

УДК 616.89 – 008.442: 008.454 – 055.2

Сравнительная оценка качества жизни, механизмы развития нарушений семейного функционирования у женщин с неврастенией и соматоформной вегетативной дисфункцией



Герасименко Л. А.

Герасименко Л. А.

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)
Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології

Резюме. Вивчено взаємозв'язок поміж якістю життя та перебігом неврастенії, соматоформної вегетативної дисфункції. Визначені механізми розвитку подружньої дезадаптації у поєднанні з якістю життя за неврастенії та соматоформної вегетативної дисфункції у жінок. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних факторів у порушенні подружньої дезадаптації, погіршенні якості життя за визначеної патології у жінок.

Ключові слова: неврастенія, подружня дезадаптація, якість життя, сексуальна дисфункція.

Comparative evaluation of the quality of life and the mechanisms of development of violations of family functioning in women with neurotic and somatoform autonomic dysfunction

Herasymenko L.

HMEIoU «Ukrainian medical stomatological academy» (Poltava)
Chair of psychiatry, narcology and medical psychology

Resume. The relationship between quality of life and the course of neurasthenia, somatoform autonomic dysfunction was examined. Mechanisms for the development of marital maladjustment in combination with quality of life in neurasthenia and somatoform autonomic dysfunction in women were defined. The role of negative psychological, social, socio-psychological factors in the breaking of marital maladjustment, poor quality of life at certain pathology in women was defined.

Keywords: neurasthenia, marital maladjustment, quality of life, sexual dysfunction.

Разработка и внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции супружеской дезадаптации пары представляет собой сложную проблему сексологии [1,2]. Сложность ее связана с многообразием причин нарушения супружеской адаптации, полиморфностью ее проявлений и, главное, с тем, что в генезе супружеской дезадаптации едва ли не определяющее значение имеют особенности личности каждого из супругов и их сочетание в супружеской паре [3]. А, то обстоятельство, что супружеская дезадаптация у супругов, ухудшение качества жизни являются одной из самых частых причин распада семьи, придает этой проблеме и социальное звучание [2,3].

Целью исследования явилось изучение механизмов развития нарушений семейного функционирования супружеской дезадаптации, причины ухудшения качества жизни при неврастении и соматоформной вегетативной дисфункции (СВД) у женщин.

Под нашим наблюдением находились 77 супружеских пар, в которых женщины страдали

неврастенией и 45 супружеских пар у женщин с СВД сердечно-сосудистой системы. Из числа обследованных у 65 (84,4%) супружеских пар у женщин с неврастенией имела место супружеская дезадаптация, у остальных 12 (15,6%) дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие неврастения у женщин. Эти супруги были обследованы в качестве контрольной группы. Все супружеские пары с СВД сердечно-сосудистой системы в результате проведенных исследований были признаны дезадаптивными.

При психодиагностическом обследовании женщин изучали направленность личности, особенности воспитания и мотивы вступления в брак. Исследовали удовлетворенность супругов своими сексуальными отношениями и супружеской коммуникацией. Состояние сексуального здоровья исследовали методом системно-структурного анализа по В.В.Кристалю, тип половой конституции определяли у женщин по методике И.Л.Ботневой.[3].

При изучении невротического расстройства у женщин было установлено, что у 43±5% из них отмечалась первичная сексуальная дисфункция,

у 18±4 %- вторичная, и у 39±5% супругов имела место первичная сексуальная дезадаптация. Первичная дезадаптация проявлялась в коммуникативной, сексуально-эротической и конституциональной формах, вторичная дисфункция — в паторефлекторной и абстинентной.

При сравнительной оценке качества жизни и социального, семейного функционирования у женщин с неврастенией и СВД сердечно-сосудистой системы было установлено, что при конституциональной форме дезадаптации отмечались более высокие уровни по шкалам социоэмоциональная поддержка, межличностное взаимодействие, духовная реализация по сравнению с сексуально-эротической формой дезадаптации (табл.1, 2).

