

Исследование психосоциальных факторов и изменения в сексуальной сфере у женщин в климактерическом периоде

В.П. Сметник, Г.М. Дюкова, Н.А. Назарова

Psychosocial factors and sexuality in women of climacteric age

V.P. Smetnik, G.M. Dyukova, N.A. Nazarova

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, Москва

У женщин климактерического возраста выявили помимо снижения сексуальной функции высокий уровень депрессии, реактивной тревоги и нарушений адаптации к стрессу за счет таких механизмов, как беспомощность, социальная самоизоляция и самообвинение.

Ключевые слова: климактерический период, сексуальность, психоэмоциональные факторы.

В последние годы отмечается устойчивая тенденция к увеличению продолжительности жизни, все большее количество женщин проводит одну треть своей жизни в состоянии менопаузы. С возрастанием продолжительности жизни особое значение приобретают различные аспекты, определяющие качество жизни женщин этого возраста, в том числе и изменения в психовегетативной и сексуальной сфере [5, 7, 11, 18].

Снижение уровня половых гормонов в климактерическом периоде непосредственно влияет на половую функцию женщин этого возраста. Так, при снижении уровня эстрогенов развиваются атрофические изменения половых органов (истончение слизистой оболочки влагалища, уменьшение выделения смазки), приводящие к диспареунии (боли при половом сношении) [1, 3, 8]. Кроме того, эстрогены активизируют чувствительные органы, где сосредоточены рецепторы внешних сексуальных раздражителей. Непосредственное снижение полового влечения (либидо) чаще всего связывают со снижением уровня свободного тестостерона [6, 10]. Причем в эксперименте на приматах было подтверждено прямое (геномное) действие тестостерона на мозговые структуры, ответственные за половое поведение [17].

Помимо действия половых стероидов, на половую функцию женщин в климактерии большое влияние оказывает ряд социально-культуральных факторов: изменения внешности (в связи с чем изменяются понятия женственности и желанности), утрата полного здоровья, изменения взаимоотношений с партнером и его физического здоровья [2, 4, 13]. Кроме того, само понятие сексуальности и мотиваций к половой активности различно в разных культурах, как и понятие менопаузы и ее влияния на качество жизни [15].

Недостаточно ясной остается взаимосвязь половой функции женщин в климактерическом периоде и таких важных параметров, как качество жизни, уровень стресса, а также уровень депрессии и тревоги [16,22,19].

Целью работы явилось изучение изменений сексуальной функции женщин в климактерическом периоде, оценка психосоциальных факторов в развитии климактерического синдрома.

Материал и методы

Женщинам, обратившимся в центр «Здоровье женщин за 40» Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН, была предложена полная информация об исследовании. Критериями включения послужили возраст старше 50 лет, наличие полового партнера, отсутствие приема гормонов в течение последних 6 мес.

Оценка половой функции проведена у 107 женщин, обратившихся в центр. Средний возраст женщин составил 50–56 лет ($52,3 \pm 1,2$).

Исследование проводилось при помощи комплексной специализированной анкеты, составляющими которой явились шкала векторного определения половой конституции [2], шкала «сексуальная формула женская (СФЖ)» [2], шкала изменения сексуальной функции (SRC) [15].

Шкала СФЖ отражала реализацию сексуальной функции в репродуктивном периоде, шкала SRC – изменения в сексуальной сфере женщин в климактерическом периоде.

Для оценки психосоциальных факторов в развитии климактерического синдрома выделены две группы женщин в перименопаузе: 38 пациенток, предъявлявших жалобы на различные симптомы климактерического синдрома (клиническая группа), и 12 пациенток без климактерического синдрома (контрольная группа). Этим пациенткам проводилось дополнительное исследование психосоциального статуса: уровень психосоциального стресса (анкета Холмса–Рея), уровень депрессии (тест Бека) (Beck, 1975), уровень личностной и актуальной тревоги (тест Спилбергера) (Spielberger, 1972), качество жизни, SCL-90 (клиническая шкала самоотчета; Derogatis, 1975), защитные механизмы личности (DSQ; Andrews, 1993), стратегии преодоления стресса (SVF) (М.В. Свиячкин, 1990).

