

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

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

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

Институт семьи является одной из основ современного общества. Невыполнение семейных функций каждым из супругов на разных уровнях внутрисемейного взаимодействия приводит к расстройству психического, соматического и сексуального здоровья, снижению уровня рождаемости и ухудшению социально-демографической ситуации в Украине.

Внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции нарушений здоровья семьи (ЗС) — актуальная проблема медицинской психологии и сексологии [1–3].

Проблема сохранения ЗС может быть решена лишь при условии учета парного характера сексуальной функции и личностных особенностей каждого из супругов, а также взаимоотношений, сложившихся между всеми членами семьи. Это особенно важно при изучении состояния ЗС, обусловленного наличием психического расстройства у одного или обоих супругов [1–7].

В МКБ-10 в классификации психических и поведенческих расстройств неврастения [F48.0] представлена двумя ее типами. Преобладающими симптомами одного из них являются повышенная утомляемость, эмоциональная неустойчивость, раздражительность, астения, снижение работоспособности, профессиональной продуктивности, при другом типе — общая слабость и истощаемость в сочетании с соматовегетативными нарушениями [8]. Характерно, что весьма часто неврастения возникает на фоне длительных семейных и производственных неурядиц, при продолжительно сохраняющемся состоянии тревоги и большом умственном и психическом перенапряжении [7–9]. Определенную роль в развитии поведенческих и сексуальных расстройств могут играть и такие предрасполагающие факторы, как слабая половая конституция, преморбидные особенности больных и неблагоприятные межличностные отношения супругов [3, 7, 10].

В современной научной литературе недостаточно работ, в которых рассматривались бы причины, условия развития, течение и проявления нарушений ЗС в тех случаях, когда у женщины диагностирована неврастения. Системный подход дает возможность раскрыть механизмы нарушения ЗС при психическом расстройстве и разработать дифференцированные методы ее психотерапевтической коррекции и профилактики [2–4, 7].

Цель данного исследования — изучить состояние ЗС, в которой женщина болеет неврастением, и предложить методы психокоррекции его нарушений.

Под нашим наблюдением находились 52 супружеские пары, обратившиеся за психотерапевтической и сексологической помощью на кафедру сексологии и медицинской психологии Харьковской академии последипломного образования.

У всех обследованных женщин диагностировалась неврастения.

Большинство обследуемых были в возрасте от 23 до 35 лет. Мужья и жены относились к одной возрастной группе, за исключением 7 супружеских пар, в которых женщины были на 6–7 лет моложе (эти супруги состояли во втором браке).

Супружеские пары были разделены на две группы. Первая состояла из 35 (67,3%) пар с первичной сексуальной дезадаптацией супругов, вторая — из 17 (32,7%) пар с первичной социально-психологической дезадаптацией.

Исследование выполнялось с позиций системного подхода с учетом многомерности обеспечения и парного характера сексуальной функции [3, 4, 10]. Было проведено всестороннее комплексное обследование супругов: психологическое, клиническое и социологическое.

С целью выяснения причин нарушения семейной адаптации обследованных супружеских пары использовали системно-структурный анализ

состояния сексуального здоровья, разработанный В. В. Кришталем [10]. Личность супругов исследовалась с позиций принятых в психологии концепций деятельности, отношений, общения и персонализации [3]. Тип половой конституции у женщин устанавливали по методике И. Л. Ботневой, у мужчин — по Г. С. Васильченко [4]. Тип сексуальной мотивации и мотивы полового акта определяли по В. В. Кришталю [3, 10]. Психосексуальные типы мужчины и женщины рассматривали по методике С. С. Либиха [6].

Клинико-психологическое исследование было направлено на изучение диспозиций личности супругов, психологическое и психодиагностическое — взаимозависимости личностных особенностей пациентов и их жен; мотивы вступления в брак, причины возникновения супружеских конфликтов, состояние межличностных отношений супругов, особенностей их полоролевого поведения и выяснение значений этих характеристик в формировании нарушений ЗС. Способы урегулирования конфликтов рассматривали с помощью методики К. Томаса в модификации Н. В. Гришиной [11].

