

УДК 616.891.4+615.851

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО
СУЧАСНІ АСПЕКТИ СІМЕЙНОЇ ПСИХОТЕРАПІЇ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ НЕВРАСТЕНІЇ У ЖІНОК

Вищий державний начальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Проведено клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження подружніх пар, в яких жінки страждали на неврастенію, з поглибленим вивченням спеціального сексологічного анамнезу і призначенням сеансів сімейної психотерапевтичної корекції для членів усієї родини. У процесі психотерапевтичної роботи прояви дезадаптації були нівельовані у 65,2 + 1,7% подружніх пар, 20,2 + 0,8% подружніх пар зберігали прояви сексуальної дезадаптації і 14,6 + 0,5% мали ознаки соціально-психологічної дезадаптації.

Ключові слова: неврастенія, сексуальні розлади, сімейна психотерапія

У сучасних літературних джерелах накопичено значну кількість праць вітчизняних і зарубіжних дослідників, присвячених вивченню питання лікування невротичних розладів за допомогою новітніх технік та методик. На сьогодні однією із найгостріших проблем з точки зору поширеності та необхідності висококваліфікованої психотерапевтичної допомоги, є неврастенія, яка згідно МКХ-10 належить до рубрики F48 (F48.0) «Інші невротичні розлади». Етіопатогенетично неврастенія обумовлюється поєднанням психотравми із надмірним психічним напруженням та фізіологічним виснаженням. Відомо, що неврастенія виникає переважно у осіб з поєднанням психічної травми та напруженої праці, наявністю провокуючих факторів (хронічні інфекції, інтоксикації, незбалансоване та нерегулярне харчування, недостатність відпочинку). Стрімке зростання даної патології в умовах технічного прогресу, значної кількості стресів та психологічного навантаження на сучасну людину легко зрозуміле.

Клінічні прояви «дратівливої слабкості» неодмінно впливають на характер соціальних та міжособистісних взаємодій. Наслідком цього впливу є порушення соціальної, подружньої та міжособистісної адаптації [1]. Особливу увагу привертають механізми розвитку, прояви і методи корекції сексуальної дезадаптації у парах, де один із членів подружжя хворіє на неврастенію. Сексуальна дезадаптація довгий час недооцінювалась з точки зору вагомості її впливу на основні аспекти гармонійної життєдіяльності.

В. В. Кришталь (1984) [2] виділив наступні різновиди сексуальних дисгармоній:

- 1) соціально-психологічна дезадаптація подружньої пари;
- 2) соціально-поведінкова дезадаптація;
- 3) дезінформаційно-оціночний варіант дезадаптації;
- 4) дисгармонія в результаті розладу чоловічої потенції;
- 5) дисгармонія в результаті фригідності.

Останні медичні, психологічні дослідження та клінічна практика привертають значну увагу до питань механізмів виникнення, особливостей перебігу та лікування неврастенії у жінок за допомогою психотерапевтичних методик.

Метою сімейної психотерапії в таких умовах є покращення міжособистісної комунікації, підвищення автономії, емпатії, оптимізація стилю керівництва в сім'ї, підвищення ефективності рольового виконання сім'ї, конструктивне вирішення конфліктів, ліквідація наявних симптомів невротичного чи емоційно-поведінкового розладів, усунення сексуальної дисгармонії у подружжя, покращення ефективності виконання сімейних функцій [3; 4]. Сімейна психотерапія прагне допомогти всім членам родини розкрити та усвідомити конфлікт, що знаходиться в підґрунті хибних стосунків до одного з членів родини, досягти його мобілізації та особистісної реконструкції [5; 6].

Метою даної роботи була розробка системи, принципів та методів сімейної психотерапії сексуальної дисгармонії при неврастенії у жінок.

У дослідженні брали участь 69 подружніх пар, що звернулись за психотерапевтичною допомогою на кафедру психіатрії, наркології та медичної психології ВД-НЗУ «Українська медична стоматологічна академія» і у яких жінки страждали на неврастенію. Всі пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Вік пацієнток складав від 25 до 41 років. За сімейним статусом пацієнтки розподілилися наступним чином: перший шлюб – $72,5 \pm 0,41\%$, повторний шлюб – $14,5 \pm 0,36\%$, громадський шлюб – $13,0 \pm 1,1\%$. За рівнем освіти переважна більшість жінок мали середню $65,2\%$ та середню спеціальну освіту $23,2 \pm 0,72\%$, вищу та повну вищу освіту $7,3\% \pm 0,24$ та $4,3 \pm 0,34\%$ відповідно. Працювали – $79,8 \pm 1,6\%$, безробітні – $20,2 \pm 0,87\%$.