Результаты исследования

Определение вектора половой конституции включало следующие параметры: наиболее стабильная часть половой конституции, не зависящая от партнера, определялась по следующим показателям: возраст менархе, число беременностей, трохантерный индекс, характер оволосения. Вторая составляющая – это возраст пробуждения эротического либидо, сроки первого оргазма и т.д., отражали уровень сексуальности женщины. Они связаны как с гормональным фоном, так и с социально-психологическими факторами.

При анализе представленности вектора половой конституции в исследуемой группе сильная половая конституция была определена у 21,4% пациенток (средний показатель 6,7), средняя у 72% (показатель 4,7), слабая у 6,5% (средний показатель 3,3).

Показатели СФЖ разделяются на диады: I – состояние гормонального статуса и готовности к половому акту; II – готовность к началу полового акта и способность к оргазму; III – физическая и психологическая реакция после полового акта; IV – высота уровня половой активности и продолжительность полового акта; V – длительность полового расстройства. Средние данные при нашем исследовании составили 5,44/5,26/5,9/5,2/2,9/24,7 (нормативные данные 6/6/6/6/3/27; $p>0,05$).

Установлено, что в климактерическом периоде у женщин ($n=107$) происходит изменение половой функции: повышение – у 4,7%, снижение – у 79,4% (причем почти у 33% отмечалось выраженное снижение), сексуальная функция не изменялась у 15,9% пациенток. В исследовании E.Laan и соавт. [15], которые использовали аналогичную анкету, эти показатели составили соответственно 9,7, 64,4, 26,3% ($n = 43$).

Выявлено, что наиболее изменяются такие параметры сексуальности, как интерес к сексу в настоящее время по сравнению с предыдущими годами и важность секса при относительном сохранении способности к оргазму и степени удовлетворения.

Вторая часть исследования была посвящена изучению психосоциальных факторов в развитии климактерического синдрома. Клиническая и контрольная группы были сопоставимы по основным параметрам, различия между ними были недостоверны (см. таблицу).

Таблица. Характеристика клинической и контрольной групп пациенток

Показатель	Клиническая группа ($n=38$)	Контрольная группа ($n=12$)
Возраст, годы	50,3±0,47	52,4±0,61
Возраст менопаузы, годы	49,1±0,38	49,43±0,74
Длительность менопаузы, годы	0,9±0,56	1,2±0,87
Рост, см	164,15±0,87	165,23±0,71
Масса, кг	71,7±1,96	73,2±2,1
Массоростовой индекс	26,7±1,07	26,9±0,89
Отношение объема талия/бедро	0,89±0,19	0,93±0,14

Кроме того, группы были сопоставимы по таким важным параметрам, как семейный статус (в клинической группе 64% состоящих в браке, в контрольной – 68%), социальный статус (высшее образование – соответственно 74 и 72%, работающих – 82 и 74%), количество детей (1,5±0,34).

Качество жизни пациенток клинической группы было достоверно хуже, чем у женщин контрольной группы (соответственно 326,9±42,7 и 441,1±28,7; $p<0,05$), притом, что более высокий уровень стресса (хотя и недостоверный) отмечен у женщин без климактерического синдрома. Высокий уровень психосоциального статуса в контрольной группе может быть объяснен наличием наиболее стрессогенного фактора – *смерть супруга* – у 25% женщин.

При исследовании психологического статуса выявлен высокий уровень депрессии пациенток клинической группы (20,4±1,25, в контроле – 13,8±1,9; $p<0,01$), а также более высокий уровень реактивной тревоги (48,4±2,5 и 46,8±1,9 соответственно), характеризующей самочувствие в данный момент ($p<0,05$). Уровень личностной тревоги (самочувствие обычно) был умеренным и достоверно не различался по группам.

