

МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Определены механизмы развития, роль негативных психологических, социальных, социально-психологических факторов в нарушении супружеской адаптации, ухудшении качества жизни при неврастении у женщин.

Ключевые слова: неврастения, супружеская дезадаптация, сексуальная дисфункция, качество жизни.

Разработка и внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции супружеской дезадаптации (СД) представляет собой сложную проблему медицинской психологии и сексологии [1, 2]. Сложность ее решения связана с многообразием причин нарушения супружеской адаптации, полиморфностью ее проявлений и, главное, с тем, что в генезе СД едва ли не определяющее значение имеют особенности личности каждого из супругов и их сочетание в паре [2, 3]. СД и ухудшение качества жизни одного или обоих супругов являются одной из самых частых причин распада семьи, что придает этой проблеме и социальное значение [3, 4].

Цель работы — изучение механизмов развития СД и оценка качества жизни при неврастении у женщин.

Под нашим наблюдением находились 77 супружеских пар, в которых жены страдали неврастением. У 65 (84,4%) обследованных имела место СД, они составили основную группу. У 12 (15,6%) супружеских пар дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие неврастения у женщин, они были обследованы в качестве контрольной группы. Средний возраст женщин основной группы составил $33,3 \pm 1,7$ года, контрольной — $32,7 \pm 1,2$ года.

Все находившиеся под нашим наблюдением женщины были подвергнуты всестороннему комплексному обследованию, которое включало клинико- и психодиагностические, психологические и социологические исследования.

В клиническое обследование женщин входило изучение анамнеза жизни, исследование соматического (в том числе неврологического) состояния, преморбидных особенностей и психического состояния.

Состояние сексуального здоровья определяли по методу системно-структурного анализа В. В. Кришталя [4], который предусматривает в зависимости от уровня взаимодействия супругов следующие компоненты: социальный, психоло-

гический, социально-психологический, анатомо-физиологический. При оценке состояния социального компонента выделяли социокультурную и информационно-оценочную составляющие. Анатомо-физиологический компонент включал психическую, нейрогуморальную, нейрорегуляторную и генитальную составляющие.

Сексологическое обследование проводили с помощью разработанной на кафедре сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования методике обследования сексологических больных [4], позволяющей всесторонне охарактеризовать сомато- и психосексуальное развитие, состояние сексуального здоровья женщины. В то же время указанный метод сексологического обследования супружеской пары дает возможность получить целый ряд характеристик общесоматического, психического и психологического состояния каждого из супругов.

Тип половой конституции у женщин определяли по методике И. Л. Ботневой [5].

Супружеская адаптация во многом зависит от направленности личности каждого из супругов, таких ее психологических характеристик, как доминирующая мотивация, ценностные ориентации, желание в проведении досуга, мотивы вступления в брак, соответствие или несоответствие психосексуальных типов мужчины и женщины в супружеской паре. С целью выяснения этих характеристик у находившихся под наблюдением супружеских пар нами были проведены клинико-психологические исследования.

При психодиагностическом обследовании женщин мы изучали направленность личности, особенности воспитания и мотивы вступления в брак. Исследовали удовлетворенность супругов своими сексуальными отношениями и супружеской коммуникацией [6].

В результате проведения системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья у женщин основной группы было установлено, что

у 42,9% из них отмечалась первичная сексуальная дисфункция, у 27,3% — вторичная. У 29,8% супругов имела место первичная сексуальная дезадаптация, проявляющаяся в коммуникативной, сексуально-эротической и конституциональной формах, первичная сексуальная дисфункция — в паторефлекторной и абстинентной.

Наблюдающиеся у **женщин с неврастенией** нарушения сексуального здоровья возникают при наличии у них явных акцентуаций характера и могут быть первичными, что выражается в сексуальной дезадаптации и **сексуальной дисфункции, и вторичными**, проявляющимися в сексуальной дисфункции, обусловленной течением психического расстройства. Первичные сексуальные расстройства многочисленны и разнообразны по форме, представляют собой психотравму, которая может приводить к развитию психического расстройства. Вторичная сексуальная дисфункция является следствием психического расстройства и развивается в результате несексуальной психической травмы, зависит от тяжести и длительности ее течения. При всех обстоятельствах развитие сексуальных нарушений во многом определяется сексуальным поведением женщины.

Каждая из клинических форм первичной сексуальной дезадаптации имеет свои причины и механизмы развития. Коммуникативная возникает при снижении адаптационных возможностей личности вследствие затруднений в выражении своих сексуальных потребностей и ожиданий на вербальном уровне или отсутствия любви, вплоть до развития сексуальной и психологической аверсии [5]. В наших наблюдениях сексуальная форма аверсии отмечалась в 30,4% случаев, психологическая — в 39,1%.

