

УДК 613.89:159.9-616.89:618.-085.851

Канд. мед. наук, доц. Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

С помощью системно-структурного анализа сексуального здоровья изучено состояние здоровья семьи при неврастении у женщин. Определены психосексуальные типы мужчин и женщин, характер поведения супругов в конфликтных ситуациях, взаимоотношения родителей с детьми. Полученные при исследовании данные могут быть использованы для повышения эффективности психотерапевтической коррекции нарушений здоровья семьи при изучаемой патологии.

Ключевые слова: неврастения, женщины, психосексуальные типы, супружеские конфликты, функционирование, здоровье семьи.

Семья — одна из основ социума. Когда супруги не выполняют должным образом свои семейные функции на разных уровнях внутрисемейного взаимодействия, то возникают расстройства психического, соматического и психологического здоровья. Нарушения функциональности семьи (ФС) приводят к ухудшению и без того напряженной социально-демографической ситуации в Украине.

Сегодня внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции нарушений здоровья семьи (ЗС) остается недостаточно решенной проблемой клинической и теоретической психиатрии, медицинской психологии. Это связано с разными причинами нарушений ЗС, полиморфностью их проявлений, особенностями личности каждого из супругов, а также с наличием

у них психических расстройств, характером разрешения конфликтных ситуаций, взаимоотношений родителей и детей [1, 2].

При изучении состояния ФС, ЗС особенно важно учитывать наличие психического расстройства у одного или обоих супругов [1, 2, 3–7].

В классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10 указано два типа неврастения (F48.0). При характеристике первого из них преобладают повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, астения, снижение работоспособности, профессиональной продуктивности, второго типа — общая слабость и истощаемость в сочетании с соматовегетативными нарушениями [8]. Весьма часто неврастения 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 психических, поведенческих расстройств могут играть и такие предрасполагающие факторы, как преморбидные особенности больных и неблагоприятные межличностные отношения супругов [3, 7, 9].**

Цель нашего исследования — изучить причины, условия развития, течение и проявления нарушений ФС, ЗС в тех случаях, когда у женщины диагностирована неврастения.

Нами обследованы 66 супружеских пар, обратившиеся за психотерапевтической и сексологической помощью на кафедры психиатрии УМСА, сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

Во всех супружеских парах у женщин наблюдалась неврастения.

Преобладающее большинство пациентов были в возрасте от 23 до 35 лет. В основном супружеские пары относились к одной возрастной группе, за исключением шести, в которых жены были на 6–7 лет моложе своих мужей (эти супруги состояли во втором браке).

Обследованные супружеские пары были разделены на две группы. Первую составили 39 (59,1%) супружеских пар с **первичной сексуальной дезадаптацией** супругов, вторую — 27 (40,9%) пар с **первичной социально-психологической дезадаптацией**.

Исследование проводилось с **позиций системного подхода**, который дает возможность раскрыть механизмы нарушений ЗС при психическом расстройстве и разработать дифференцированные методы их коррекции и профилактики [2–4]. Супружеские пары, находившиеся под нашим наблюдением, прошли всестороннее комплексное

обследование: психологическое, клиническое и социологическое. Личность супругов исследовалась с учетом концепций деятельности, отношений, общения и персонализации [4].

Типы половой конституции определяли у женщин по методике И. Л. Ботневой, у мужчин — по Г. С. Васильченко [5].

Сексуальную мотивацию и мотивы полового акта изучали по В. В. Кришталю [3, 4], а психосексуальные типы мужчин и женщин — по С. С. Либиху [7].

Причины нарушения семейной адаптации обследованных были установлены с помощью системно-структурного анализа состояния ЗС, предложенного В. В. Кришталем [3].

Клинико-психологическое исследование включало изучение диспозиций личности супругов; психологическое и **психодиагностическое** — взаимозависимости личностных особенностей супругов, мотивов их вступления в брак, причин возникновения семейных конфликтов, состояния межличностных отношений в супружеской паре и значения этих характеристик для формирования нарушений ФС, ЗС. Способы урегулирования семейных конфликтов рассматривали, используя методику К. Томаса в модификации Н. В. Гришиной [10].