Проведене клініко-психопатологічне, психодіагностичне та сексологічне обстеження подружніх пар, у яких жінки страждали на неврастенію, з поглибленим вивченням спеціального сексологічного анамнезу та статистичною обробкою отриманих даних. З метою визначення причин порушення сексуальної гармонії обстежених подружніх пар використовували системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я, розроблений В. В. Кришталем. Психодіагностичне обстеження включало використання методики вивчення параметрів згуртованості сім'ї та сімейної адаптації D. H. Sprenkle, B. L. Fisher, а також методики діагностики рівня невротизації Л. І. Вассермана.

За результатами сексологічного обстеження сексуальна дезадаптація подружжя була діагностована у $46,4 \pm 1,4\%$ пар, а подружжя із соціально-психологічною дезадаптацією склали $53,6 \pm 1,5\%$ від загальної кількості обстежених подружніх пар.

Системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я засвідчив, що основною причиною розвитку цих видів сімейної дезадаптації була патологія базових елементів психічної складової біологічного компоненту сексуального здоров'я у жінок. Порушення інших

компонентів і складових сексуального здоров'я виступало у вигляді обтяжуючого фактору або ж виконувало патопластичну роль.

Високий рівень за шкалою невротизації Л. І. Вассермана виявлено не тільки у всіх обстежених жінок, що очікувано з огляду на стан їх психічного здоров'я, але і у $79,8\%$ обстежених чоловіків. За даними авторів методики, високий рівень невротизації свідчить про емоційну збудливість, внаслідок чого виникають чисельні емоційно негативні забарвлені переживання (тривожність, напруженість, хвилювання, розгубленість, дратівливість); про безініціативність, що формує фрустраційні переживання, обумовлені незадоволеністю потреб та бажань; про егоцентричність особистісної направленості, що призводить до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях та особистісних недоліках; про комунікативні труднощі; соціальну відчуженість та залежність.

Подібні порушення безумовно потребують професійної психотерапевтичної допомоги. Низький рівень невротизації, навпаки, свідчить про емоційну стійкість, позитивний фон переживань (оптимізм, врівноваженість), про ініціативність, відчуття гідності, незалежності, соціальної та комунікативної активності.

Дисгармонійна особистість не має навичок адекватного спілкування, її висловлювання мають протиріччя, а поведінка часто не відповідає словам. Дисгармонійна сім'я є замкнутою системою, що обмежує відверте відтворення почуттів та прагнень, ускладнює особистісне зростання внаслідок чого основною метою сімейного психотерапевта під час проведення психотерапевтичних сеансів є надання можливості членам сім'ї висловитись про свої стосунки та переживання, створити атмосферу, де всі члени родини матимуть змогу по-новому почути один одного, усвідомити, як на їх поведінку впливали деякі вчинки.

За таких умов, основою системної сімейної психотерапії стало лікування не лише пацієнток, які страждали на неврастенію, а і використання лікувального впливу на всіх членів родини. Лікування включало в себе з одного боку вплив родини (сімейний вплив на пацієнта), а з іншого психотерапію безпосередньо самої родини (сім'ї).

Завдання сімейної психотерапії реалізовувались наступним чином: формування здатності до взаєморозуміння, емпатії; здатність сприймати наявні розбіжності в поглядах та оцінках; досягнення у кожного із членів родини відчуття, що його коло інтересів, потреби розуміють та поважають; вироблення більш гнучкого ставлення до лідерства у тій чи іншій ситуації; вдосконалення навичок індивідуального та спільного вирішення проблем; відмова від перекидання всіх негараздів на одного з членів родини; розвиток прагнення до аналізу своїх потреб та переживань, формування незалежності особистості; досягнення рівноваги серед прагненням членів родини до незалежності.

Терапевтичний процес загалом складався із п'яти послідовних, але взаємопов'язаних етапів, на кожному

із яких досягалась певна локальна мета і відбувалось просування до кінцевої мети:

1. Комунікативна діагностика сімейної проблеми;
2. Включення психотерапевта до сімейної комунікації;
3. Хаотична реакція, що мотивує необхідність в особистісному зростанні;
4. Тренінг навичок спілкування;
5. Нова сімейна ситуація.