В результате проведения углубленного анамнестического обследования у **женщин с коммуникативной** формой первичной сексуальной дезадаптации отмечаются асинхронии полового развития, чаще сочетанного характера (63,6% случаев). Сексуальная мотивация — игровая, реже гомеостабилизирующая. Тип половой конституции у обследованных либо различные варианты среднего, либо слабый. В 57,5% случаев сексуальное либидо отсутствует либо слабо выражено при сохраненном эротическом либидо. Тип сексуальной культуры определяется чаще как невротический, реже гиперролевой.

Сексуально-эротическая форма развивается вследствие дезинформации в **области сексуальных отношений** 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 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**: тревожной мнительностью, замкнутостью.

Несоответствие типов половой конституции супругов, особенно при слабом или ослабленном варианте ее среднего типа, и недостаточная осведомленность в **области сексуальных отношений** — наиболее частые причины развития конституциональной формы первичной сексуальной дезадаптации. Усугубляющими факторами при этом является наличие генитального типа сексуальной мотивации, а в качестве мотива полового акта — получение оргазма или выполнение супружеского долга. Сексуальное либидо слабо выражено, сексуальная потребность возникала не чаще 1–2 раз в месяц. Сексуальная культура была невротического и примитивного типов.

Первичная сексуальная дисфункция проявляется в **двух ее формах: паторефлекторной и абстинентной**, механизм развития первой заключается в выработке патологического условного рефлекса, второй — в **детренированности и угасании сексуальных рефлексов**.

Механизмы развития вторичной сексуальной дисфункции определяются наличием связанного с неврастенией астенического состояния, вегетативными нарушениями, актуализацией сексуальной сферы и дизритмией половой жизни.

Первичная сексуальная дезадаптация, как правило, развивается с **самого начала супружеской жизни**, за исключением коммуникативной формы, которая может проявляться постепенно, в течение 1–3 лет. Клинически эта форма выражена снижением либидо, сексуальной активности, нарушением взаимоотношений супругов, наличием у женщин состояния психосексуальной удовлетворенности, у мужчин — тревоги, страха сексуального общения. Сексуально-эротическая форма первичной сексуальной дезадаптации обусловлена 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 отмечаются низкий показатель 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).

Качество жизни — это соотношение положения индивидуума в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей самого индивида, его планов, возможностей и степени общей устроенности [7, 8, 11].

Для оценки болезни пациентов не только как физического и психического состояния, а и как комплекса проблем, включающих эмоциональное, социальное и финансовое благополучие, определяется показатель качества жизни по методике I. Mezzich (1999). Согласно этой методике оценка состояния больного базируется на его субъективном восприятии собственного общего состояния, своего заболевания и изменений, которые обусловлены психосоциальными процессами, что не всегда совпадает с мнением врачей и окружающих и объективной (с точки зрения врача) оценкой различных показателей качества жизни данного пациента. Методика состоит из 10 шкал, характеризующих различные направленности жизни с градацией от 0 — плохо до 10 — прекрасно. При обследовании пациенту дается следующая инструкция: «Пожалуйста, определите качество Вашей жизни на данный момент от «плохо» до «прекрасно» путем отметки X на соответствующей из 10 позиций в ряду для каждого из указанных ниже пунктов». После заполнения бланка пациентом врач объективно оценивает качество его жизни и ставит свои отметки (другим цветом или обозначением) на тех же шкалах. Данная методика позволяет изучить три основных компонента качества жизни:

а) субъективное благополучие/удовлетворенность — шкалы «Физическое благополучие», «Психологическое (эмоциональное) благополучие», «Общее восприятие жизни»;

б) выполнение социальных ролей — шкалы «Самообслуживание и независимость действий», «Межличностная реализация», «Трудоспособность»;

в) оценка внешних жизненных условий — шкалы «Социоэмоциональная поддержка», «Общественная и служебная поддержка» и «Духовная реализация».

Интегративный показатель качества жизни складывается из показателей отдельных шкал и вычисляется как их среднее арифметическое.

При оценке основных компонентов показателя качества жизни подсчитываются показатели только тех шкал, которые отражают тот или иной компонент.

Кроме того, этот метод позволяет оценить основные компоненты качества жизни как с точки зрения самого больного, так и со стороны профессионалов — врачей-психиатров по отношению к пациенту.

Таким образом, эти данные в комплексе с традиционным медицинским заключением позволяют составить целостную объективную картину состояния больного. Оценка качества жизни, наряду с традиционными методами исследования, может стать информативным критерием в эффективности проводимой терапии, с его помощью можно добиться оптимизации лечения [11, 12].

Результаты сравнительного анализа самооценки качества жизни по методике J. Mezzich у женщин с неврастенией и наличием определенной формы дезадаптации представлены в табл. 1.

