УДК 613.89:159.9-616.89:618.-085.851

Канд. мед. наук Л. А. ГЕРАСИМЕНКО, канд. мед. наук Р. И. ИСАКОВ

СОСТОЯНИЕ СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

С помощью системно-структурного анализа сексуального здоровья изучено состояние семейной адаптации при неврастении у женщин. Определены психосексуальные типы мужчин и женщин, характер поведения супругов в конфликтных ситуациях, взаимоотношения родителей с детьми, что позволяет повысить эффективность психотерапевтической коррекции.

Ключевые слова: неврастения, женщины, семейная дезадаптация.

Изучение феномена семейной адаптации представляет несомненный научно-практический интерес, так как институт семьи является одной из основ современного общества. Невыполнение семейных функций каждым из супругов и развитие дезадаптивных супружеских отношений на разных уровнях взаимодействия приводят к расстройству психического и соматического здоровья, снижению уровня рождаемости и ухудшению социально-демографической ситуации в стране.

Внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции семейной дезадаптации представляет собой актуальную и неокончательно решенную проблему медицинской психологии и сексологии. Сложность ее решения связана с многообразием причин нарушения семейной адаптации, полиморфностью ее проявлений и с тем, что в развитии семейной дезадаптации определяющее значение имеют особенности личности каждого из супругов и их сочетание в супружеской паре, наличие у них психических расстройств, а также характер их поведения в конфликтных ситуациях и взаимоотношения родителей с детьми [1—3].

Проблема сохранения семейной адаптации может быть решена лишь при условии учета парного характера сексуальной функции и личностных особенностей каждого из супругов, а также взаимоотношений, сложившихся между всеми членами семьи. Это особенно важно при изучении состояния семейной дезадаптации, обусловленной наличием психического расстройства у одного или обоих супругов [4—7].

В международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) в разделе психических и поведенческих расстройств неврастения [F48.0] определена в двух ее типах. Основными характеристиками первого типа являются повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, астения, снижение

работоспособности, профессиональной продуктивности. При втором типе преобладают общая слабость и истощаемость. Неврастения сочетается с соматовегетативными нарушениями [8]. Характерно, что весьма часто она возникает на фоне длительных семейных и производственных неурядиц, при продолжительно сохраняющемся состоянии тревоги и большом умственном и психическом перенапряжении [7, 8].

Определенную роль в развитии поведенческих и сексуальных расстройств могут иметь и такие предрасполагающие факторы, как слабая половая конституция, преморбидные особенности больных и неблагоприятные межличностные отношения супругов [3, 7, 9].

В современной научной литературе нет достаточного количества работ, в которых рассматривались бы причины, условия развития, течения и проявления семейной дезадаптации в тех случаях, когда у женщины диагностирована неврастения. Цель настоящего исследования — раскрыть механизмы нарушения семейной адаптации при психическом расстройстве и разработать дифференцированные методы ее психотерапевтической коррекции и профилактики с помощью системного подхода [2–4, 7].

Под наблюдением находилось 77 супружеских пар, обратившихся за психотерапевтической и сексологической помощью на кафедру психиатрии УМС А. Во всех супружеских парах у женщин наблюдалась неврастения. Преобладающее большинство пациентов были в возрасте от 23 до 35 лет. В основном мужья и жены относились к одной возрастной группе, за исключением 7 супружеских пар, в которых жены были на 7—10 лет моложе своих мужей (эти супруги состояли во втором браке).

Среди находившихся под наблюдением супружеских пар были выделены две группы. В первую вошли 49 (63,6%) супружеских пар с первичной



сексуальной дезадаптацией супругов, во вторую — 28 (36,4%) супружеских пар, в которых отмечалась первичная социально-психологическая дезадаптация.

Исследование проводилось с позиций системного подхода с учетом многомерности обеспечения и парного характера сексуальной функции. Было проведено всестороннее комплексное обследование супругов: психологическое, клиническое и социологическое.

С целью выяснения причин нарушения семейной адаптации обследованных супружеских пар использовали системно-структурный анализ состояния сексуального здоровья, разработанный В. В. Кришталем [4].

Личность супругов исследовалась с позиций наиболее принятых в психологии концепций деятельности, отношений, общения и персонализации [3].

Тип половой конституции у женщин исследовали по методике И. Л. Ботневой [цит. по 4], тип половой конституции у мужчин — по методике Γ . С. Васильченко [6].