Личностные особенности детей изучали по методике Р. Жила [12].

Психологический климат в семье зависит от уровня ее адаптивности, поэтому мы изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации, используя методику D. H. Sprenkle, V. L. Fisher [13].

Социологическое исследование включало изучение стажа семейной жизни, прочности семейных отношений и связи этих характеристик с развитием семейной дезадаптации. Результаты психодиагностических и психологических исследований были статистически обработаны по методу Стьюдента.

Нарушение ЗС, возникающее при изучаемом типе психического расстройства у женщины, имеет ряд особенностей, обусловленных как характером психосексуального развития, так и личностными чертами, свойственными этим лицам, степенью адаптации супругов на разных уровнях межличностного взаимодействия. Выявленные нарушения в тех или иных сочетаниях могут встречаться у одного пациента и у супружеской пары, но роль их в развитии нарушений ЗС различна.

В нашем исследовании континуальными сексопатологическими проявлениями при неврастении у женщин следует считать гиперфемининность, ускоренное психосексуальное развитие, склонность к сексуальным девиациям, девиантный тип сексуальной культуры. На становление сексуальности таких пациенток блокирующее действие оказывает личностная аномалия, а именно — такие черты личности, как эмоциональная неустойчивость,

импульсивность в поведении, препятствующие процессу межличностной коммуникации.

Этап формирования стереотипа полоролевого поведения у пациенток с изучаемым типом психического расстройства обусловлен присущими им гиперфемининностью, эмоциональной неустойчивостью, делающей невозможным усвоение нормативных полоролевых характеристик.

Черты личности и формы поведения, затрудняющие ролевую, статусную и личностную адаптацию в среде сверстников, склонность к появлению соматовегетативных нарушений, эмоциональной неустойчивости в значительной части случаев приводят к нарушению процесса социализации уже в подростковом возрасте.

Имеющейся у части обследованных женщин нарциссической направленности полового влечения способствует перенос условных полоролевых игр на более поздние сроки (при качественно ином уровне гормонального обеспечения организма), что приводит к фиксации у них неадекватных форм реализации полового влечения.

При формировании психосексуальной ориентации дефекты развития на предыдущих этапах становятся наиболее заметными. Эмоциональная неустойчивость, раздражительность, часто возникающее чувство озабоченности по поводу умственного и физического неблагополучия, ангедония, отсутствие практических навыков в выражении собственных чувств и нарушение процесса коммуникации, особенно с лицами противоположного пола, на фоне нарушения этапности и фазности психосексуального развития в большинстве случаев способствуют его длительной задержке в период формирования сексуального компонента полового влечения.

У многих женщин с неврастением гетеросексуальный контакт протекает с различными девиантными элементами, которые мы считаем континуальными психопатологическими проявлениями, поскольку их формирование происходит на ранних этапах психосексуального развития и тесно связано с характером удовлетворения сексуальных потребностей.

Отсутствие практических навыков перевода платонического общения в эротическое, а затем и в сексуальное, неадекватность самовосприятия, чрезмерная эмоциональная неустойчивость, потеря чувства радости, а также дефекты коммуникабельности в сочетании с неадекватным и формальным усвоением роли взрослого сексуального партнера приводят к тому, что при попытках начать половую жизнь больные проявляют полную или частичную сексуальную неадекватность. Это отражается на характере половой жизни и становится причиной развития социально-психологической и сексуальной дезадаптации.

У находившихся под нашим наблюдением супружеских пар отмечались два варианта развития нарушений ЗС: обусловленные первичной сексуальной дезадаптацией и **первичной социально-психологической дезадаптацией** супругов, каждый из которых имеет свои специфические проявления.

При проведении системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья [3, 10] было установлено, что причиной развития обоих вариантов нарушений ЗС служит стержневое поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья вследствие психического расстройства у женщин. Нарушение остальных компонентов и **составляющих** выступает либо патопластическим фактором, способствующим возникновению нарушений ЗС, либо усугубляет ее течение.