Обнаруживалось определенное соответствие между показателями качества жизни, социального, семейного функционирования при конституциональной и коммуникативной формой дезадаптивных взаимоотношений.

Сравнительная оценка качества жизни, социального, семейного функционирования в результате проведенного медикаментозного лечения показала наличие положительной динамики в оценке пациентами с конституциональной и сексуально-эротической формой дезадаптации (табл. 3).

Практически по всем изучаемым показателям и в общей оценке качества жизни женщинами с изучаемыми формами психических расстройств была обнаружена положительная динамика.

В результате проведенных нами всесторонних комплексных исследований было установлено, что наблюдающиеся у женщин с неврастенией нарушения семейного функционирования возникают при наличии у них явных акцентуаций характера и могут быть первичными, проявляющимися в сексуальной дезадаптации и сексуальной дисфункции, и вторичными, проявляющимися в сексуальной

Таблица 1

Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с неврастенией и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0±0,3	3,1±0,3	4,4±0,3
Психологическое(эмоциональное) благополучие	4,4±0,3	3,2±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1±0,3	4,5±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,9±0,3	3,9±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,9±0,3	4,9±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1±0,3	5,1±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3±0,3	5,2±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,6±0,5	4,2±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	6,0±0,5	4,2±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,2±0,5	4,3±0,4	4,3±0,3

Таблица 2

Сравнительная самооценка качества жизни пациенток СВД сердечно-сосудистой системы и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0±0,3	3,1±0,3	4,4±0,3
Психологическое(эмоциональное) благополучие	4,4±0,3	3,2±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1±0,3	4,5±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,6±0,3	3,9±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,6±0,3	4,9±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1±0,3	5,1±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3±0,3	5,2±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,6±0,5	4,2±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	5,7±0,5	4,2±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,2±0,5	4,3±0,4	4,3±0,3

Таблиця 3

Сравнительная самооценка качества жизни пациенток СВД сердечно-сосудистой системы после проведенного лечения и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,3±0,3	3,7±0,3	4,4±0,3
Психологическое(эмоциональное) благополучие	4,8±0,3	3,5±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,3±0,3	4,7±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,8±0,3	4,1±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,8±0,3	5,3±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,5±0,3	5,2±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,6±0,3	5,3±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,9±0,5	4,5±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	5,9±0,5	4,6±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,9±0,5	4,7±0,4	4,3±0,3

дисфункции. Первичные сексуальные нарушения, значительно более многочисленные и разнообразные по форме, служат психотравмой, которая приводит к развитию невротической депрессии. Вторичная сексуальная дисфункция является следствием этих расстройств, развившихся в результате несексуальной психотравмы, и зависит от тяжести и длительности их течения. При всех обстоятельствах развитие сексуальных нарушений во многом определяется сексуальным поведением женщины.

Первичная сексуальная дезадаптация при нарушении семейного функционирования проявлялась в трех клинических формах — коммуникативной, сексуально-эротической, конституциональной.

Коммуникативная форма дезадаптации возникает при снижении адаптационных возможностей личности вследствие затруднений в выражении своих сексуальных потребностей и ожиданий на вербальном уровне или отсутствия любви, вплоть до сексуальной и психологической аверсии. В наших наблюдениях сексуальная форма аверсии отмечалась в 22±4% случаев, психологическая в 16±4% случаев.

Девиации полоролевого поведения женщин проявляются либо в трансформации, либо в гиперролевоом их поведении. У женщин с полоролевой формой дезадаптации, как правило в ходе углубленного анамнестического обследования, отмечаются асинхронии полового развития, чаще сочетанного характера 35±5%. Тип сексуальной мотивации игровой, реже шаблонно-регламентированный. Тип половой конституции у обследованных средний или слабый. Нередко 32±5% сексуальное либидо отсутствует, либо слабо выражено при сохраненном эротическом либидо. Тип

сексуальной культуры чаще невротический, реже гиперролевой.