Тип сексуальной мотивации и мотивы полового акта определяли по В. В. Кришталю [3–5]. Психосексуальные типы мужчины и женщины изучали по С. С. Либиху [цит. по 6].

Клинико-психологическое исследование было направлено на изучение диспозиций личности супругов, психологическое и психодиагностическое — на изучение взаимозависимости личностных особенностей пациентов и их жен; мотивов вступления в брак, причин возникновения супружеских конфликтов; состояния межличностных отношений супругов, особенностей их полоролевого поведения и выяснение значений этих характеристик в формировании семейной дезадаптации. Способы урегулирования конфликтов исследовали по методике К. Томаса в модификации Н. В. Гришиной [10]. Личностные особенности детей изучали по методике Р. Жиля [цит. по 10].

Психологический климат в семье зависит от уровня ее адаптивности, поэтому мы изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации, используя методику D. H. Sprencle, B. L. Fisher [цит. по 10].

Социологическое исследование включало изучение стажа семейной жизни, прочности семейных отношений и связи этих характеристик с развитием семейной дезадаптации. Результаты психодиагностических и психологических исследований статистически обработаны по методу Стьюдента.

Сексуальная дезадаптация супружеской пары, возникающая при изучаемом типе психического расстройства у женщины, имеет ряд особенностей, обусловленных как характером психосексуального

развития, так и личностными чертами, свойственными этим лицам, степенью адаптации супругов на разных уровнях межличностного взаимодействия. Выявленные нарушения в тех или иных сочетаниях могут встречаться у одного пациента и у одной супружеской пары, но роль их в развитии семейной дезадаптации различна.

В нашем исследовании континуальными сексопатологическими проявлениями при неврастении следует считать гиперфемининность, ускоренное психосексуальное развитие, склонность к сексуальным девиациям, девиантный тип сексуальной культуры. На становление сексуальности таких лиц оказывает блокирующее действие проявление личностной аномалии, а именно таких черт личности, как эмоциональная неустойчивость, импульсивность в поведении, препятствующие процессу межличностной коммуникации.

Черты личности и формы поведения, затрудняющие ролевую и личностную адаптацию в среде сверстников, склонность к появлению соматовегетативных нарушений, эмоциональной неустойчивости в значительной части случаев приводят к нарушению процесса социализации в подростковом возрасте.

У части обследованных женщин формированию нарциссической направленности полового влечения способствует перенос условных полоролевых игр на более поздние сроки (при качественно ином уровне гормонального обеспечения организма), что приводит к фиксации у них неадекватных форм реализации полового влечения.

На этапе формирования психосексуальной ориентации дефекты развития на предыдущих этапах становятся наиболее заметными. Эмоциональная неустойчивость, раздражительность, часто возникающее чувство озабоченности по поводу умственного и физического неблагополучия, ангедония, отсутствие практических навыков в выражении собственных чувств, нарушение процесса коммуникации, особенно с лицами противоположного пола, на фоне нарушения этапности и фазности психосексуального развития в большинстве случаев приводят к длительной его задержке на этапе формирования сексуального компонента полового влечения.

У многих женщин с рассматриваемым типом психического расстройства гетеросексуальный контакт протекает с различными девиантными элементами, которые мы считаем континуальными психопатологическими проявлениями, поскольку их формирование происходит на ранних этапах психосексуального развития и тесно связано с характером удовлетворения сексуальных потребностей.

Отсутствие практических навыков перевода платонического общения в эротическое, а затем и в сексуальное, неадекватность самовосприятия, чрезмерная эмоциональная неустойчивость, потеря чувства радости, наслаждения, а также дефекты коммуникабельности в сочетании с неадекватным и формальным усвоением роли взрослого сексуального партнера приводит к тому, что при попытках начать половую жизнь больные проявляют полную или частичную сексуальную неадекватность. В дальнейшем это отражается на характере половой жизни и способствует развитию социально-психологической и сексуальной дезадаптации.

При проведении системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья было установлено, что причиной развития обоих вариантов семейной дезадаптации служит стержневое поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья вследствие наличия психического расстройства у женщин. Нарушение остальных компонентов и составляющих служит либо патопластическим фактором, способствуя возникновению семейной дезадаптации, либо усугубляет ее течение.

