

9. Волошин П. В., Воробьева Т. М., Марута Н. А. Эмоциональные нарушения при неврозах // Український вісник психоневрології. — 1995. — Т. 3, вип. 1. — С. 3—11.

10. Асанова Л. С., Лаврова Т. Н. Психогенные невротические депрессии у женщин (психопатологические и психосоматические аспекты) // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — № 11, 2001. — С. 14—18.

11. Лаврова Т. Н., Давыдов Д. М. Некоторые клинико-биологические аспекты невротической депрессии у женщин // Мед. психиатрический журнал. — № 4, 2000. — С. 37—44.

12. Берн Ш. Гендерная психология — М.: Олма-Пресс, 2001. — 318 с.

13. Токсанбаева М. Женщины в составе экономически активного населения В кн.: Женщины в реформируемой экономике. — М., 1995. — С. 30—40.

14. Психотерапия женщин / Под ред. М. Лоуренс, М. Магуйр. — СПб.: Питер, 2003. — 208 с: ил. (Серия «Золотой фонд психотерапии»).

Надійшла до редакції 29.06.2006 р.

Т. В. Панько

Принципи діагностики та терапії тривожно-фобічних розладів у жінок

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (Харків)

Метою дослідження стало вивчення клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей формування тривожно-фобічних розладів у жінок та їх терапія.

В результаті проведеного дослідження було встановлено, що в генезі формування тривожно-фобічних розладів основну роль відіграють психогенні чинники. Лікування будувалося з урахуванням особливостей клінічних проявів та психологічних настанов. У терапії, що проводилась, було виділено 3 етапи, які реалізовувались в умовах стаціонару та 4-й — амбулаторний. Терапія мала комплексний характер та включала фармако- та психотерапію.

Отримані результати свідчать про високу ефективність розробленої схеми терапії, можливість отримання стабільного ефекту та дозволяє рекомендувати її для використання в практиці охорони здоров'я.

T. V. Panko

Principles of diagnosis and therapy of anxiety-phobic disorders in women

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine (Kharkiv)

The aim of investigation carried out was to examine clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities of anxiety-phobic disorders in women and their therapy.

As a result of the investigation it was found out that psychogenic factors had the main role in genesis of anxiety-phobic disorders. Treatment was built taking into account peculiarities of clinical manifestation and psychological statements. In this therapy 3 in patient stages and fourth out-patient stage were defined. The therapy included pharmaco- and psychotherapy.

The data obtained demonstrated an efficacy of the treatment worked out, an opportunity to obtain a high and stable effect and allow us recommend this treatment for usage in practice of public health service.

УДК 616.69-055.2-006

В. В. Свиридова, канд. мед. наук

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

ПОЛОРОЛЕВАЯ ФОРМА ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ МИОМЕ МАТКИ У ЖЕНЫ

Результаты сексологических исследований подтверждают зависимость развития первичных форм сексуальной дезадаптации от социогенных, психогенных, негативных социально-психологических и соматогенных факторов, приводящих к нарушению полоролевого развития [1, 2]. В самом общем виде можно сказать, что сущность сексуальной дезадаптации заключается в неумении супругов адаптировать свое сексуальное поведение друг к другу. Несовпадение в супружеской паре сексуального поведения, которое, в свою очередь, является проявлением личности, может повлечь за собой формирование сексуальной дезадаптации. Неблагоприятное сочетание у супругов такой психосексуальной характеристики личности, как полоролевое поведение, приводит к развитию, в частности, полоролевой формы первичной сексуальной дезадаптации.

В литературе описаны нарушения стереотипа полоролевого поведения в форме трансформации (маскулинного — у женщин и фемининного — у мужчин) и в форме гиперролевого поведения (гиперфемининного — у женщин, гипермаскулинного — у мужчин) [3]. Ведущая роль в формировании неадекватных форм полоролевого поведения отводится социогенным факторам: и трансформация, и гиперролевое по-

ведение часто обуславливаются неправильным воспитанием в детстве, нарушением половых ролей в родительской семье, воспитанием в неполной семье.

