

УДК: 616.891

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОЙ АДАПТАЦИИ ПРИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ У ЖЕНЩИН

Лариса Александровна Герасименко (Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, ул. Медицинская, 1, 36013, lara-gerasimenko@mail.ru)

При изучении особенностей семейной адаптации у женщин с тревожно-депрессивными расстройствами установлено, что психологический и социально-психологический компоненты состояния сексуального здоровья были нарушены вследствие наличия внутрличностного конфликта и его негативного влияния на сексуальное поведение, а также межличностного конфликта вследствие несоответствия направленности личности и ролевого поведения супругов, психосексуальных типов мужчины и женщины, неблагоприятного сочетания типов сексуальной мотивации. У 29,6% мужчин это приводило к развитию психологической и сексуальной аверсии. В результате проведённых психодиагностических исследований можно констатировать, что показатели супружеской адаптации супружеского счастья при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной и полоролевых формах. Нарушения семейной адаптации, обусловленные наличием психических и поведенческих особенностей женщин с тревожно-депрессивным расстройством, несоответствие психосексуальных типов и сексуальной мотивации мужчины и женщины способствуют развитию и сохранению семейной дезадаптации при наличии тревожно-депрессивного расстройства у женщин. 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.

Ключевые слова: семейная дезадаптация, тревожно-депрессивные расстройства, невротические расстройства, сексуальная дезадаптация.

FEATURES OF FAMILY ADAPTATION IN ANXIETY & DEPRESSIVE DISORDERS IN WOMEN

Larysa Herasymenko (Higher medical institution of Ukraine «Ukrainian Medical Stomatological Academy»)

Studying the features of family adaptation in women with anxiety & depressive disorders we found that the psychological and sociopsychological components of sexual health status had been violated due to the presence of interpersonal conflict and its negative impact on sexual behavior, and interpersonal conflict due to inconsistency orientation of the individual and the role behavior of

spouses, psychosexual types of men and women, an unfavorable combination of types of sexual motivation . This fact led to the development of psychological and sexual aversion in 29,6 % of men. As a result of psychodiagnostic studies we can state that the indicators of marital adaptation of marital bliss with sexual & erotic and constitutional forms of disadaptation higher than with the communicative and gender role forms. Violations of family adaptation, due to the presence of mental and behavioral characteristics of women with anxiety & depressive disorder, discrepancy of psychosexual types and sexual motivation of men and women have contributed to the development and preservation of family disadaptation in the presence of anxiety & depressive disorder in women. Disorders of all components and all components of sexual health play a role in the development of disadaptive family relationships. Defeat of psychological component and mental component of a biological component were pivotal.

Keywords: family disadaptation, anxiety & depressive disorders, neurotic disorders, sexual disadaptation.

В последнее десятилетие усилился интерес специалистов к изучению физиологических, психологических и социокультурных аспектов семейной адаптации и изучению причин ее нарушения. Семейная дезадаптация нарушает межличностные отношения, что ведет к нарушениям социальных взаимодействий, оказывает патопластическое влияние на течение сопутствующих заболеваний и в тяжелых случаях может вести к серьезному нарушению трудоспособности.

Не смотря на обилие исследований данной проблемы в последние годы, до сих пор не внесена окончательная ясность даже в вопросе используемых дефиниций. Широко используются термины «семейная дезадаптация», «дисгамия», «сексуальные проблемы партнеров» и другие.

В изучении различных причин семейной дезадаптации уже достигнуты большие успехи [2, 3]. Одними из наиболее глубоких и системных были исследования в этой сфере В.В. Кришталя [1], который дал определение семейной дезадаптации как нарушения психологических, социальных, социально-психологических и сексуально-физиологических взаимоотношений семейной пары. Подавляющее большинство исследований, посвященных этому явлению, рассматривают его в контексте разнообразных заболеваний (психогенных, соматических, социогенных) у супругов, но имеет место и так называемая «чистая», не отягощенная и не обусловленная патологией дезадаптация.