Более подробное исследование психологического статуса при помощи шкалы SCL-90 выявило достоверные различия между группами ($p<0,05$) по таким параметрам, как уровень соматизации, межперсональной чувствительности, депрессии.

При анализе механизмов преодоления стресса (по анкете SVF) наиболее высокий уровень в обеих группах отмечался по параметру *мыслительная жвачка*, тогда как в клинической группе по сравнению с контрольной достоверно выше ($p < 0,05$) были такие факторы, как социальная изоляция, беспомощность, самообвинение.

В обеих исследуемых группах отмечено умеренное снижение сексуальной функции. Сексуальная функция пациенток клинической группы была достоверно хуже по сравнению с контрольной группой ($40,8 \pm 1,7$ и $46,4 \pm 2,3$; $p < 0,05$). Изменения в большей степени касались интереса к сексу, важности секса и сексуальной активности в последние годы.

При проведении корреляционного анализа была выявлена слабая положительная зависимость СФЖ и половой конституции (коэффициент – 0,346), изменение сексуальной функции в климактерическом периоде было тем больше, чем хуже была реализация в репродуктивном периоде (коэффициент – 0,532). Кроме того, на состояние сексуальной сферы оказывает прямое влияние уровень депрессии (средняя положительная корреляция), а также уровень тревоги и соматизации (слабая корреляция).

Не выявлено зависимости изменения сексуальной функции от возраста, длительности менопаузы, а также от качества жизни и уровня ПСС.

Обсуждение

Сопоставление полученных результатов с имеющимися данными отечественной литературы о представленности вектора половой конституции и сексуальной активности в репродуктивном периоде (шкала СФЖ) [2] позволили сделать вывод о том, что эти показатели у женщин в климактерии достоверно не отличались от средних нормативных показателей в популяции.

Полученные нами данные свидетельствуют о преимущественном снижении сексуальной функции (почти в 80% случаев). Это соответствует мировой тенденции. Однако большинство исследователей отмечали более низкие показатели ухудшения половой функции. Так, по данным Н. Sawood, J. Bancroft – 54%, $n = 230$ [7]; М. Limousin–Lamothe и соавт. – 70%, $n = 124$ [19]; Р. Sulak – 65%, $n = 140$.

Разница между приведенными исследованиями и нашими данными может объясняться разными методиками оценки, а также влиянием различных социокультуральных факторов. Так, в исследовании К. Solstad, Р. Hertoft [21] показано, что начало самостоятельной жизни детьми расценивалось как фактор, улучшающий взаимоотношения с партнером, положительно влияющий на сексуальную жизнь, в то время как в нашем исследовании явление пустого гнезда оценивалось женщинами как отрицательный стрессогенный фактор. Кроме того, само понятие сексуальности и мотиваций к половой активности различно в разных культурах, как и понятие менопаузы и ее влияния на качество жизни.

Наше исследование показало достоверно более высокий уровень депрессии и тревоги (в момент исследования) у пациенток с климактерическим синдромом. Это может объясняться тем, что в менопаузу под влиянием дефицита половых гормонов может происходить снижение содержания и активности определенных нейротрансмиттеров и нейропептидов, что клинически проявляется депрессивными расстройствами, особенно в течение первых 2–3 лет перименопаузы (R. Smith, J. Studd, 1994). Е. Ditkoff, W. Crary (1992) показали наличие депрессии у женщин в перименопаузе при обследовании 42 пациенток с климактерическим синдромом (при помощи анкеты Бека). Однако имеется и противоположная точка зрения, согласно которой не существует менопаузального синдрома, подразумевающего изменения эмоциональной сферы. В нескольких исследованиях не было отмечено выраженных изменений настроения и не установлено увеличения случаев депрессивных симптомов во время климактерии [22].

