

Т. В. Кришталь, канд. мед. наук

Харьковская медицинская академия последипломного образования
(г. Харьков)

СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Неврастения представляет собой одну из наиболее распространенных форм невротических расстройств, причем, как свидетельствуют приводимые в литературе сведения, она весьма часто влечет за собой развитие сексуальной дисфункции у больных, а следовательно, и дезадаптацию половой жизни супружеской пары [1 — 4]. Чаще, нежели при других формах невротического расстройства, встречается при данном заболевании конституциональная форма сексуальной дисфункции. Это связано с тем известным фактом, что неврастения чаще возникает у лиц со слабым типом нервной системы. Наши клинические наблюдения пациенток с разными формами невротических расстройств, сопровождающихся вторичной сексуальной дисфункцией, показали, в частности, что больные неврастенией составляли среди них более 1/3.

М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейн [5] показали в эксперименте и в клинике, что сексуальные расстройства при неврастении связаны с характерной для этого заболевания астенизацией, повышенной нервной истощаемостью, раздражительной слабостью, эмоциональной лабильностью, расстройством сна. Следует отметить при этом, что сексуальные нарушения при неврастении изучены в основном у мужчин и в значительно меньшей степени — у женщин.

Проявления неврастении, как указывается в МКБ-10 (F48.0), существенно варьируют в условиях разных культур, но при этом имеются два основных типа заболевания, имеющие между собой много общего. При первом из них ведущими в картине заболевания являются повышенная утомляемость при умственной работе и связанные с ней снижение профессиональной продуктивности или ухудшение способности справляться с решением повседневных задач. Больные описывают проявления умственного утомления как возникновение неприятных отвлекающих ассоциаций или воспоминаний, затруднения при необходимости сосредоточиться и общую неэффективность мышления. При неврастении второго типа в клинической картине преобладают физическая слабость, истощение при малейшем усилии, сопровождающиеся мышечной болью, и при этом невозможность расслабиться.

Помимо описанных, при неврастении обоих типов наблюдаются и другие неприятные физические ощущения, в частности головокружение, головные боли напряжения и чувство общей неустойчивости. У многих больных отмечаются озабоченность в связи с умственным и физическим неблагополучием, раздражительность, ангедония, а также (как правило, в легкой форме) подавленное настроение и тревога. Часто нарушается сон (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, в том числе неврастенией, которая, несомненно, оказывает влияние и на характер развивающейся

ся при этом расстройстве дезадаптации супружеской пары [6]. В данной работе мы поставили перед собой цель изучить нарушение сексуального здоровья при неврастении — одной из наиболее часто встречающихся форм невротического расстройства у женщин.

Под нашим наблюдением были 40 женщин в возрасте от 25 до 45 лет, которые страдали неврастенией, сопровождающейся сексуальной дисфункцией, и их мужья. В каждой супружеской паре мужа входили в одну возрастную группу с женами.

У большинства находившихся под наблюдением больных ($75 \pm 7\%$) длительность заболевания не превышала одного года, у остальных имела затяжное течение — более двух лет.

В клинической картине невротического расстройства у всех наших пациенток была отмечена известная неврастеническая триада: астенизация, специфическая головная боль («каска неврастеника») и расстройство сна. Имелся у больных и ряд психопатологических синдромов, а именно астенодепрессивный, астено-ипохондрический, висцеровегетативные и нейроэндокринные синдромы.

Примерно одинаково часто мы наблюдали у своих пациенток три клинических варианта неврастении — гиперстенический, гипостенический и лабильный. Состояние гиперстении (отмеченное у $40 \pm 8\%$ больных) характеризовалось повышенной возбудимостью, раздражительностью, вспыльчивостью, аффективной неустойчивостью, тогда как у пациенток с гипостенией ($58 \pm 9\%$) имели место постоянное чувство усталости, разбитости, отсутствие бодрости, низкая работоспособность. При лабильном, наиболее редком, течении заболевания повышенная возбудимость сочеталась у больных с быстрой истощаемостью.

От клинического варианта неврастении в известной мере зависели и проявления имеющейся у женщин сексуальной дисфункции. При гипостеническом варианте у них было снижено половое влечение, иногда до степени алибидемии, ослаблены генитальные реакции, притуплен оргазм. Эти нарушения иногда были изолированными, но в большинстве случаев сочетались со снижением сексуальной активности и предприимчивости. У женщин с гиперстеническим вариантом заболевания наблюдалось очень быстрое наступление оргазма, причем он был притуплен. При лабильном течении неврастении отмечались и те, и другие сексуальные расстройства.

Сексологическое обследование находившихся под нашим наблюдением больных неврастенией женщин почти у половины ($45 \pm 9\%$) из них выявило те или иные нарушения полового созревания, в основном его ретардацию и асинхронии полового развития, в большинстве случаев сочетанные, обусловленные психогенными и социогенными факторами. Из девиаций психосексуального развития у $58 \pm 8\%$ женщин можно было отметить гиперфемининное полоролевое поведение. Чаще всего — у $70 \pm 7\%$ женщин — была слабая половая конституция, у остальных — средняя.