В частности, значительное внимание исследователей привлекали различные особенности семейной дезадаптации при невротических расстройствах [4, 5, 6], однако, изучению семейной дезадаптации при тревожно-депрессивных расстройствах у женщин,

посвящены единичные сообщения [7] и недостаточно разработаны методы ее психотерапевтической коррекции [8, 9].

Все большее внимание привлекают сочетания тревоги и депрессии.

Тревога – негативное эмоциональное переживание, обусловленное ожиданием чего-то опасного, имеющее диффузный характер и не связанное с конкретным событием.

Депрессия – психопатологическое состояние, характеризующееся сочетанием угнетенного настроения со снижением психической и двигательной активности с соматическими и вегетативными симптомами.

Целый ряд исследований подтверждают коморбидность тревоги и депрессии. По данным ВОЗ, удельный вес депрессивных и тревожных расстройств составляет около 40% в общей структуре психической патологии.

Нужно констатировать, что в современной научной литературе нет достаточного количества работ, посвященных изучению условий развития, причин, течения и проявлений семейной дезадаптации в семьях, где у женщины диагностировано тревожно-депрессивное расстройство.

Целью настоящей работы было раскрыть механизмы нарушения семейной адаптации при данном психическом расстройстве для разработки дифференцированных методов ее психотерапевтической коррекции и профилактики с помощью системного подхода.

Под наблюдением находились 81 супружеская пара, обратившиеся за психотерапевтической и сексологической помощью на кафедру психиатрии, наркологии и медицинской психологии Украинской медицинской стоматологической академии г. Полтава. Во всех супружеских парах у женщин было диагностировано тревожно-депрессивное расстройство.

Для раскрытия причин нарушения семейной адаптации обследованных супружеских пар использовали системно-структурный анализ состояния сексуального здоровья, разработанный В.В. Кришталем.

Тип половой конституции у женщин исследовали по методике Л.И. Ботневой, тип половой конституции у мужчин – по методике Г.С. Васильченко. Психосексуальные типы мужчины и женщины изучали по С.С. Либиху.

Тип сексуальной мотивации и мотивы полового акта определяли по В.В. Кришталю.

Уровень адаптивности в семье изучался на основании параметров сплоченности семьи и семейной адаптации, с использованием методики D.H. Sprenkle, B.L. Fisher.

Социологическое исследование включало изучение стажа семейной жизни, прочности семейных отношений и связи этих характеристик с развитием семейной дезадаптации.

Проводилось также психологическое и психодиагностическое исследование, направленное на изучение мотивов вступления в брак, причин возникновения супружеских конфликтов; состояния межличностных отношений супругов, особенностей их полоролевого поведения и выяснение значения этих характеристик в формировании семейной дезадаптации.

Всем семейным парам, в которых у женщин присутствовали симптомы тревожно-депрессивного расстройства, было проведено всестороннее комплексное обследование, включавшее клинико-психологическое, психодиагностическое, социологическое обследование. Исследование проводилось с позиций системного подхода, с учетом многомерности обеспечения и парного характера семейной адаптации.

Результаты психодиагностических и психологических исследований статистически обработаны по методу Стьюдента.

Преобладающее большинство пациентов относились к возрастной группе от 25 до 35 лет, за исключением 8 супружеских пар, мужья и жены относились к одной возрастной группе. В парах, которые стали исключением, жены были моложе своих мужей на 6 – 10 лет.

Среди мотивов вступления в брак у большинства (74,1%) женщин доминировали страх одиночества и кратковременное увлечение, которые можно расценивать как адекватные.

Исследование параметров семейной сплоченности и семейной адаптации по методике D.H. Sprenkle, B.L. Fisher, в семьях, где женщины страдали тревожно-депрессивными расстройствами, показало статистически достоверное снижение супружеской адаптации и семейного счастья. Показатели были ниже нормативных ($t = 2,22$, $p < 0,05$ согласно критерию Стьюдента). На основе полученных данных, и после проведения системно-структурного анализа состояния семейной адаптации из числа обследованных у 79 (97,5%) наблюдалась семейная дезадаптация, а у остальных – (2,5%) дезадаптация не была выявлена, не смотря на присутствие клинической симптоматики тревожно-депрессивного расстройства у женщин.