Сексуально-эротическая форма развивается вследствие дезинформации в области секса и характеризуется расхождением диапазона приемлемости супругов, отсутствием оптимальной техники проведения полового акта, особенно заключительного его периода и несоответствием сексуального поведения супругов. Нередко также отмечается несоответствие типов сексуальной мотивации, а именно: коммуникативно-гедонического, игрового у женщин и генитального у мужчин. Мотивом полового акта, как у женщин, так и у мужчин в большинстве случаев было получение оргазма. При проведении психодиагностических исследований было установлено, что существенным дисгармонирующим фактором при этой форме дезадаптации может служить неблагоприятное сочетание психосексуальных типов мужчины и женщины и, особенно часто, одинаковых — пассивно-подчиняемых их вариантов.

Согласно данным психодиагностических исследований сексуально-эротическая форма дезадаптации развивается у личности с чертами эгоистичности, самовлюбленности, отсутствием сочувствия и сопереживания, а также с личностными особенностями, такими как тревожная мнительность, замкнутость.

Несоответствие половой конституции супругов, особенно при слабой или ослабленном среднем типе половой конституции и недостаточная осведомленность в области сексуальных отношений является наиболее частой причиной развития конституциональной формы дезадаптации. Усугубляющими факторами при данной форме дезадаптации является наличие генитального типа сексуальной мотивации, а в качестве мотива полового акта — получение

оргазма или выполнение супружеского долга. Сексуальное либидо было слабо выражено, сексуальная потребность возникала не чаще 1-2-х раз в месяц. Типами сексуальной культуры были невротический и примитивный.

Первичная сексуальная дисфункция проявляется в двух ее формах: паторефлекторной и абстинентной. Механизм развития паторефлекторной формы дисфункции заключается в выработке патологического условного рефлекса, абстинентной формы — в детренированности и угасании сексуальных рефлексов. Механизмы развития вторичной сексуальной дисфункции заключаются в связанных с невротической депрессией астении, вегетативных нарушениях, актуализации сексуальной сферы и дизритмии половой жизни.

Первичная сексуальная дезадаптация, как правило, начинается с самого начала супружеской жизни, за исключением коммуникативной формы, которая может развиваться и постепенно, в течение 1-3 лет. Клинически эта форма проявляется снижением либидо, сексуальной активности, нарушением взаимоотношений супругов, наличием у мужчин тревоги, страха сексуального общения. Полоролевая форма характеризуется фемининным или гипермаскулинным поведением мужчин и его несоответствием полоролевому поведению жены, сексуально-эротическая форма — несоответствием

проведения сексуальных контактов желаниям или ожиданиям обоих супругов. Конституциональная форма сексуальной дисфункции проявляется разной сексуальной потребностью и сексуальной активностью супругов, причем качество полового акта может не страдать.

У женщин при всех формах дезадаптации отмечался низкий процент оргастичности и неудовлетворенность взаимоотношениями с мужем.

Существует зависимость между развитием первичной сексуальной дезадаптации и уровнем общей и сексуальной культуры, культуры общения, сексуального опыта супругов, качеством жизни. Вторичная сексуальная дисфункция характеризуется дезактуализацией сексуальной сферы и снижением сексуальных проявлений — либидо, сексуальных ощущений.

Результаты комплексных, психодиагностических исследований свидетельствуют о том, что показатели супружеской адаптации и супружеского счастья при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной форме, в большей мере приводящих к актуализации внутриличного конфликта у женщин. Возникающая при невротическом расстройстве вторичная сексуальная дисфункция значительно снижает уровень супружеской адаптации, супружеского счастья и качество жизни.

Литература:

1. Райгородский В.В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / В.В. Райгородский — Самара: БАХРАХ-М, 2002. — 672с.
2. Скрипников А.Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин / А.Н. Скрипников. — М: Медицина, 1999. — 272 с.
3. Кришталь В.В. Сексология / В.В. Кришталь, С.Р. Григорян Сексология. — М. : Per Se, 2002. — 879 с.