Личностные особенности детей определяли по методике Р. Жилия [11].

Поскольку психологический климат в семье зависит от уровня ее адаптивности, мы изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации, используя методику D. H. Sprenkle, B. L. Fisher [12].

Социологическое исследование было направлено на установление стажа семейной жизни, прочности семейных отношений и связи этих характеристик с **развитием нарушений ЗС**. Результаты психодиагностических и психологических исследований были статистически обработаны по методу Стьюдента.

Нарушения ФС, ЗС, возникающие при невротическом расстройстве у женщины, имеют ряд особенностей, обусловленных как характером психосексуального развития, так и личностными чертами, свойственными супругам, степенью их адаптации на разных уровнях межличностного взаимодействия [13].

В нашем исследовании континуальные сексопатологические проявления при неврастении включали ускоренное психосексуальное развитие, гиперфемининность, склонность к **сексуальным девиациям**, девиантный тип сексуальной культуры. На становление сексуальности таких женщин, больных неврастением, негативно влияет личностная аномалия, которая выражается в эмоциональной неустойчивости, импульсивности

в поведении, что препятствует процессу межличностной коммуникации.

Формирование стереотипа полоролевого поведения у пациенток с неврастеническим расстройством обусловлено их гиперфемининностью, эмоциональной неустойчивостью, которые препятствуют усвоению нормативных полоролевых характеристик.

Личностные особенности и формы поведения в подростковом возрасте у будущих жен с неврастенией создают трудности для их адаптации в среде сверстников, а склонность к появлению соматовегетативных нарушений, эмоциональной неустойчивости в значительной части случаев приводят к нарушению процесса социализации.

Формирование нарциссической направленности полового влечения у части обследованных женщин способствует перенос условных полоролевых игр на более поздние сроки (при качественно ином уровне гормонального обеспечения организма), что фиксирует у них неадекватные формы полового влечения.

На этапе появления психосексуальной ориентации возникшие ранее дефекты развития становятся наиболее выраженными. Повышенная эмоциональность, раздражительность, отсутствие практических навыков в проявлении собственных чувств, нарушение коммуникации, особенно с представителями мужского пола, на фоне разбалансированных этапности и фазности психосексуального развития часто приводят к его задержке в то время, когда формируется сексуальный компонент полового влечения.

У большинства женщин с неврастенией гетеросексуальный контакт имеет различные девиантные элементы, которые мы рассматриваем как континуальные психопатологические проявления, поскольку их формирование происходит на ранних этапах психосексуального развития и тесно

связано с характером удовлетворения сексуальных потребностей.

При попытках начать половую жизнь женщины с неврастенией проявляют полную или частичную сексуальную неадекватность, что объясняется отсутствием у них практических навыков перевода платонического общения в эротическое, а затем и в сексуальное, эмоциональной неустойчивостью, дефектами коммуникабельности в сочетании с неправильным и формальным усвоением роли взрослого сексуального партнера. В дальнейшем это отражается на характере половой жизни и обуславливает развитие нарушений социально-психологической, коммуникативной адаптации.

При системно-структурном анализе состояния ФС, ЗС [4, 5] было установлено, что причиной развития как первичной сексуальной дезадаптации, так и социально-психологической дезадаптации является стержневое поражение психической составляющей биологического компонента ЗС вследствие неврастенией у женщин. Нарушение остальных компонентов и составляющих представляет собой патопластический фактор, способствующий возникновению проблем ФС, ЗС.