Для лиц с изучаемым типом психического расстройства типичны раздражительность, умственная и физическая утомляемость, озабоченность по поводу физического и умственного неблагополучия, в меньшей степени чувство подавленности и тревожности, нарушение стереотипа полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Одним из первых признаков нарушения адаптации является нарушение процесса межличностной коммуникации, особенно с представителями противоположного пола. При установлении первичного досексуального контакта это проявляется в эмоциональной неустойчивости, раздражительности, повышенной утомляемости, снижении продуктивности мышления.

При изучении направленности личности было установлено, что обеспечение жизненных интересов было доминирующей мотивацией у преобладающего (71,4%) числа обследованных в обеих группах. Среди желаний в проведении досуга у мужчин преимущественно наблюдался отдых, у женщин — развлечения. Лишь незначительная часть обследованных имела стремление к самосовершенствованию и творческие интересы.

Анализ системы ценностных ориентаций показал, что мужчины выше ценили производственные интересы, у женщин в обеих группах на первом месте по значимости была сексуальная сфера. Несоответствие направленности личности имело место у большинства супругов (67,5%).

Данные системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья супружеских пар этой группы свидетельствуют о его нарушении почти по всем критериям и о сочетанном поражении его компонентов и составляющих.

Социальный компонент сексуального здоровья нарушен за счет информационно-оценочной составляющей вследствие недостаточной и неправильной осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни и расхождения типов сексуальной культуры.

При обследовании супругов с помощью карт эрогенных зон мужчины и женщины оказалось, что подавляющее большинство обследованных не только не знали о наличии таких зон, но и игнорировали их роль в сексуальном возбуждении и удовлетворении. Все супружеские пары имели недостаточное представление о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции.

Психологический и социально-психологический компоненты состояния сексуального здоровья были нарушены вследствие наличия внутриличностного конфликта у женщин и его негативного влияния на сексуальное поведение и межличностного конфликта вследствие несоответствия направленности личности и ролевого поведения супругов, отсутствия чувства взаимной любви, психосексуальных типов мужчины и женщины, а также неблагоприятного сочетания типов сексуальной мотивации. У 22,1% мужчин это приводило к развитию психологической и сексуальной аверсии [6].

Поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья, ставшее непосредственной причиной развития супружеской дезадаптации, является следствием наличия неврастении у женщин и личностной реакции мужчин на не удовлетворяющее их представлениям сексуальное поведение женщины.

Развитие сексуально-эротической формы дезадаптации было обусловлено несоответствием у супругов их представлений о форме проведения предварительного, заключительного периодов и самого полового акта, а также расхождением типов сексуальной культуры и маскулинным поведением мужчин, особенно в сочетании с фемининным поведением женщин.

Неблагоприятное сочетание в супружеских парах психосексуальных типов мужчины и женщины было связано с тем, что преобладающее число мужчин относились к агрессивному варианту типа мужчина-мужчина, а большинство женщин — к типу женщина-мать (табл. 1).

Существенным фактором в развитии сексуальной дезадаптации супругов служит также несоответствие типов половой конституции, отмечавшееся у 46.9% супружеских пар в первой группе и у 53.3% — во второй клинической группе.



Таблица 1

Психосексуальные типы обследованных мужчин и женщин

	Группы обследованных				
Психосексуальный тип	1-я, <i>n</i> = 49		2-я, $n = 28$		
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Мужчина-отец	7	14,3	6	21,4	
Мужчина-мужчина агрессивный пассивно-подчиняемый Мужчина-сын	27 5 4	55,1 10,2 8,2	10 2 2	35,7 7,1 7,1	
Женщина-мать	22	44,9	15	53,6	
Женщина-женщина агрессивная пассивно-подчиняемая Женщина-дочь	11 6 3	22,4 12,2 6,1	6 5 2	21,4 17,8 7,1	

У женщин с неврастенией наблюдается в основном сексуальная гипестезия и гипо- или аноргазмия относительного характера, нередко — отказ от половой жизни; кроме того, значительная часть женщин и мужчин испытывают психосексуальную неудовлетворенность, а часть женщин (19,4%) — психологическую и сексуальную аверсию.

Сексуальная дезадаптация, как правило, начинается с самого начала супружеской жизни и чем короче продолжительность добрачного знакомства, тем быстрее развивается дезадаптация.