Женщины с трансформацией полоролевого поведения самостоятельны, агрессивны, решительны, активны, энергичны, их отличает мужской стиль поведения и отсутствие кокетства, женственности. Для мужчин с трансформацией полоролевого поведения, напротив, типичны и фемининные черты характера, и соответствующее поведение. Они конформны, охотно занимаются домашним хозяйством, терпеливо сносят обиды, пассивны, в интимных отношениях редко проявляют инициативу и довольно часто женятся на женщинах старше себя.

При гиперфемининном поведении у женщин заостряются женские черты характера и поведения — пассивность, подчиняемость, непомерная заботливость о близких, способность жить их интересами и довольствоваться этим. Сексуальное поведение таких женщин отличается самоотдачей, полным подчинением желаниям мужчины, независимо от того, испытывает ли она сама сексуальное удовлетворение. Гипермаскулинное поведение, т. е. заострение особенностей мужского стереотипа поведения,

проявляється в агресивному і пренебрежителіному відношенні до жінки, неформальному лідерству. В сексуальному поведінні гіпермаскулінних чоловіків нерідко присутні елементи садизму і ігноруються ласки. Неудачі в інтимних відносинах, зниження сексуальної функції для таких чоловіків особливо болезненні.

Полоролеве поведіння має два рівня — біогенний і рівень Я-концепції [4, 5]. Міжуровневе несоответствие полоролевого поведіння — маскуліність на біогенному і фемініність на соціогенному рівні (рівні Я-концепції), якщо воно має у індивіда, може привести до розвитку внутріличностного конфлікту, однак відносини подружжя залежать від поєднання цих рівнів в парі. Особливо дисгармонічно несоответствие у подружжя маскуліності і фемініності на рівні Я-концепції, неізбежним слідствием якого є розвиток міжличностного конфлікту.

Сексуальна дезадаптація подружжя, обумовлена полоролевим несоответствием, часто зустрічається в клінічній практиці сексолога [6], однак до сих пор залишається малоизученою, а супроводжуючі її внебрачные зв'язки подружжя взагалі не досліджені.

Ціль нинішньої статті — аналіз результатів системного дослідження подружжя з полоролевою формою первичної сексуальної дезадаптації при міомі матки у жінки, дозволяючий встановити її причини, механізми розвитку і проявлення.

Нами були досліджені методом системно-структурного аналізу сексуального здоров'я по його інтегральним критеріям, компонентам і складовим [1] 32 подружжескі пари з полоролевою формою первичної сексуальної дезадаптації. Вік подружжя — від 24 до 34 років, продовжителіність брала — від 3 до 10 років. Сексуальна дезадаптація виникла у них з самого початку подружжескої життя.

Аналіз сексуального здоров'я по його критеріям показав, що темп соматосексуального розвитку всіх чоловіків був нормальним, психосексуального розвитку — задержаним, а серед жінок у $17 \pm 6\%$ відзначалося замедленне соматосексуальне і у $20 \pm 7\%$ — преждевременне психосексуальне розвиток. У 83 $\pm 6\%$ і 17 $\pm 6\%$ досліджених мали асинхронію полового розвитку, у чоловіків — прості, у жінок — поєдані. Полоролеве поведіння у 80 $\pm 7\%$ чоловіків було трансформованим і у 20 $\pm 7\%$ — гіперролевым, у 40 $\pm 8\%$ жінок — трансформованим. Недостаточна інформованість в області сексуального виявлена у всіх подружжя, а неправильна оцінка своїх сексуальних проявлень — у всіх чоловіків і у подавляючого більшіства жінок.

Тип сексуальної мотивації у 20 $\pm 7\%$ жінок був агресивно-еґоїстический, у інших — генітальний або шаблонно-реґламентований, тоді як у всіх чоловіків — іґровою, що визначало крайнє неблагоприятне поєднання сексуальної мотивації во всіх подружжеских парах. У чоловіків основним мотивом полового акту було сексуальне самоутвердження, у жінок — зняття полового напруження або отримання оргазму.