Усиление депрессии и тревоги, помимо непосредственного действия низкого уровня половых стероидов, может объясняться также нарушением стилей адаптации к стрессу. В нашем исследовании выявлено достоверное увеличение таких механизмов, как беспомощность, социальная изоляция, самообвинение. Эти данные согласуются с аналогичными исследованиями I. Negi и соавт. (1997), которые выявили усиление «депрессивной адаптации», проявляющейся в ощущении неадекватности, недооценки личности.

Психологические проблемы и нарушения сексуальной функции приводят в конечном итоге к снижению общего качества жизни женщин в климактерии (I. Wiklund, J. Karlberg, 1996). Лучшее знание этих проблем позволит выработать методы адекватной терапии и помощи женщинам этого возраста.

Литература

1. Балан В.Е. Урогенитальные расстройства в климактерии (Клиника, диагностика, заместительная гормонотерапия): Дис. ... докт. мед. наук. М 1998.
2. Васильченко Г.С. Сексопатология. М: Медицина 1990; 576.
3. Вихляева Е.М. Руководство по гинекологической эндокринологии. М: Медицинское информационное агентство 1997; 601.
4. Воскресенский В.В. Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее психотерапевтическая коррекция. Харьков 1993; 53.
5. Сметник В.П. Обоснование и принципы заместительной гормонотерапии. Пробл репрод 1996; 3: 32–37.
6. Bancroft J., Sanders D., Davidson D.W. and Warner P. Mood, sexuality, hormones and the menstrual cycle. III: Sexuality and the pole of androgens. Psychosom Med 1983; 45: 509–516.
7. Cawood H., Bancroft J. Steroid hormones, the menopause, sexuality and well-being of women. Psychol Med 1996; 26: 5: 925–936.
8. Cutler W.B., Garcia C.R., McCoy N. Perimenopausal sexuality. Arch Sex Behav 1987; 16: 225–234.
9. Daly E., Gray A., Barlow D. et al. Measuring the impact of menopausal symptoms on quality of life. Br Med J 1993; 307: 836–840.
10. Davis S.R., McClaid P., Strauss B.J.G. et al. Testosterone enhances estradiols effects on postmenopausal bone density and sexuality. Maturitas 1995; 21: 227–236.
11. Dennerstein L., Smith A.M.A., Morse C.A. Sexuality and the menopause. J Psychosom Obstet Gynecol 1994; 15: 59–66.
12. Floter A., Nathorst-Boos J., Carlstrom K. et al. Androgen status and sexual life in perimenopausal women. Menopause 1997; 4: 95–100.
13. Fog E., Koster A., Larsen G.K. et al. Female sexuality in various Danish general population age-cohorts. Nordisk Sexologi 1994; 14: 83–86.
14. Garrat A.M., Torgerson D.J., Wuness J. et al. Measuring sexual functioning in premenopausal women. Br J Obstet Gynecol 1995; April: 102: 311–316.
15. Laan E., Van Lunsen R.H. Hormones and sexuality in postmenopausal women: a psychophysiological study. J Psychosom Obstet Gynecol 1997; 18: 2: 126–133.
16. Henderson A., Stydd J.W.W. Estrogen's and postnatal depression. Cont Rev Obstet Gynecol 1995; 201: 7: 90–96.
17. Kaplan H.S., Owett T. The female androgen deficiency syndrome. J Sex Marital Ther 1993; 19: 3–24.
18. Kingsberg S.A. Maintaining and evaluating quality of life after menopause. Female Patient 1996; May (Supple): 19–24.
19. Limousin-Lamothe M.A., Mairon N., Joyce C.R.B., Le Gal M. Quality of life after the menopause: influence of hormonal replacement therapy. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 618–624.
20. McCoy N., Davidson J.M. A longitudinal study of the effects of menopause in sexuality. Maturitas 1995; 7: 203.
21. Solstad K., Hertoft P. Frequency of sexual problems and sexual dysfunction in middl-aged Danish men. Arch Sex Behav 1993; 22: 1: 51–58.
22. Gregoire A.J.P., Kumar R., Eweritt B. Transdermal estrogen is an for severe postmenopausal depression. Lancet 1996; 347: 14–17.