Останній етап зовні може бути схожим з початковим етапом, внаслідок чого терапевтичний цикл повторюється декілька разів. Під час основного етапу (тренінг навичок спілкування), використовувались уточнюючі питання, коригуючі зауваження, навчальні техніки, невербальні прийоми та велике значення надається головному засобу комунікативної психотерапії – емпатії. Заключна робота складається із закріплення досягнутих змін, особливо важливим є те, щоб усі члени родини ідентифікували дані зміни, оцінили свої можливості та чітко уявляли те, як вони можуть бути використані у майбутньому.

Реалізація даного завдання потребувала значної тривалості лікування базової психічної патології за допомогою фармакологічного та психотерапевтичного впливу із обов'язковим урахуванням стану не лише пацієнта, а й психологічного клімату родини, що його оточує.

Протягом психотерапевтичного процесу подружжя заохочувались до зміни моделі поведінки та за допомогою психотерапевта визначали основні конфліктні ситуації та неадаптивні способи реагування, що викликають ланцюгову реакцію у міжособистісних стосунках. Базовими принципами комунікації виступали наступні правила:

- подружні пари повинні відверто висловлювати свої думки та почуття від першої особи;
- пацієнти повинні чітко висловлювати свої почуття;
- вербальні та невербальні прояви почуттів мають співпадати;

- необхідно враховувати рівень розуміння партнера.

У процесі занять відбувалось заохочення пацієнтів щодо створення щирих відносин із кожним з членів родини, сприяння пацієнтам у дослідженні динаміки сімейних стосунків із використанням результатів спостережень для контролю над своїми емоційними реакціями. Важливо було навчити пацієнтів уникати триангуляції під час сімейних конфліктів, не переходити упереджено на будь-який бік та не використовувати невротичний захист.

Заплановані психотерапевтичні заходи вдалось виконати у повному обсязі щодо всіх подружніх пар, які брали участь у дослідженні. Критеріями ефективності були зменшення рівня невротизації та сексуальної дезадаптації у подружніх парах, де жінки страждали на неврастенію. Оцінювались також нормалізація психічного стану, самопочуття пацієнтів, підвищення їх якості життя та задоволення станом сексуальних стосунків у рамках подружжя.

У процесі терапії прояви дезадаптації були нівельовані у 65,2±1,7% подружніх пар, 20,2±0,8% подружніх пар зберігали прояви сексуальної дезадаптації і 14,6±0,5% мали ознаки соціально-психологічної дезадаптації.

Література:

1. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах / Н. А. Марута. – Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2000. – 159 с.
2. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – Харьков: Акад. сексол. исследований, 1999. – 1152 с.
3. Михайлов Б. В. Психотерапия / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов. – Харьков: ОКО, 2002. – 768 с.
4. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеев. – Харьков: „Прапор”, 2002. – 108 с.
5. Сексуальна дисгармонія подружньої пари, в якій чоловік хворіє епілепсією, та вплив біологічних ритмів на її перебіг / А. М. Скрипніков [та ін.] // Психічне здоров'я. – 2013. – № 1-2. – С. 22-25.
6. Исаков Р. И. Состояние семейной адаптации при неврастении у женщин / Р. И. Исаков, Л. О. Герасименко // Медицинская психология. – 2011. – №1 – С. 12-15.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

Проведено клініко-психопатологічне, психодіагностичне обстеження подружніх пар, в яких жінки страждали неврастенією, з углубленим вивченням спеціального сексологічного анамнезу та призначенням сеансів сімейної психотерапевтичної корекції для членів всієї сім'ї. В процесі психотерапевтичної роботи проявлення дезадаптації були нівельовані в 65,2 ± 1,7% подружніх пар, 20,2 ± 0,8% подружніх пар зберігали проявлення сексуальної дезадаптації і 14,6 ± 0,5% мали ознаки соціально-психологічної дезадаптації.

Ключевые слова: неврастенія, сексуальні розлади, сімейна психотерапія

MODERN ASPECTS OF FAMILY PSYCHOTHERAPY OF SEXUAL DISADAPTATION IN NEURASTHENIA IN WOMEN

L. O. HERASYMENKO

Clinical & psychopathological, psychodiagnostic examination of couples in which women suffered from neurasthenia, with the profound study of specific sexological history and purpose of family psychological adjustment sessions for members of the family, are performed. In the course of therapeutic work signs of disadaptation were offset in 65,2 ± 1,7% of married couples, 20,2 ± 0,8% of couples kept manifestations of sexual disadaptation and 14,6 ± 0,5% had signs of social and psychological disadaptation.

Keywords: neurasthenia, sexual disorders, family psychotherapy