Нарушение сексуальной функции у женщин с неврастенией зависит от ее типа. Так, при первом типе отмечается снижение полового влечения, ослабление сексуальных ощущений, снижение сексуальной предприимчивости и активности. У женщин со вторым типом неврастении наряду со снижением полового влечения наблюдается физическая слабость, истощаемость, легко возникающая сексуальная возбудимость и быстрое наступление притупленного оргазма.

Для социально-психологического варианта семейной дезадаптации характерно обусловленное в основном личностными особенностями, характером поведения у женщин нарушение взаимоотношений супругов, которое вызывает конфликты и распространяется на сексуальную сферу.

Доминирующая в поведении женщин с неврастенией умственная и физическая утомляемость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость, затрагивают и сексуальную сферу. По истечении некоторого времени при благоприятных обстоятельствах и правильно проводимой психокоррекции они могут утрачивать свою интенсивность и снизить эмоциональное напряжение.

При рассматриваемых вариантах семейной дезадаптации нарушения эрекции и эякуляции

отмечались у 42,9 % мужчин, а при урологическом обследовании у 28,6 % мужчин были выявлены явления застойного простатита в связи с нерегулярной половой жизнью.

Определенный вклад в развитие дезадаптивных сексуальных отношений вносило несоответствие типов сексуальной мотивации. У женщин чаще отмечались пассивно-подчиняемый и игровой тип, у мужчин — гомеостабилизирующий и шаблоннорегламентированный типы. У женщин мотивом полового акта было получение оргазма, которого они достигали лишь в 11,7% случаев, и выполнение супружеского долга, у мужчин — получение оргазма и релаксации.

Неудовлетворенность супружескими отношениями наблюдалась у 76,6% супружеских пар в связи с неадекватным поведением женщин, получавшим негативную оценку у мужчин.

Предрасположенность к конфликтам была более высокой в супружеских парах с социальнопсихологической дезадаптацией (табл. 2). Способы урегулирования конфликтов были неправильными у всех обследованных второй группы и большинства обследованных первой группы.

Таблица 2 Способы урегулирования конфликтов обследованных мужчин и женщин

Способ	Группы обследованных					
урегулирования конфликта	1-я, <i>n</i> = 49		2-я, <i>n</i> = 28			
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
Соревнование	20	44,6	7	24,4		
	18	41,6	8	21,9		
Избегание	15	25,6	7	17		
	15	18,5	5	12,2		
Компромисс	5	8,4	4	12,2		
	7	11,4	7	17		
Приспособление	7	11,4	9	21,9		
	7	15,5	7	25		
Сотрудничество	2	4,08	1	3,6		
	2	15,5	1	3,6		

Примечание. В верхней строке указано количество мужчин, в нижней — женщин.

При сексуальной дезадаптации супругов наблюдались преимущественно два способа урегулирования конфликтов — соревнование и избегание, при социально-психологической дезадаптации соревнование и приспособление, но у значительной части супругов встречались такие способы урегулирования конфликтов, как избегание и компромисс. Единственно правильный способ урегулирования конфликта — сотрудничество — наблюдался исключительно редко — лишь в 3,9% случаев.



Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его интегральным критериям позволяет в этих случаях выявить нарушение психологического и социально-психологического компонентов, обусловленное наличием у женщин черт характера, которые вызывают негативную оценку у мужей, несоответствием семейно-ролевых позиций супругов, расхождением у них ценностных ориентаций и доминирующей мотивации, отсутствием чувства взаимной любви. Это приводит к нарушению сексуально-эротической адаптации супругов, усугубленному низким уровнем информированности в области психогигиены половой жизни.

Неумение найти конструктивный способ решения конфликтной ситуации при обеих формах дезадаптации способствовало развитию и углублению внутриличностного и межличностного конфликта и усугублению дезадаптации.

На сохранение семейной адаптации большое влияние оказывают также взаимоотношения родителей и детей. С целью изучения этих параметров было проведено исследование личностных особенностей детей в семьях у женщин с неврастенией. В большинстве случаев в семьях воспитывали по одному ребенку, в 9 (11,7%) семейных парах было двое детей и еще в 9 (11,7%) был ребенок от первого брака.

Наиболее редкой чертой характера у детей в семьях, где у женщины была диагностирована неврастения, была жизнерадостность (табл. 3). Также достаточно редко отмечались доверие к людям и общительность, часто встречались раздражительность, тревожность и сниженный фон настроения как у девочек, так и у мальчиков. Это не способствовало сохранению положительных коммуникативных взаимоотношений между членами семьи у женщин с неврастенией и распространялось на состояние адаптации детей в детских коллективах.