Для женщин с неврастенией типичны раздражительность, умственная и физическая утомляемость, нарушение стереотипа полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Одним из первых признаков сексуальной дезадаптации 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 установлено, что обеспечение жизненных интересов

Таблица 1

Психосексуальные типы обследованных мужчин и женщин

Психосексуальный тип	Группы обследованных				Всего, n = 66	
	первая, n = 39		вторая, n = 27		абс. ч.	%
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
Мужчина-отец	7	17,9	6	22,2	13	19,7
Мужчина-мужчина:						
агрессивный	20	51,3	10	37,0	30	45,5
пассивно-подчиняемый	5	12,8	2	7,4	7,9	10,6
Мужчина-сын	7	17,9	2	7,4		13,6
Женщина-мать	22	56,4	15	55,5	37	56,1
Женщина-женщина:						
агрессивная	11	28,2	6	22,2	17	25,8
пассивно-подчиняемая	6	15,4	5	22,2	11	16,7
Женщина-дочь	3	6,1	2	7,1	5	6,5

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 проявляла стремление к самосовершенствованию и имела творческие интересы.

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

Социальный компонент ФС, ЗС был нарушен за счет информационно-оценочной составляющей вследствие недостаточной и **неправильной осведомленности** супругов в вопросах психогигиены половой жизни и расхождения типов сексуальной культуры. Так, большинство обследованных супружеских пар не только не знали о существовании эротических зон, но и не понимали их роль в сексуальном возбуждении и удовлетворении. **И мужа, и жены были недостаточно осведомлены о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции.**

Психологический и социально-психологический компоненты состояния ЗС были нарушены из-за внутрличностного конфликта у женщин и его негативного влияния на сексуальное поведение. Межличностный конфликт возникает 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 22,7% мужчин это приводит к развитию психологической и сексуальной аверсии [6, 14].

Неврастения у женщин и личностная реакция мужчин на несоответствие их представлениям сексуального поведения партнерши становится причиной поражения психической составляющей биологического компонента ФС, ЗС.

Развитие сексуально-эротической формы нарушений ФС, ЗС было обусловлено наличием несоответствия у супругов их представлений о форме проведения предварительного, заключительного периодов и **самого полового акта, а также расхождением типов сексуальной культуры.**

В наблюдаемых супружеских парах отмечалось неблагоприятное сочетание психосексуальных типов мужчины и женщины, что было связано с преобладанием агрессивного варианта типа «мужчина-мужчина», а у женщин — «женщина-мать» (табл. 1).

Существенным фактором в развитии нарушения ФС, ЗС является также несоответствие типов

половой конституции, отмечавшееся у 46,9% супружеских пар в первой группе и у 53,3% — во второй.

У женщин с неврастенией отмечаются сексуальная гиперстезия и **гипо- или аноргазмия** относительного характера, нередко — отказ от половой жизни. Кроме того, значительная часть супругов жалуется на психосексуальную неудовлетворенность, а **часть женщин (19,4%) — психологическую и сексуальную аверсию.** Нарушение сексуальной функции у женщин с неврастенией зависит от ее типа. Так, при первом типе наблюдаются снижение полового влечения, ослабление сексуальных ощущений, снижение сексуальной предприимчивости и активности. У женщин со вторым типом неврастении, наряду со снижением полового влечения, отмечается физическая слабость, истощаемость, легко возникающая сексуальная возбудимость и быстрое наступление притупленного оргазма.

Социально-психологические нарушения ЗС обусловлены в основном личностными особенностями, характером поведения у женщин с неврастенией, негативными взаимоотношениями супругов, что вызывает конфликты и распространяется на сексуальную сферу.

Доминирующие в поведении женщин с неврастенией умственная и физическая утомляемость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость отражаются и на **сексуальной сфере.** По истечении некоторого времени при благоприятных обстоятельствах и при **правильно проводимой психотерапевтической коррекции** они утрачивают свою интенсивность, снижается эмоциональное напряжение.

При рассматриваемых вариантах нарушений ЗС проблемы с **эрекцией и эякуляцией** отмечались у 42,9% мужчин, а при урологическом обследовании у 28,6% пациентов были явления застойного простатита в связи с нерегулярной половой жизнью.