Для женщин, страдающих неврастениями, типичны раздражительность, умственная и **физическая** утомляемость, озабоченность по поводу своего неблагополучия и в меньшей степени — чувства подавленности и **тревожности**, нарушение стереотипа полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Одним из первых признаков дезадаптации является нарушение процесса межличностной коммуникации, особенно с **представителями** противоположного пола. При установлении первичного досексуального контакта это выражается в эмоциональной неустойчивости, раздражительности, повышенной утомляемости, снижении продуктивности мышления.

При изучении направленности личности установлено, что обеспечение жизненных интересов было доминирующей мотивацией у **преобладающего** (67,3 %) числа обследованных в **обеих** группах. Среди желаний в **проведении досуга у мужчин** преобладал отдых, у женщин — развлечения. Лишь незначительная часть обследованных проявляла стремление к самосовершенствованию, имела творческие интересы.

Анализ системы ценностных ориентаций показал, что мужчины выше ценили производственные интересы, у женщин в обеих группах на первом месте по значимости была сексуальная сфера. Несоответствие направленности личности имело место у большинства супругов (71,2% случаев).

Данные системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья супружеских пар первой группы свидетельствуют о его нарушении почти по всем критериям и о **сочетанном поражении** его компонентов и составляющих.

Социальный компонент ЗС был нарушен за счет информационно-оценочной составляющей вследствие недостаточной и **неправильной осведомленности** супругов в вопросах психогигиены

половой жизни и расхождения типов сексуальной культуры.

При обследовании супругов с помощью карт эрогенных зон мужчины и женщины оказалось, что подавляющее большинство обследованных не только не знали о **наличии таких зон**, но и игнорировали их роль в сексуальном возбуждении и удовлетворении. Все супружеские пары имели недостаточное представление о **норме и физиологических колебаниях** сексуальной функции.

Психологический и **социально-психологический** компоненты состояния ЗС были нарушены вследствие внутрличностного конфликта у **женщин** и его негативного влияния на сексуальное поведение, а также межличностного конфликта из-за несоответствия направленности личности и **ролевого поведения супругов**, отсутствия взаимной любви, психосексуальных типов мужчины и женщины, а также неблагоприятного сочетания типов сексуальной мотивации. У 26,9% мужчин это приводило к **развитию психологической и сексуальной аверсии** [6].

Поражение психической составляющей биологического компонента ЗС, ставшее непосредственной причиной развития супружеской дезадаптации, является следствием неврастения у женщин и личностной реакции мужчин на не удовлетворяющее их представлениям сексуальное поведение жены.

Развитие сексуально-эротической формы дезадаптации было обусловлено несоответствием представлений супругов о форме проведения предварительного, заключительного этапов и **самого** полового акта, а также расхождением типов сексуальной культуры и маскулинным поведением мужчин, особенно в сочетании с фемининным поведением женщин.

Неблагоприятное сочетание в обследуемых парах психосексуальных типов супругов было связано с тем, что большинство мужчин относились к **агрессивному варианту** типа «мужчина — мужчина», а **большинство женщин** — к типу «женщина — мать» (табл. 1).

Существенным фактором в **развитии** нарушения ЗС служит также несоответствие типов половой конституции, отмечавшееся у **51,4% супружеских пар** в первой группе и у 52,9% — во второй.

У **женщин с неврастением** наблюдается в основном сексуальная гипестезия и **гипо- или аноргазмия** относительного характера, нередко отказ от половой жизни. Кроме того, значительная часть женщин и мужчин испытывают психосексуальную неудовлетворенность, а **21,2% женщин** — психологическую и сексуальную аверсию.

Сексуальная дезадаптация, как правило, развивается с самого начала супружеской жизни, и чем

короче продолжительность добрачного знакомства, тем быстрее происходит дезадаптация.

Нарушение сексуальной функции у женщин с неврастенией зависит от ее типа. Так, при первом типе отмечаются снижение полового влечения, ослабление сексуальных ощущений, уменьшение сексуальной предприимчивости и активности. У женщин со вторым типом неврастении, наряду со снижением полового влечения, наблюдаются физическая слабость, истощаемость, легко возникающая сексуальная возбудимость и быстрое наступление притупленного оргазма.

