

## СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ И СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Канд. мед. наук Т. В. КРИШТАЛЬ

SEXUAL DYSFUNCTION AND SPOUSE DYSADAPTATION AT NEURASTHENIA IN WOMEN

T. V. KRISHTAL

*Харьковский областной психоневрологический диспансер, Украина*

**Рассмотрены механизмы формирования и клинические проявления сексуальной дисфункции у женщин при неврастении, а также факторы развития супружеской дезадаптации при этом страдании. Предложена эффективная система психотерапевтической коррекции.**

*Ключевые слова: неврастения, сексуальная дисфункция у женщин, супружеская дезадаптация, психотерапевтическая коррекция.*

**The mechanisms of forming sexual dysfunction in women with neurasthenia as well as its clinical manifestations and factors of spouse dysadaptation development in this disease are discussed. An effective system of psychotherapeutic correction is suggested.**

*Key words: neurasthenia, sexual dysfunction in women, spouse dysadaptation, psychotherapeutic correction.*

Невротические расстройства представляют собой, как известно, наиболее распространенную группу нервно-психических заболеваний [1], а среди них большую часть (по данным Р. А. Грачева [2] — 61,2%) составляет неврастения. При этом возникает весьма существенная проблема нарушения сексуального здоровья больных, поскольку неврастения, как все формы невротических расстройств, часто влечет за собой развитие сексуальной дисфункции: по имеющимся в литературе сведениям, невротическую природу имеют от 61 до 85% сексуальных нарушений [3, 4]. При неврастении значительно чаще других форм сексуальной дисфункции и связанной с ней сексуальной дезадаптации супругов развивается конституциональная ее форма — у 12±3% больных, тогда как при других формах невротического расстройства она отличается лишь у 3±3–5±5% пациентов [2]. Это связано с тем известным фактом, что заболевание неврастением более характерно для лиц со слабым типом нервной системы. Наши наблюдения больных с разными формами невротических расстройств, сопровождавшихся вторичной сексуальной дисфункцией, позволили диагностировать неврастению у 35±5% из них.

В работе М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейна [5] было показано, что сексуальные нарушения при неврастении связаны с характерными для этого заболевания клиническими проявлениями — астенизацией, повышенной нервной истощаемостью, раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, расстройством сна.

Проявления неврастении, как указывается и в МКБ-10 (гл.V, F48.0), могут в значительной мере варьировать в условиях разных культур, но при этом существуют два основных типа этого заболевания. При неврастении первого типа в ее

клинической картине ведущим симптомом является повышенная утомляемость при умственной работе, часто обуславливающая снижение продуктивности профессионального труда или способности справиться с решением повседневных задач. Больные описывают свое состояние умственного утомления как возникновение при работе неприятных отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, невозможность сосредоточиться и общую неэффективность мышления. У больных с неврастением второго типа в клинической картине заболевания преобладают сопровождающиеся мышечной болью физическая слабость и истощение при малейшем усилии и при этом — невозможность расслабиться.

В то же время имеются и другие, общие проявления, наблюдающиеся при обоих типах заболевания: неприятные физические ощущения, в частности головокружение, характерные головные боли напряжения («каска неврастеника») и чувство общей неустойчивости. Многие больные испытывают озабоченность в связи с умственным и/или физическим неблагополучием, раздражительность, ангедонию, а также (как правило, в легкой форме) подавленное настроение и тревогу. Часто, как указывалось, при неврастении нарушается сон (страдают главным образом его начальные и промежуточные фазы), но иногда встречается и выраженная гиперсомния.

В ряде исследований было показано, что клинические проявления и течение сексуальной дисфункции во многом определяются формой невротического расстройства, которая, несомненно, оказывает влияние и на характер развивающейся дезадаптации супружеской пары [6]. Целью настоящей работы было изучение нарушений сексуального здоровья при неврастении, как одной

из наиболее часто встречающихся форм невротического расстройства у женщин.

Наш клинический опыт включает наблюдения, проведенные у 42 женщин в возрасте от 25 до 40 лет, больных неврастением, сопровождающейся сексуальной дисфункцией, и их мужей, входивших в каждой супружеской паре в одну возрастную группу с женой. Стаж супружеской жизни составлял у 41±4% супружеских пар от 1,5 до 6 лет, у остальных 7–12 лет.