Определенный вклад в развитие нарушений ЗС вносило несоответствие типов сексуальной мотивации. **У женщин чаще отмечались пассивно-подчиняемый и игровой типы, у мужчин — гомеостабилзирующий и шаблонно-регламентированный.** У женщин мотивом полового акта было получение оргазма, которого они достигали лишь в 13,6% случаев, и **выполнение супружеского долга, у мужчин — получение оргазма и средство релаксации.**

Неудовлетворенность супружескими отношениями наблюдалась у 86,4% супружеских пар в связи с **неадекватным поведением женщин, получавшим негативную оценку у мужчин.**

Предрасположенность супругов к развитию конфликтного поведения была более высокой во

второй группе. Способы урегулирования конфликтов были неправильными у всех обследованных второй группы и большинства обследованных первой группы (табл. 2).

Таблица 2

Способы урегулирования семейных конфликтов

Способ урегулирования конфликта	Группы обследованных			
	первая, n = 39		вторая, n = 27	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Соревнование	14	35,9	7	25,9
	12	30,8	6	22,2
Избегание	12	30,8	7	25,9
	15	38,5	6	22,2
Компромисс	5	8,4	4	12,2
	4	10,3	7	25,9
Приспособление	7	11,4	9	33,3
	7	11,4	7	25,9
Сотрудничество	1	2,6	—	—
	1	2,6	1	3,6

Примечание. В числителе — мужчины, в знаменателе — женщины.

При нарушении ФС, ЗС в первой группе наблюдались преимущественно два способа урегулирования конфликтов — соревнование и избегание, во второй — приспособление, соревнование и избегание, но и у значительной части супругов наблюдались такие способы урегулирования конфликтов, как избегание и компромисс. Единственно правильный способ урегулирования конфликта — сотрудничество — наблюдался редко: в 2,6% случаев в первой группе и 3,6% — у женщин второй группы.

Системно-структурный анализ состояния ЗС по его интегральным критериям позволил выявить нарушение психологического и социально-психологического компонентов, обусловленное чертами характера женщин, которые вызывают неприятие у их мужей, несоответствием

семейно-ролевых позиций супругов, расхождением у них ценностных ориентаций и доминирующей мотивации, отсутствием взаимной любви. Это приводит к нарушению сексуально-эротической адаптации супругов, усугубленному низким уровнем информированности в области психогигиены половой жизни. Стержневым является поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья вследствие неврастения у женщин.

Отсутствие конструктивного способа решения конфликтной ситуации в семье при обеих формах дезадаптации способствовало развитию и углублению внутриличностного и межличностного конфликтов, дезадаптации.

Большое значение для сохранения ФС, ЗС имеют взаимоотношения родителей и детей. С целью изучения этих параметров было проведено изучение личностных особенностей детей в семьях, где у матери диагностирована неврастения.

В большинстве случаев в семьях воспитывали по одному ребенку, а в 9 (11,7%) семейных парах было двое детей и еще в 9 (11,7%) воспитывался ребенок от первого брака.

Проективная методика Р. Жиля [11] позволяет, помимо определения личностных особенностей ребенка, определить характер его взаимоотношений с членами семьи — с матерью и отцом, братьями и сестрами, с бабушкой, дедушкой, а также с другом, подругой, учителями.

Наиболее редкой чертой характера у детей в семьях, где у женщины диагностирована неврастения, была жизнерадостность, затем доверие к людям и общительность (табл. 3). Часто отмечались раздражительность, тревожность и сниженный фон настроения как у девочек, так и у мальчиков. Это не способствовало сохранению положительных коммуникативных взаимоотношений между членами семьи и влияло на адаптацию детей в детских коллективах.

Таблица 3

Личностные особенности обследованных детей

Выявленные черты	Мальчики, n = 29		Девочки, n = 30		Всего, n = 59	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Агрессивность	17	46,0	15	46,9	32	51,6
Доверие	7	23,3	8	25,0	18	29,0
Жизнерадостность	4	13,3	7	21,9	11	17,7
Общительность	6	20,0	11	39,3	17	27,4
Отгороженность	14	46,7	16	50,0	30	48,4
Недоверчивость	16	53,3	17	53,1	33	53,2
Робость	8	26,7	12	37,5	20	32,3
Тревожность	23	53,3	20	62,5	43	69,4
Снижение настроения	18	60,0	20	62,5	38	61,3

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

Используя методику D. H. Sprenkle, B. L. Fisher [15, 16], мы изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации. В целом 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 89,4% обследованных семей, в которых у женщин диагностирована неврастения, были отнесены к дезадаптивным.

Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушения ФС, ЗС обусловлены наличием патохарактерологических особенностей женщин с неврастенией, несоответствием психосексуальных типов мужчины и женщины, наличием негативного отношения детей к матери и отцу, обоим родителям.

Результаты проведенного системно-структурного анализа состояния ФС, ЗС позволили установить, что в развитии нарушений семейных отношений важную роль играют поражения всех компонентов и составляющих ФС, ЗС, и прежде всего психологического компонента и психической составляющей биологического компонента.

Полученные в ходе комплексного изучения состояния семейной адаптации при неврастении у женщин данные должны учитываться при проведении психотерапевтической коррекции.

Список литературы

1. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков.— М.: УРСС, 2004.— 256 с.
2. Буртянский Д. Л. Основы клинической сексопатологии и патогенетической психотерапии / Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, Г. В. Смирнов.— Саратов: Изд-во СГУ, 1987.— 208 с.
3. Кришталь В. В. Сексуальная гармония и варианты ее нарушения / В. В. Кришталь // Сексология и андрология.— К.: Абрис, 1997.— С. 136–137.
4. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
5. Кришталь В. В. Сексуальная совместимость / В. В. Кришталь // 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 / С. С. Либих.— СПб.: Питер, 2001.— 480 с.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) Классификация психических и поведенческих расстройств.— К.: Факт, 1999.— С. 153–154.
9. Маслов В. М. Нарушения психосексуального развития / В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко // Частная сексопатология; под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— С. 27–108.
10. Гришина Н. В. Психология конфликта / Н. В. Гришина.— СПб.: Питер, 2003.— 464 с.
11. Райгородский В. В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / В. В. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 672 с.
12. Скрипников А. М. Адаптивність подружніх пар при різних типах психопатії у чоловіків / А. М. Скрипников // Вісн. Вінницьк. держ. мед. ун-ту.— 1999.— № 3.— С. 124–125.
13. Гавенко Н. В. Нарушение сексуального здоровья супружеской пары при неврастении у жены / Н. В. Гавенко // Мед. психология.— 2007.— Т. 2, № 1.— С. 51–54.
14. Бабюк И. А. Психодиагностика сексуальной аверсии в супружеских отношениях / И. А. Бабюк // Сб. науч. работ юбил. конф. ДМИ им. М. Горького.— Ч. 1.— Донецк, 1994.— С. 31–32.
15. Справочник практического психолога.— М.: Эксмо, 2006.— 784 с.
16. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин / А. Н. Скрипников.— М.: Медицина, 1999.— 272 с.

СТАН ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ЗА НЕВРАСТЕНІЇ У ЖІНОК

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО

За допомогою системно-структурного аналізу сексуального здоров'я вивчено стан здоров'я сім'ї за неврастенії у жінок. Визначено психосексуальні типи чоловіків і жінок, характер поведінки подружжя у конфліктних ситуаціях, відносин батьків із дітьми. Отримані у дослідженні дані можуть бути використані для підвищення ефективності психотерапевтичної корекції порушень здоров'я сім'ї за досліджуваної патології.

Ключові слова: неврастенія, жінки, психосексуальні типи, подружні конфлікти, функціонування, здоров'я сім'ї.

FAMILY HEALTH STATUS AT NEURASTHENIA IN WOMEN

L. A. GERASIMENKO

Systemic structural analysis of the state of sexual health was used to study the family health at neurasthenia in women. Psychosexual types of men and women, spouses' behavior in conflict situations,

the relationship of parents with children were identified. The obtained findings study can be used to improve the efficacy of psychotherapeutic correction of family health disorders at this pathology.

Key words: neurasthenia, women, psychosexual types, marital conflicts, functioning, family health.

Поступила 10.12.2013