Для социально-психологического варианта нарушений ЗС характерно обусловленное в основном личностными особенностями, поведением женщин нарушение взаимоотношений супругов, которое вызывает конфликты и распространяется на сексуальную сферу.

Доминирующие в поведении женщин с неврастенией умственная и физическая утомляемость, импульсивность, эмоциональная неустойчивость затрагивают и сексуальную сферу. По истечении

некоторого времени при благоприятных обстоятельствах и правильно проводимой психокоррекции они могут утратить свою интенсивность и снизить эмоциональное напряжение.

Среди обследуемых обеих групп нарушения эрекции и эякуляции отмечались у 40,4 % мужчин, а при урологическом обследовании у 30,8 % пациентов наблюдались явления застойного простатита в связи с нерегулярной половой жизнью.

Определенный вклад в развитие дезадаптивных сексуальных отношений супругов вносило несоответствие типов сексуальной мотивации: у женщин чаще отмечались пассивно-подчиняемый и игровой типы, у мужчин — гомеостабилизирующий и шаблонно-регламентированный. У женщин мотивом полового акта было получение оргазма, который наблюдался лишь в 11,7 % случаев, и выполнение супружеского долга, у мужчин — достижение оргазма и средство релаксации.

Неудовлетворенность супружескими отношениями высказывали 86,5 % пар, причем в связи

Таблица 1

Психосексуальные типы обследованных мужчин и женщин

Психосексуальный тип	Группы				Всего, n = 52	
	первая, n = 35		вторая, n = 17		абс. ч.	%
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
Мужчина — отец	7	20,0	6	35,3	13	25,0
Мужчина — мужчина:						
агрессивный	20	57,1	7	41,2	27	51,9
пассивно-подчиняемый	5	14,3	2	11,8	7	13,5
Мужчина — сын	3	8,6	2	11,8	5	9,6
Женщина — мать	15	42,6	8	47,1	23	44,2
Женщина — женщина:						
агрессивная	11	21,2	3	17,6	14	26,9
пассивно-подчиняемая	6	17,1	5	29,4	11	21,2
Женщина — дочь	3	8,6	2	11,8	5	9,6

Таблица 2

Способы урегулирования конфликтов у обследуемых супружеских пар

Способ урегулирования конфликта	Группы			
	первая, n = 35		вторая, n = 17	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Соревнование	20	44,6	7	24,4
	18	41,6	8	21,9
Избегание	15	25,6	7	17,0
	8	18,5	5	12,2
Компромисс	5	8,4	4	12,2
	4	11,4	7	17,0
Приспособление	7	11,4	9	21,9
	3	15,5	7	25,0
Сотрудничество	2	4,08	1	3,6
	2	15,5	1	3,6



с неадекватным поведением женщин, получавшим негативную оценку мужчин.

Предрасположенность супругов к возникновению и развитию конфликтного поведения была более высокой у супружеских пар с социально-психологической дезадаптацией (табл. 2). Способы урегулирования конфликтов, как показали данные, были неправильными у всех обследованных второй группы и большинства пациентов первой.

При сексуальной дезадаптации супругов наблюдались преимущественно два способа урегулирования конфликтов — соревнование и избегание, при социально-психологической дезадаптации — соревнование и **приспособление, но и у значительной части супружеских пар наблюдались такие способы урегулирования конфликтов, как избегание и компромисс.** Единственно правильный способ урегулирования конфликта — сотрудничество — наблюдался исключительно редко: лишь в 5,8% случаев при всех наблюдениях.

Системно-структурный анализ состояния ЗС по его интегральным критериям позволяет в этих случаях выявить нарушение психологического и социально-психологического компонентов, обусловленное наличием у **жен черт характера, которые вызывают негативную оценку у 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, усугубляющейся низким уровнем информированности в области психогигиены половой жизни. Стержневым является поражение психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья вследствие наличия неврастения у женщин.

Неумение найти конструктивный способ решения конфликтной ситуации при обеих формах дезадаптации способствовало развитию и углублению

внутриличностного и межличностного конфликтов и дезадаптации.

На сохранение ЗС большое влияние оказывают взаимоотношения родителей и детей. С целью определения этих параметров было проведено изучение личностных особенностей детей в семьях, в которых мать страдает неврастением.