Непосредственной причиной семейной дезадаптации служило стержневое нарушение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья вследствие наличия психического расстройства у женщин. А нарушение остальных компонентов сыграло роль патопластического либо усугубляющего фактора развития семейной дезадаптации.

При изучении взаимосвязи сексуальных нарушений с формой невротического расстройства у женщин было установлено, что у 48,8% из них присутствует первичная сексуальная дисфункция, у 30,9% – вторичная, и у 20,3% пар наблюдалась первичная сексуальная дезадаптация.

Первичная сексуальная дезадаптация проявлялась в четырех клинических формах – полоролевой, коммуникативной, сексуально-эротической и конституциональной. Каждая из этих форм отличается специфичностью причин и механизмов развития.

Полоролевая форма первичной сексуальной дезадаптации развивается вследствие нарушений полоролевого поведения и неблагоприятных его комбинаций в супружеской паре.

Коммуникативная форма дезадаптации возникала на фоне снижения адаптивных возможностей личности на фоне дефицита искренности, привязанности в отношениях, иногда приобретающих выраженность сексуальной и психологической аверсии. Важную роль играет также алекситимия, трудности выражения своих сексуальных потребностей и ожиданий на вербальном уровне.

По итогам психодиагностических исследований можно констатировать, что показатели супружеской адаптации супружеского счастья при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной и полоролевых формах. Кроме того, они чаще ведут к актуализации внутриличностных конфликтов у женщин. При тревожно-депрессивных расстройтвах у женщин вторичная сексуальная дисфункция значительно ухудшает уровень супружеской адаптации и супружеского счастья.

Развитие сексуально-эротической формы дезадаптации было обусловлено несоответствием у супругов их представлений о форме проведения предварительного и заключительного периодов, а также самого полового акта.

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

По нашим данным, сексуальная форма аверсии наблюдалась в 15,4% случаев, психологическая – в 12,2% случаев.

При первичной форме сексуальной дезадаптации половая конституция у 70,4% женщин была слабой, у остальных – средней в разных ее вариантах. При структурном изучении состояния компонентов полового влечения было установлено, что у женщин практически в равной мере часто были нарушены все компоненты реализации полового влечения.

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

Типами сексуальной культуры у обследованных женщин были невротический (74,1%) и примитивный (25,9%).

Анализ типов сексуальной мотивации показал преобладание дисгармонических вариантов, препятствовавших налаживанию сексуальных отношений (71,4%). Гомеостабилизирующий тип составил 47,0%, а шаблонно-регламентирующий 24,4% случаев. Гармоничный игровой тип сексуальной мотивации наблюдался у 29,6% женщин с исследуемым

типом психического расстройства. Следует отметить, что несовпадение типов сексуальной мотивации является одной из базовых причин развития семейной дезадаптации.

Ведущим мотивом полового акта для женщин было получение оргазма, на втором месте у женщин и на первом у мужчин было снятие сексуального напряжения. На третьем месте, как для женщин, так и для мужчин, было желание принести чувственное наслаждение партнеру.

На сексуальную дезадаптацию супружеских пар, возникающую при изучаемом типе психического расстройства у женщин, большое влияние оказывает характер психосексуального развития и степень адаптации супругов на разных уровнях межличностного взаимодействия. Выявленные нарушения могут встречаться у разных пациентов или супружеских пар, но при этом их роль в формировании семейной дезадаптации всегда по-своему уникальна.

Наиболее общими признаками при тревожно-депрессивных расстройствах у женщин, по данным нашего исследования, были дисгармоничное психосексуальное развитие, гиперфеминность, девиантный тип сексуальной культуры. На уровень социализации и гармоничность становления сексуальности большое влияние оказывали эмоциональная неустойчивость, склонность к сомато-вегетативным нарушениям. С формированием тревожно-депрессивной симптоматики на клиническом уровне ситуацию усугубляют чувство озабоченности по поводу собственного умственного и физического неблагополучия, ангедония, раздражительность, трудности выражения собственных чувств, накопившийся опыт неудачных попыток коммуникации.