Полова конституція у 66 $\pm 8\%$ чоловіків була ослабленою середньою, у інших — сильною, у всіх жінок — середньою. Всі види лібідіо у всіх подружжя

мали достаточну вираженість. Сексуальні фантазії, закінчувані в основному в представленні полового акту або орально-генітального сексуального акту з уявляємим партнером, відзначалися у 40 $\pm 8\%$ жінок і 23 $\pm 7\%$ їх чоловіків. Порушення сексуальних відчуттів ні у кого не спостерігалося. До свого подружжя (подружжю) досліджені майже однаково часто спробували любов і повагу, а частину жінок (17 $\pm 6\%$) — звичку.

У всіх жінок оргастичність не перевищала 30%. У 20 $\pm 9\%$ чоловіків були ослаблені адекватні ерекції, умінням регулювати еякуляцію володали всі досліджені. У всіх подружжя сексуальна підприємчивість не була зменшена і сексуальне бажання виникало через день.

У всіх досліджених був ліберальний тип сексуальної культури, а ступінь сексуальної привлекателіності для подружжя, в основному, була високою і середньою. Діапазон прийнятності, проведення прелюдії полового акту, його техніка і поза у всіх подружжя відповідали частинно, активність в половому акту — повністю.

Всі подружжя з полоролевою формою сексуальної дезадаптації спробували психосексуальну неудовлетворенність.

Аналіз сексуального здоров'я по компонентам і складовим виявив як причину сексуальної дезадаптації подружжя стержневе ураження його психологічного компонента, обумовлене трансформацією полоролевого поведіння чоловіків і жінок і неблагоприятним поєднанням його в парі. Ослаблення інформаційно-оціночної складової соціального компонента з-за недостаточної освідженості в області сексуального і неправильної оцінки своїх сексуальних проявлень, а також ослаблення соціально-психологічного компонента внаслідок порушення міжличностної комунікації чоловіків і жінок сприяло виникненню сексуальної дезадаптації і усугубляло її.

Ряд подружжя, частіше чоловіки, мали внебрачные зв'язки, які вони пояснювали своєю сексуальною неудовлетворенністю.

Аналіз характеру і ступені сексуальної дезадаптації показав, що у всіх подружжеских пар був дебютантний її варіант. Дезадаптація відповідавала у 63 $\pm 8\%$ з них другої ступені, коли жінки досягали оргазму не більше ніж в 30% половоих актів з чоловіком, а у інших 36 $\pm 10\%$ — третьої ступені, коли вони при цьому взагалі не спробували оргазму. Крім того, деякі жінки ховали від чоловіка свою сексуальну неудовлетворенність, демонструючи при половоих стосунках переживання страсти і оргазму. У цих пар була псевдоадаптивна різноманітність сексуальної дезадаптації, і ще у кількох пар — реадптивна її різноманітність, закінчувані в неспосібності жінок адаптуватися до сексуальному поведінню чоловіка в зв'язку з тим, що воно не відповідавало існуючому у них сексуальному досвіду.

Таким образом, проведенне дослідження дозволило виявити причини, умови і механізми формування сексуальної дезадаптації подружжя при неблагоприятному поєднанні їх полоролевого поведіння в парі. При цьому як слідствием неудовлетворенності подружжя своїми сексуальними і міжличностними

отношениями возникали внебрачные связи. Однако при одних и тех же условиях внебрачные контакты допускали лишь те мужчины и женщины, чьи морально-этические установки и слишком либеральное отношение к сексу не препятствовали супружеским изменам.

Полученные данные о роли социогенных, психогенных, негативных социально-психологических и биогенных факторов в генезе полоролевой формы первичной сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает миомой матки, могут быть использованы для разработки системы ее психотерапевтической коррекции.