В большинстве наблюдаемых семей воспитывали по одному ребенку, у 9 (17,3%) семейных пар было двое детей и в 8 (15,4%) случаях ребенок был от первого брака.

Проективная методика Р. Жилия [13] позволяет, помимо определения личностных особенностей ребенка (табл. 3), установить характер его взаимоотношений с матерью и отцом, братьями и сестрами, бабушкой и дедушкой, другом и подругой, с учителем.

Данные исследования показали, что наиболее редкой чертой характера у детей в семьях, где у женщины диагностирована неврастения, была жизнерадостность, достаточно редко отмечались доверие к людям и общительность. Часто наблюдались раздражительность, тревожность и сниженный фон настроения как у девочек, так и у мальчиков. Это не способствовало сохранению положительных коммуникативных взаимоотношений между членами семьи женщин с неврастением и распространялось на состояние адаптации детей в детских коллективах.

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%.

Мы изучили параметры сплоченности семьи и семейной адаптации по методике D. H. Sprenkle, B. L. Fisher [13].

В целом показатели супружеской адаптации и супружеского счастья в обследованных семьях с неврастением у женщин были ниже нормативных

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	58,2	15	0,5	32	54,2
Доверие	7	24,1	8	26,6	18	0,3
Жизнерадостность	4	13,7	7	23,3	11	18,6
Общительность	6	20,6	11	36,6	17	28,8
Отгороженность	14	48,2	16	50,0	30	50,8
Недоверчивость	16	0,55	17	53,3	33	55,9
Робость	8	27,5	12	0,4	20	33,8
Тревожность	23	79,3	20	66,6	43	72,8
Снижение настроения	18	62,0	20	66,6	38	64,4

( $t = 2,21, p < 0,05$ ;  $t = 2,42, p < 0,05$ ) по критерию Стьюдента.

На основании полученных нами данных 84,6% обследованных семей, в которых у женщин диагностирована неврастения, были отнесены к дезадаптивным.

Таким образом, выявленные в ходе комплексного обследования нарушения ЗС, обусловленные патохарактерологическими особенностями женщин с неврастением, несоответствие психосексуальных типов мужчины и женщины, наличие негативного отношения детей к отцу, матери, обоим родителям способствуют развитию и сохранению нарушений ЗС при данной патологии.

Результаты системно-структурного анализа состояния сексуального здоровья позволили установить, что в развитии дезадаптивных семейных отношений важную роль играет нарушение состояния всех его компонентов и составляющих. Стержневым явилось поражение психологического компонента и психической составляющей биологического компонента. Нарушение остальных компонентов и составляющих способствовало формированию дезадаптивных семейных отношений и усугубляло их течение.

Данные, полученные в ходе комплексного изучения состояния семейной адаптации при неврастении у женщин, 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. Гавенко Н. В. Нарушение сексуального здоровья супружеской пары при неврастении у жены / Н. В. Гавенко // Мед. психология.— 2007.— Т. 2, № 1.— С. 51–54.
10. 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.
11. Гришина Н. В. Психология конфликта / Н. В. Гришина.— СПб.: Питер, 2003.— 464 с.
12. Справочник практического психолога.— М.: Эксмо, 2006.— 784 с.
13. Райгородский В. В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / В. В. Райгородский.— Самара: БАХРАХ-М, 2002.— 672 с.

### СТАН ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ЗА НЕВРАСТЕНІЇ У ЖІНОК

Є. В. КРИШТАЛЬ, В. Г. МАРЧЕНКО, Т. В. КРИШТАЛЬ

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

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

### FAMILY HEALTH AT NEURASTHENIA IN WOMEN

Ye. V. KRYSH TAL, V. G. MARCHENKO, T. V. KRYSH TAL

**Systemic structural analysis was used to investigate family health at neurasthenia in women. Psychosexual types of men and women, behavior of spouses in conflict situations, relationship of parents and children were identified. The obtained findings can be used to improve the effectiveness of psychotherapeutic correction of family health disorders.**

*Key words: neurasthenia, women, psychosexual types, marital conflict, family health.*

Поступила 29.04.2014