Таблице

Личностные особенности обследованных детей

Девочки, Мальчики, Выявленная n = 30n = 32черта % абс. ч. абс. ч. % 17 46,0 15 46,9 Агрессивность 7 23,3 8 25,0 Доверие Жизнерадостность 4 13,3 7 21,9 20,0 11 39,3 Общительность 6 14 46,7 16 50,0 Отгороженность Недоверчивость 16 53,3 17 53,1 Робость 8 26.7 12 37.5 23 53,3 20 62,5 Тревожность Снижение 20 18 60,0 62.5 настроения

В результате проведенного исследования было установлено, что эмоционально-негативное отношение к матерям было выявлено у 42,3% детей, к обоим родителям — у 19,4% детей, к отцу негативно относились 24,2% обследованных детей.

Показатели супружеской адаптации и супружеского счастья в обследованных семьях с неврастенией у женщин были ниже нормативных (t = 2,21, p < 0,05 t = 2,42, p < 0,05) по критерию Стьюдента.

На основании полученных нами данных 87% обследованных семей, в которых у женщин была диагностирована неврастения, были отнесены к дезадаптивным.

Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушения семейной адаптации, обусловленные наличием патохарактерологических особенностей женщин с неврастенией, несоответствие психосексуальных типов мужчины и женщины, наличие негативного отношения детей к отцу, матери, обоим родителям способствуют развитию и сохранению семейной дезадаптации при наличии неврастении у женщин.

Результаты проведенного системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья позволили нам установить, что в развитии дезадаптивных семейных отношений играют роль нарушения состояния всех компонентов и составляющих сексуального здоровья. Стержневым явилось поражение психологического компонента и психической составляющей биологического компонента. Нарушение остальных компонентов и составляющих способствовало формированию дезадаптивных семейных отношений и усугубляло их течение.

Результаты, полученные в ходе комплексного изучения состояния семейной адаптации при неврастении у женщин, должны учитываться при проведении психотерапевтической коррекции.

Литература

- 1. *Агарков С. Т.* Супружеская дезадаптация.— М.: УРСС, 2004.— 256 с.
- 2. Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В. Основы клинической сексопатологии и патогенетической психотерапии.— Саратов: Изд-во СГУ, 1987.— 208 с.
- 3. *Кришталь В. В.* Сексуальная гармония и варианты ее нарушения // Сексология и андрология.— К.: Абрис, 1997.— С. 136–137.
- 4. *Кришталь В. В., Григорян С. Р.* Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
- Кришталь В. В. Сексуальная совместимость // Психология. Словарь.— М.: Политиздат, 1990.— С. 335–356.



- 6. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.
- 7. *Либих С. С.* Руководство по сексологии.— СПб.: Питер, 2001.— 480 с.
- 8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр).— К.: Факт, 1999.— 348 с.
- 9. *Маслов В. М., Ботнева И. Л., Васильчетнко Г. С.* Нарушения психосексуального развития // Частная
- сексопатология / Под ред. проф. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— С. 27–108.
- 10. *Гришина Н. В.* Психология конфликта.— СПб.: Питер, 2003.— 464 с.
- 11. *Райгородский В. В.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Уч. пособие.— Самара: БАХРАХ-М, 2002.— 672 с.

СТАН СІМЕЙНОЇ АДАПТАЦІЇ ЗА НЕВРАСТЕНІЇ У ЖІНОК

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО, Р. І. ІСАКОВ

За допомогою системно-структурного аналізу стану сексуального здоров'я вивчено стан сімейної адаптації при неврастенії у жінок. Визначено психосексуальні типи чоловіків і жінок, характер поведінки подружжя у конфліктних ситуаціях, стосунки з дітьми, що дозволяє підвищити ефективність психотерапевтичної корекції.

Ключові слова: неврастенія, жінки, конфлікти, сімейна дезадаптація.

THE STATE OF FAMILY ADAPTATION AT NEURASTHENIA IN WOMEN

L. A. GERASIMENKO, R. I. ISAKOV

Systemic structural analysis of sexual health was used to investigate family adaptation at neurasthenia in women. Psychosexual types of men and women, the character of behavior of spouses in conflict situations, interrelations of parents and children, which allowed to improve the efficacy psychotherapeutic correction, were determined.

Key words: neurasthenia, women, family deadaptation.

Поступила 07.04.2011