Для лиц с изучаемым типом психического расстройства типичны тревожность, мнительность, физическая и умственная утомляемость, раздражительность, озабоченность по поводу собственного неблагополучия, нарушение стереотипа полоролевого и сексуально-эротического поведения. Все эти факторы играют важную роль в нарушении первичного досексуального контакта.

Для женщин с тревожно-депрессивным расстройством характерны сексуальная гипестезия и гипо- или аноргазмия относительного характера, часто – отказ от половой жизни. Значительная часть мужчин и женщин испытывали психосексуальную неудовлетворенность, а часть женщин (23,5%) – психологическую и сексуальную аверсию.

Коммуникативные трудности, особенно при взаимодействии с лицами противоположного пола, на фоне нарушения этапности и фазности психосексуального развития, с высокой вероятностью ведут к его задержке на этапе формирования сексуального компонента полового влечения. При попытках начать сексуальную жизнь, такие пациентки часто проявляли полную или частичную сексуальную неадекватность. В дальнейшем это

оказывало влияние на характер половой жизни и вело к развитию социально-психологической и семейной дезадаптации.

Данные системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья супружеских пар, у которых была диагностирована семейная дезадаптация, свидетельствуют о его нарушении почти по всем критериям и о сочетанном поражении его компонентов и составляющих.

Поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья, является следствием наличия тревожно-депрессивного расстройства у женщин и личностной реакции мужчин на неудовлетворяющее их представлениям сексуальное поведение женщины.

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.

Психологический и социально-психологический компоненты состояния сексуального здоровья были нарушены вследствие наличия внутриличностного конфликта у женщин и его негативного влияния на сексуальное поведение, а также межличностного конфликта вследствие несоответствия направленности личности и ролевого поведения супругов, психосексуальных типов мужчины и женщины, неблагоприятного сочетания типов сексуальной мотивации. У 29,6% мужчин это приводило к развитию психологической и сексуальной аверсии.

При рассматриваемых вариантах семейной дезадаптации нарушения эрекции и эякуляции отмечались у 54,3% мужчин, а при урологическом обследовании у 35,7% мужчин были выявлены явления застойного простатита в связи с нерегулярной половой жизнью.

Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушения семейной адаптации, обусловленные наличием психических и поведенческих особенностей женщин с тревожно-депрессивным расстройством, несоответствие психосексуальных типов и сексуальной мотивации мужчины и женщины способствуют развитию и сохранению семейной дезадаптации при наличии тревожно-депрессивного расстройства 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 тревожно-депрессивном расстройстве у женщин, должны учитываться при проведении психотерапевтической коррекции.

Библиография:

1. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – Харьков: Акад. сексол. исследований, 1999. – 1152с.
2. 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.
3. Олифирович Н. И. Семейные кризисы: феноменология, диагностика, психологическая помощь / Н. И. Олифирович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – Москва: Обнинск, 2005. – 132 с.
4. Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при невротических расстройствах / Н. А. Марута. – Харьков: РИФ «Арсис ЛТД», 2000. – 159 с.
5. Эйдемиллер Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. – Санкт-Петербург : Питер, 2001. – 656 с.
6. Шнейдер Л.Б. Психология семейных отношений. Курс лекций. – М.: Апрель-Пресс, Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. – 512 с.
7. Психотерапія при непсихотичних психічних розладах тривожно-депресивного спектру (когнітивно-реверсивний підхід) / М.В. Маркова [та ін.] //Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 2(19). – С. 25-31.
8. Михайлов Б. В. Психотерапия / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В Чугунов. – Харьков: ОКО, 2002. – 768 с.
9. Соколова Е. Т. Психотерапия: теория и практика / Е. Т. Соколова – Москва: Академия, 2002. – 368 с.