В клинической картине невротического расстройства у всех наших пациентов наблюдалась известная триада: астенизация, специфическая головная боль («каска неврастеника») и расстройство сна. При этом у больных имел место и ряд психопатологических синдромов — астенодепрессивный, астеноипохондрический, висцеро-вегетативные и нейроэндокринные синдромы.

Длительность заболевания в большинстве случаев (72±7%) не превышала одного года, но у остальных оно продолжалось более двух лет. Возникновение сексуальных нарушений большинства больных связывали с началом заболевания, хотя они развивались не остро, а постепенно, в течение не более года. У наших пациенток можно было отметить два клинических варианта неврастения — гиперстенический и гипостенический. Состояние гиперстении, наблюдавшееся у 44±9% больных, характеризовалось повышенной возбудимостью, раздражительностью, вспыльчивостью, аффективной неустойчивостью больных. При гипостении, отмечавшейся у 56±9% женщин, они постоянно испытывали чувство усталости, разбитости, отсутствие бодрости, отличались низкой трудоспособностью.

От клинического варианта неврастения в известной мере зависели и проявления имевшейся у женщин сексуальной дисфункции. При гипостеническом варианте заболевания у них было снижено половое влечение, иногда вплоть до алибидемии, наблюдалось ослабление или отсутствие генитальных реакций, гипо- или аноргазмия. Эти нарушения иногда были изолированными, но в большинстве случаев сочетались и приводили к резкому снижению сексуальной активности и предприимчивости. У женщин с гиперстеническим вариантом неврастения при относительной сохранности либидо и генитальных реакций имели место притупление оргазма и снижение процента оргастичности, нередко вплоть до аноргазмии.

Проведенное нами сексологическое обследование больных женщин и их мужей по критериям сексуального здоровья позволило получить следующие результаты.

Почти у половины пациенток (45±8%) были выявлены нарушения соматополового развития, в основном его задержка, и асинхронии полового созревания, в большинстве случаев сочетанные, обусловленные психогенными и социогенными факторами. У половины обследованных отмечалось и нарушение темпов психосексуального

развития, почти одинаково часто его ретардация или преждевременное развитие. У 58±8% женщин было нарушено полоролевое поведение, причем у 25±7% отмечалась его трансформация, т. е. маскулинное поведение, и у 33±7% — гиперролевое (гиперфемининное) поведение. У 62±8% женщин половая конституция была слабой, у остальных — средней.

Не способствовали супружеской адаптации и типы сексуальной мотивации женщин — большей частью гомеостабилизирующей или шаблонно-регламентированной, так же как и мотив полового акта — снятие сексуального напряжения, получение оргазма либо выполнение супружеского долга. Следует отметить, однако, что при достаточно продолжительном течении неврастения типы сексуальной мотивации и мотивы полового акта больных могли существенно измениться в сторону примитивизации. Дезактуализация сексуальной жизни приводила к изменению стереотипа их сексуального поведения, что еще более усугубляло супружескую дезадаптацию, так же как и примитивный тип сексуальной культуры больных.

Отрицательную роль в сексуальных отношениях супругов играло и неблагоприятное сочетание в паре психосексуальных типов мужчины и женщины, поскольку 25±7% женщин относились к агрессивному варианту типа женщина-женщина, 65±8% — к пассивно-подчиняемому варианту этого типа, остальные — к типу женщина-дочь. В сочетании с психосексуальными типами их мужей, большинство которых принадлежали к пассивно-подчиняемому варианту типа мужчина-мужчина и к типу мужчина-сын, это также существенно способствовало сексуальной дезадаптации супругов.

В целом, таким образом, полученные данные показали, что наблюдающаяся у женщин с неврастением вторичная сексуальная дисфункция обуславливается дезактуализацией сексуальной сферы, связанной с этим дизритмией половой жизни и характерными для данной формы невротического расстройства астенией и вегетативными нарушениями.

У мужей больных, как показало их обследование, проявления сексуальной функции в основном соответствовали нормативным, но в связи с нерегулярностью половой жизни вследствие заболевания жены у 19±6% из них наблюдалось преждевременное семяизвержение, а у 47±4% были ослаблены адекватные эрекции.

