаються за допомогою з приводу сексологічних проблем, нерідко є хворі на шизотиповий розлад. Найрізноманітніші відчуття, що виникають в ділянці статевих органів, підлягають іпохондричній інтерпретації, формуючи впевненість у захворюванні сексуальної сфери. Дисморфофобії, сенесто-іпохондрична симптоматика призводить до зникання або послаблення статевого потягу, зміні тривалості статевих актів зі зменшенням насиченості оргастичних відчуттів. Астенічна симптоматика, що повільно наростає, стає причиною зниження сексуального збудження, що призводить до зниження статевої активності [1, 3, 6]. Однак, всі ці порушення часто оцінюються як суто сексологічні, і до уваги не приймається головний патологічний ендогенний процес, що в значній кількості випадків не дає достатнього лікувального ефекту.

Метою роботи було вивчення сексуального здоров'я сімейних пар, де у сім'ї має місце сексуальна дисгармонія і жінка страждає на шизотиповий розлад, а також уточнити роль ендогенного процесу у жінки в розвитку дисгармонії.

Матеріал та методи дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 27 подружніх пар з сексуальною дисгармонією, в яких жінка хворіє на шизотиповий розлад за діагностичними критеріями МКХ-10 (F21). Проведено всебічне комплексне обстеження, що включало клініко-анамнестичне та спеціальне сексологічне дослідження з використанням системно-структурного аналізу сексуального здоров'я. Тривалість сексуальної дезадаптації в 27 подружжів складала 3-9 років і мала пряму залежність від тривалості хвороби. Тип перебігу шизотипового розладу у жінок характеризувався відносно повільним, поступовим розвитком змін особистості, які ніколи не досягали ступеню глибокого емоційного спустошення. Клінічна картина хвороби обумовлювалась синдромами порівняно неглибокого розладу діяльності мозку. Клінічні прояви обмежувались переважно колом невротоподібних, психопатоподібних, іпохондричних розладів.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження жінок показало, що їх середній вік склав $39 \pm 7,6$ років, тривалість захворювання складала в межах $15 \pm 5,3$ років. Чоловіки входили в одну вікову групу з жінками.

У 10 (37,1%) жінок клінічна картина характеризувалася невротоподібною симптоматикою, при якій протягом тривалого часу переважала психічна виснаженість, надцінне ставлення до свого здоров'я. Афективні розлади носили монотонний, одноманітний характер із дисфоричним забарвленням. Після ініціального періоду відзначалася астенізація, афективна нестійкість. Невротичні розлади виступали немов би фасадом, за яким виявлялася аутизація особистості, відчуженість, зниження психічної продуктивності, надцінні ідеї відношення. Після багаторічного перебігу наростала емоційна холодність та спустошеність. У 3 (11,1%) із них відмічалася тривога, недовірливість, невпевненість в собі, боязкість. Вони відрізнялися замкнутістю, скритністю, відірваністю від реальності. У сексуальному статусі відзначалася дисгармонія сексуального життя, знижувався інтерес до сексуального партнера, у 4 (14,8%) випадках - знижена чутливість в ділянці

геніталій (гіпестезія). Іноді хворі займалися самолікуванням (вигадували особливі дієти, режим дня, гімнастичні вправи та інше).

В клінічній картині 9 (33,3%) обстежених на перший план виступала психопатоподібна симптоматика у вигляді бродяжництва, схильності до афективних спалахів, недостатньої пристосованості до оточуючого середовища. Такі хворі часто були вкрай дратівливими, з підвищеною вимогливістю до оточуючих, крайнім егоїзмом, підозрілістю. Часто відзначалася повна відсутність критики до своїх недоліків. Гіперестезія поєднувалася з емоційною холодністю, відчуженістю від людей. З роками більш чітко простежувалася відгородженість, емоційне збідніння, адаптація таких хворих різко порушувалася. У сексуальному плані відзначалися найрізноманітніші розлади: форми неправильної статевої поведінки, гіпер- або гіпосексуальність, розгальмованість статевого потягу та ретардація психосексуального розвитку, сексуальне фантазування, платонічні мрії та абстрактні фантазії. В усіх випадках хворі відзначали, що не одержують задоволення від статевого життя.