Список литературы

1. Кришталь В. В. Методология и структура современной сексологии, принципы диагностики, коррекции и профилактики нарушений сексуального здоровья // Сексopatология и андрология. — К., 1995. — Вып. 2. — С. 15 — 22.
2. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.
3. Кочарян А. С. Личность и половая роль. — Харьков: Основа, 1996. — 127 с.
4. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. — Stuttgart: H. Huber, 1960. — 269 S.
5. Heilbrun A. B. Human sex-role behavior. — N. Y.: Pergamon Press, 1981. — 270 p.
6. Частная сексopatология / Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — 352 с.

Надійшла до редакції 13.10.2006 р.

В. В. Свиридова

Полоролева форма первинної сексуальної дезадаптації подружжя при міомі матки у жінок

*Донецький державний медичний університет
ім. М. Горького (м. Донецьк)*

На основі системно-структурного аналізу сексуального здоров'я подружньої пари при міомі матки у жінки виявлено причини, механізми формування і клінічні прояви статево рольової форми первинної сексуальної дезадаптації подружньої пари. Показаний багатофакторний генез вивченої форми порушення сексуального здоров'я і зроблений висновок про можливість використання здобутих у дослідженні даних для розробки системи його психотерапії.

V. V. Sviridova

Sex-role form of primary sexual spouses disadaptation at the uterus mioma in wife

*Donetz'k state medical university named after M. Gorky
(Donetz'k)*

On the basis of systemic-structural approach to spouses sexual health analysis at the uterus mioma in wife causes, forming mechanisms and clinical manifestation of the primary sexual spouses disadaptation sex-role form are revealed. The multi-factor genesis of investigated sexual health disorder form is shown and the conclusion about a possibility of using gained results for working out the system of its psychotherapy was drawn.

УДК 616.891.4:615.851

Е. Е. Семикина

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (Харьков)

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ НЕВРАСТЕНИЕЙ

Исследования последних лет свидетельствуют о неуклонном росте количества невротических расстройств [1, 2]. Это связано с рядом изменений, происходящих в современном обществе — изменение социально-экономических условий жизни, информационные перегрузки в психологически значимых сферах жизни, которые обусловлены политической, социально-экономической, морально-этической дестабилизацией общества. Кроме того, наряду с общим ростом количества невротических расстройств, наблюдается тенденция к их хронизации, формированию резистентных к терапии, склонных к рецидивированию форм заболеваний. [3] В связи с этим особое значение имеет качество проводимой терапии. Основной метод лечения невротических расстройств — психотерапия [4] является этиопатогенетическим и имеет целью не только обратное развитие клинических симптомов, а и позволяет значительно повысить адаптивные возможности личности, сформировать систему психологической защиты против стрессогенных влияний. Однако использование психотерапии в качестве ведущего метода лечения невротических расстройств поднимает ряд нерешенных вопросов, что связано с особенностями самого метода. Подход к проведению лечения, в основном, базируется на субъективном взгляде психотерапевта и не всегда учитывает все факторы,

влияющие на болезнь. Недооценка терапевтических предикторов, действовавших в прошлом, может привести к недостаточно оптимальному выбору форм терапевтической коррекции, что, безусловно, отразится на результатах лечения.

Целью данного исследования явилось изучение предикторов терапевтической эффективности у больных неврастенией.

Были применены клиничко-психопатологический и статистический методы. Обследовано 50 больных неврастенией, которые проходили курс терапии в условиях отделения неврозов ИНПН АМНУ и, кроме того, находились под амбулаторным наблюдением в течение полугода после основного лечения. Детально был изучен анамнез заболевания, жизни пациентов, условия формирования болезни, психотравмирующие факторы, особенности клинической симптоматики, наличие сопутствующей патологии. Было проведено сопоставление клинических предикторов и результатов терапии с применением корреляционного и факторного анализа.

Эффективность лечения была оценена в соответствии со следующими критериями: выздоровление, выраженное улучшение, улучшение, отсутствие динамики, ухудшение.

Выздоровление предполагает отсутствие психопатологической симптоматики, стойкий регресс