Все женщины и их мужья испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Проведенный нами системно-структурный анализ сексуального здоровья супругов по его компонентам и составляющим позволил установить, что у всех женщин имело место стержневое поражение психической составляющей анатомио-физиологического компонента, обусловленное имеющимся у них невротическим расстройством; у их мужей также отмечалось поражение этой составляющей, связанное с личностной реакцией на заболевание

жены и супружескую дезадаптацию. У большинства женщин была нарушена и нейрогуморальная составляющая данного компонента как следствие задержки полового созревания в пубертатный период. Ослаблены были и другие компоненты и составляющие сексуального здоровья: информационно-оценочной составляющей социального компонента у обоих супругов — по причине низкого уровня осведомленности в области психогигиены половой жизни (у  $88 \pm 5\%$  супружеских пар); психологического компонента из-за внутриличностного конфликта у женщин и неприятия мужьями таких характерологических и личностных черт своих жен, как мнительность, чрезмерная озабоченность своим здоровьем, эмоциональная неустойчивость, а женами — фемининного поведения своих мужей; социально-психологический компонент сексуального здоровья был ослаблен в результате нарушения межличностных отношений супругов, их непродуктивной коммуникации. Нарушение этих компонентов сексуального здоровья, соответствовавшее 1–2-й степени, способствовало возникновению супружеской дезадаптации и усугубляло ее.

В формировании супружеской дезадаптации при нарушении сексуальной функции женщин, страдающих неврастенией, играли роль три фактора: вторичная сексуальная дисфункция у жены; психологическая дезадаптация супругов вследствие обусловленных неврастенией заострения характерологических черт, эмоциональной неустойчивости и раздражительной слабости больных; психосексуальная неудовлетворенность супругов и снижение у мужа полового влечения к жене.

При этом у всех супружеских пар имела место, как ясно по определению, приобретенная форма дезадаптации, в большинстве случаев ( $72 \pm 7\%$ ) достигавшая второй степени, при которой муж никогда не получал психосексуального удовлет-

ворения. У остальных супружеских пар развилась дезадаптация первой степени, когда мужчины в редких случаях испытывали психосексуальную удовлетворенность. Из разновидностей дезадаптации мы отметили у  $12 \pm 5\%$  супружеских пар псевдоадаптацию, когда женщины имитировали переживание оргазма при половом сношении, пытаясь создать видимость сексуальной гармонии.

Выявленные в результате проведенного исследования закономерности определили наш подход к терапии вторичной сексуальной дисфункции при неврастении у женщин и были положены в основу психокоррекции обусловленной ею супружеской дезадаптации. Проводимая психотерапия должна быть направлена прежде всего на излечение неврастения, однако при этом следует учитывать, что сама по себе ликвидация этого заболевания не приводит к полному восстановлению сексуальной функции женщин и тем более — адаптации супружеской пары. Для достижения этой цели должна проводиться система психотерапевтической коррекции, включающая воздействие на все патогенные факторы, принимающие участие в нарушении сексуального здоровья супругов.

Мы назначали больным женщинам общеукрепляющие, по показаниям — седативные средства, проводили рациональную и групповую психотерапию, сексуально-мотивационный тренинг, коммуникативный тренинг. Обоим супругам проводили рациональную психотерапию в форме парных (супружеских) занятий и сексуально-эротический тренинг, конечным результатом которого была выработка оптимальных форм сексуальных контактов.

Проведение разработанной системы психотерапии позволило достигнуть выздоровления больных неврастенией женщин, восстановления их сексуальной функции и гармонии супружеских отношений у всех супружеских пар.

#### Литература

1. Свядощ А. М. Женская сексопатология.— М.: Медицина, 1988.— 175 с.
2. Грачев Р. А. Нарушение сексуального здоровья при неврозах у женщин.— Донецк: Донеччина, 1997.— 198 с.
3. Сексопатология: Справочник.— М.: Медицина, 1990.— 575 с.
4. Рожановская З. В. К вопросу о половом влечении у женщин // Тр. Пермск. мед. ин-та.— Пермь, 1972.— Т. 107.— С. 37–43.
5. Айрапетянц М. Г., Вейн А. М. Неврозы в эксперименте и в клинике.— М.: Наука, 1982.— 278 с.
6. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Рер Se, 2002.— 879 с.

Поступила 05.12.2006