В клінічній картині у 8 (29,6%) обстежених домінувала іпохондрична симптоматика. Із них 2 (7,4%) були переконані, що вони страждають важким соматичним захворюванням, що виражалось в іпохондричних маячних ідеях. При цьому хворі стверджували, що у них туберкульоз, рак, сифіліс та інше. Вони знаходили у себе ознаки одного з цих захворювань, зверталися за медичною допомогою, вимагали, щоб їх лікували, не покладалися на лікарів, переходили з одного лікувального закладу в інший. В інших 6 (22,2%) випадках маячні ідеї були відсутні, але було переконання, що в них якимось важким захворюванням, яке ґрунтувалося на численних, тяжких, хворобливих, неприємних відчуттях у всьому тілі. Ці відчуття хворі описували у вигляді вичурних, вигадливих, дивних відчуттів, скарг. Іноді мала місце деперсоналізація. Поступово хворі усе більше віддалялися від оточуючих, втрачали інтерес до всього, крім стану свого здоров'я і пошуку все нових методів лікування. Частина хворих поводитися пасивно, проводячи увесь час удома, головним чином, в ліжку. Інші - виявляли активну сутяжну діяльність. Зверталися в різноманітні інстанції зі скаргами на лікарів. Зазвичай, лише через багато років після початку захворювання хворі потрапляли в поле зору психіатрів. На цій стадії хвороби, поряд з іпохондричним синдромом, уже чітко проглядалася емоційна холодність та аутизація. У сексуальному статусі таких хворих відзначалася зміна міжособистісних стосунків, побоювання статевого зв'язку при збереженому лібіді, страх заразитися венеричним захворюванням, потрапити в матеріальну залежність від статевого партнера, знижувався інтерес до сексуального партнера. Хворі вигадували різноманітні засоби боротьби зі низькою сексуальною активністю, займалися самолікуванням.

Проведений нами системно-структурний аналіз сексуального здоров'я дозволив виявити стан компонентів та складових сексуальної дисгармонії в подружніх парах і встановити її вираженість в жінок та їх чоловіків. У 11 (40,8%) сімейних пар дезадаптація виникла через сексуальну дисфункцію внаслідок хворобливих переживань у жінок, які хворіють на шизотиповий розлад. При цьому причиною сексуальної дезадаптації було стрижневе ураження психічної складової біологічного компоненту сексуального здоров'я. У 7 (25,9%) подружніх пар сексуальна дезадаптація відмічалася через недостатню обізнаність одного або обох в питаннях психогігієни статевого життя. Домінуючим в її виникненні було ураження соціального компонента у формі інформаційно-оціночної складової внаслідок низького рівня знань подружжів в питаннях психогігієни статевого життя, неправильних уявлень про норму, патологію і фізіологічні коливання сексуальної функції та/або неправильної оцінки подружжів своїх сексуальних проявів. Сексуальна дезадаптація 9 (33,3%) подружніх пар обумовлювалася низьким рівнем соціально-психологічної адаптації. Основною причиною в даному випадку було стрижневе ураження психологічного компоненту сексуальної гармонії в результаті наявності у одного з подружжів характерологічних рис, які не сприймалися іншою особою.

Висновок

Таким чином, шизотиповий розлад спричиняє сексуальні порушення у жінок та провокує розвиток подружньої дисгармонії, в основі якої лежить складний багатофакторний етіопатогенез, який включає біологічні, психологічні та соціально-психологічні феномени. Порушення сексуальної поведінки у хворих на шизотиповий розлад не можна завжди пов'язати із самим захворюванням. Поєднання несприятливих особистісних рис в подружній парі може бути дисгармонуючим фактором у взаємовідносинах та/або поглиблювати розвиток сексуальної

дезадаптації. Отримані дані можуть бути враховані при проведенні комплексу лікувально-реабілітаційних та психопрофілактичних заходів даному контингенту хворих.

Перспективи подальших розробок у данному напрямку. Практична потреба оптимізації лікувально-профілактичних заходів при сексуальних розладах, які призводять до сексуальної дисгармонії в подружніх парах, визначає необхідність подальшого вивчення клініко-патогенетичних механізмів їх формування.