Таблица 1

Формы дезадаптации и сравнительная самооценка качества жизни обследованных пациенток

Показатель	Формы дезадаптации		
	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

При проведении сравнительной самооценки качества жизни по методике J. Mezzich у женщин с неврастенией и наличием определенной формы дезадаптации было установлено, что при конституциональной форме пациентки наиболее низко оценивают шкалы «Физическое благополучие», «психологическое и эмоциональное благополучие», пациентки с коммуникативной формой — те же шкалы и выше шкалы «Социоэмоциональная поддержка», «Межличностное взаимодействие», наиболее низко — «Физическое благополучие»; при сексуально-эротической форме обследуемые более высоко оценивали шкалы выполнения социальных ролей, низко — «Физическое благополучие», «Психологическое и эмоциональное благополучие». Низкие оценки были получены у женщин при всех формах первичной сексуальной дезадаптации по шкале «Общее восприятие качества жизни».

Показатели оценки качества жизни у пациенток с неврастенией и различными формами дезадаптации по оценке врачей представлены в табл. 2.

Таблица 2

Формы дезадаптации и сравнительная оценка качества жизни обследованных пациенток по данным врачей

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

При сравнительной оценке качества жизни пациенток контрольной группы врачами установлена низкая оценка по шкалам «Физическое благополучие», «Психологическое (эмоциональное) благополучие» и более высокая — по шкалам выполнения социальных ролей: «Социоэмоциональная поддержка», «Межличностное взаимодействие», «Работоспособность». В целом, это в значительной степени свидетельствует о большой роли коммуникативного компонента в оценке качества жизни как по отдельным шкалам, так и в общем восприятии. Интерпретируя данные обследования пациенток контрольной группы, мы установили, что для них были характерны способность к эмпатии, адекватному выражению собственных желаний и намерений, стремление к установлению отношений, основанных на доверии и уважении, положительный фон настроения.

Результаты проведенных, в том числе и психодиагностических, исследований свидетельствуют о том, что показатели супружеской адаптации, сравнительной оценки качества жизни при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной форме, при которой в большей степени происходит актуализация внутриличностного конфликта у женщин. Возникающая при невротическом расстройстве вторичная сексуальная дисфункция значительно снижает уровень супружеской адаптации и ухудшает качество жизни. Это следует учитывать при проведении психокоррекционных мероприятий у женщин с неврастенией.

Литература

1. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков.— М.: УРСС, 2004.— 256 с.
2. Либих С. С. Руководство по сексологии / С. С. Либих.— СПб.: Питер, 2001.— 480 с.
3. Кришталь В. В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья / В. В. Кришталь // Актуальные вопросы сексопатологии: тез. докл. I Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.— С. 7–9.
4. Гавенко Н. В. Нарушение сексуального здоровья супружеской пары при неврастении у жены / Н. В. Гавенко // Мед. психология.— 2007.— Т. 2, № 1.— С. 51–54.
5. Бабюк И. А. Психодиагностика сексуальной аверсии в супружеских отношениях / И. А. Бабюк // Сб. науч. работ юбил. конф. ДМИ им. М. Горького.— Донецк, 1994.— Ч. I.— С. 31–32.
6. Маслов В. М. Нарушения психосексуального развития / В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко // Частная сексопатология.— М.: Медицина, 1983.— С. 27–108.

7. *Марута Н. А.* Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2001.— Т. 9, вип. 4.— С. 79–83.
8. Показник якості життя у хворих на афективні розлади та його динаміка в процесі лікування / Н. О. Марута, Т. В. Панько, І. О. Явдак [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології.— 2002.— Т. 10, вип. 2.— С. 113–114.
9. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко.— Л.: Медицина, 1977.— 208 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.— К.: Факт, 1999.— С. 88–89.
11. Критерий качества жизни в психиатрической практике: моногр. / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]; под общ. ред. Н. А. Маруты.— Харьков: РИФ Арсис, 2004.— 240 с.
12. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: БАХРАХ-М, 2002.— 672 с.

МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОДРУЖНЬОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПРИ НЕВРАСТЕНІЇ У ЖІНОК

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО

Визначено механізми розвитку, роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних факторів у порушенні подружньої адаптації, погіршенні якості життя при неврастенії у жінок.

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

MECHANISMS OF MARITAL DEADAPTATION AND QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH NEURASTHENIA

L. A. GERASIMENKO

Mechanisms of development, the role of negative psychological, social, sociopsychological factors of marital adaptation, deterioration in the quality of life in women with neurasthenia were determined.

Key words: neurasthenia, marital deadaptation, sexual dysfunction, quality of life.

Поступила 29.08.2013