Список литературы

1. Alekseev B. E. Psihoseksual'naja sfera bol'nyh s psihicheskimi zabolevanijami v strukture mnogomernogo diagnoza bol'nyh / B. E. Alekseev // – М.: Medpraktika, - 2000. – S. 323.
2. Agarkov S.T. Supruzheskaja dezadaptacija / S. T. Agarkov // – М.: URSS, - 2004. - 256 s.
3. Gerasimchuk V. A. Jakist' zhittja družin, choloviki jakih hvoriut' na shizofreniju / V. A. Gerasimchuk // Tavricheskij zhurnal. – 2013. – Т.17. – № 2 (63). – 21 s.
4. Krishtal' V. V. Seksologija: Rukovodstvo v 4-h chastjah / V. V. Krishtal', S. R. Grigorjan // – Har'kov: «Akademija seksologicheskikh issledovanij», - 1999. – 111 s.
5. Krishtal' T. V. Sostojanie seksual'nogo zdorov'ja v adaptirovannom supruzhestve / T.V. Krishtal' // Mezhdunarodnyj medicinskij zhurnal. – 2009. – Т. 15, № 2. – S 25-28.
6. Sonnik E. G. Osobennosti adaptivnosti i funkcionirovanija sem'i, gde est' bol'noj shizofrenij / E. G. Sonnik // Ukraïns'kij visnik psihonevrologii. – 1999. – Т.7, vip. 4(22). – S. 26-28.
7. Shinder V. V. Osobistisni osoblivosti podružnih par z epilepsieju v cholovika ta ih vpliv na rozvitok v nih seksual'noi disgarmonii / V.V. Shinder // Medichna psihologija. – Т. 8, №2 (30). – 2013. – S.112-116.
8. Shheglov L. M. Psihosomaticheskaja model' seksual'nyh rasstrojstv / L.M. Shheglov // Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal. – 1996. – №1. – S. 37-38.
9. Rosenthal D. A. Adolescent sexual time tables / D. A. Rosenthal, A. M. Smith // Journal of Youth and Adolescence. – 2005. – Vol.26. – P.619-636.

Реферати

СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСГАРМОНИЯ СЕМЕЙНОЙ ПАРЫ, В КОТОРОЙ ЖЕНЩИНА БОЛЕЕТ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Животовская Л. В., Сонник А. Е.

Исследовано 27 супружеских пар с сексуальной дисгармонией, в которых женщина болеет шизотипическим расстройством. Установлено, что сексуальные расстройства присутствуют среди прочих психопатологических синдромов, которые сочетаются с ними. Определены причины возникновения и особенности течения сексуальной дисгармонии в таких семьях. Установлено, что в основе этих дисгармоний лежит многофакторный этиопатогенез, содержащий биологические, психологические и социально-психологические феномены.

Ключевые слова: супружеская пара, сексуальная дисгармония, шизотипическое расстройство.

Стаття надійшла 15.01.2015 р.

SEXUAL DISHARMONY COUPLES IN WHICH THE WOMAN IS ILL SCHIZOTYPAL DISORDER

Zhyvotovska L. V., Sonnyk A. E.

The problem of psychosomatic relations in any pathology is one of the most actual problems of medicine because of medical observation and influence aimed, on the one hand - on the human body, and on the other to its socio-psychological sphere - identity. Sexual disharmony spouses may occur not only because of the existing pathology, but also through the exclusion of a particular level of their interaction. The aim of the study was to investigate the sexual health of couples where the family has a place of sexual disharmony and the woman suffers schizotypal disorder, as well as to clarify the role of endogenous process in women in disharmony development.

Key words: couple, sexual disharmony, schizotypal disorder.

Рецензент Скрипніков А.М.

УДК 616.31+616.716]-053.2(447)77

Л. Ф. Каськова, А. В. Артемьев*, В. А. Артемьева, И. Л. Маковка

*Центр охраны и исследований памятников археологии Полтавской облгосадминистрации, ВГУЗ Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

СОСТОЯНИЕ ЗУБОВ И ЧЕЛЮСТЕЙ У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ РАЗНЫХ ЭПОХ

На основании изучения костных останков детей населения Украины, проживавшего от медного века до средневековья, проведено определение состояния зубов и челюстей. Установлено, что у детского населения медного, бронзового времени, периода раннего железного века было незначительное количество заболеваний и изменений в полости рта. Наиболее часто в эти исторические эпохи встречаются травматические повреждения. Ортодонтических заболеваний не обнаружено. Первые проявления аномалий ЗЧЛО у детей, в рамках редуционных процессов, прослеживаются в период средневековья, что связано, по-видимому, с особенностями потребляемой пищи, которая от эпохи к эпохе подвергалась все более тщательной термической обработке. Примечательно, что все обнаруженные проявления аномалий, описанные современной медицинской наукой, представлены именно в эпохе средних веков. Но число этих отклонений значительно меньше, чем у детского населения, проживающего сегодня. Полученные результаты