Имевшиеся у больных типы сексуальной мотивации и мотивы полового акта были дисгармонизирующими: наблюдался большей частью гомеостабилизирующий или шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, а мотивом полового акта были снятие сексуального напряжения, получение оргазма или выполнение супружеского долга. Следует отметить, однако, что при достаточно продолжительном течении неврастении сексуальная мотивация и мотивы полового акта больных могут существенно изменяться в сторону примитивизации. Дезактуализация сексуальной жизни у таких больных приводит к изменению стереотипа сексуального поведения, что еще более усугубляет супружескую дезадаптацию, так же как и наблюдающийся у пациенток примитивный тип сексуальной культуры.

Дезадаптирующим сексуальные отношения супругов фактором служило и то обстоятельство, что подавляющее большинство (80 ± 6 %) женщин принадлежали к пассивно-подчиняемому варианту психосексуального типа женщина-женщина, остальные — к типу женщина-дочь. В сочетании с психосексуальными типами их мужей, большинство которых принадлежали к тому же варианту типа мужчина-мужчина и к типу мужчина-сын, это также существенно усугубляло сексуальную дезадаптацию супружеской пары.

В целом, на основании полученных данных можно констатировать, что вторичная сексуальная дисфункция у страдающих неврастением женщин обусловливается дезактуализацией сексуальной сферы, связанной с этим дизритмией половой жизни и характерными для данной патологии астенией и вегетативными нарушениями.

Мужья всех больных женщин, как показало их обследование, испытывали психосексуальную неудовлетворенность и многие из них — 25 ± 7 % — сексуальную аверсию к своим женам. Психосексуальную неудовлетворенность испытывали и все женщины.

При проведении системно-структурного анализа сексуального здоровья супругов было установлено, что у всех страдающих неврастением женщин имело место стержневое (причинное) поражение психической составляющей биологического компонента, обусловленное невротическим расстройством; у их мужей также отмечалось поражение этой составляющей, связанное с наличием у них личностной реакции на заболевание жены и супружескую дезадаптацию. У большинства пациенток была нарушена и нейрогуморальная составляющая биологического компонента, как следствие задержки полового созревания в пубертатный период. Отмечалось и нарушение других компонентов и составляющих сексуального здоровья:

информационно-оценочной составляющей социального компонента у обоих супругов вследствие низкого уровня осведомленности в области психогигиены половой жизни (у 78 ± 7 % супружеских пар); психологического компонента из-за наличия внутрилличностного конфликта у женщин и неприятия мужьями их характерологических черт (мнительности, чрезмерной озабоченности своим здоровьем, эмоциональной неустойчивости) и женами — фемининного поведения своих мужей. Социально-психологический компонент был ослаблен в результате нарушения межличностных отношений супругов, их непродуктивной коммуникации. Нарушение этих компонентов сексуального здоровья способствовало возникновению супружеской дезадаптации и усугубляло ее.

Супружеская дезадаптация, обусловленная нарушением сексуальной функции женщин вследствие неврастения, у всех супружеских пар развивалась постепенно, но, как правило, не позднее чем в течение первого года заболевания жен.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать вывод, что в формировании супружеской дезадаптации при неврастении у женщин играют патогенетическую роль три основных фактора: сексуальная дисфункция у больных, психосексуальная неудовлетворенность и снижение полового влечения к жене у мужчин и социально-психологическая дезадаптация супругов вследствие обусловленных неврастением заострения характерологических черт, эмоциональной неустойчивости и раздражительной слабости больных. Отсюда следует необходимость комплексной системной психотерапевтической коррекции сексуального здоровья супружеской пары при данном страдании у жены с учетом личностных особенностей, состояния сексуальной функции и особенностей межличностного общения супругов.

Список литературы

1. Карвасарский Б. Д. Неврозы. — М.: Медицина, 1980. — 448 с.
2. Сексопатология: Справочник. — М.: Медицина, 1990. — 575 с.
3. Рожков В. С. Сексуальная дисфункция и дезадаптация при невротических и соматизированных расстройствах у мужчин. — Харьков: Основа, 2000. — 290 с.
4. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужа. — Харьков: Основа, 2001. — 271 с.
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.: Per Se, 2002. — 879 с.

Надійшла до редакції .2007 р.

Т. В. Кришталь

Сексуальна дезадаптація за неврастенії у жінок

Харківська медична академія післядипломної освіти

Розглянуто механізми формування сексуальної дисфункції у жінок, які хворіють на неврастенію, описано її перебіг та клінічні симптоми, а також клінічні результати обстеження чоловіків хворих. Викладено причинні, сприятливі та ті, що збільшують подружню дисгармонію патогенні соціальні, психологічні, соціально-психологічні та біологічні чинники. Зазначено необхідність проведення комплексної патогенетично спрямованої корекції дезадаптації подружжів за неврастенії у жінок.

T. V. Krishtal

Sexual disadaptation at the neurasthenia in women

Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)

The forming mechanisms of sexual dysfunction in women suffering from neurasthenia are discussed, the course and the clinical symptoms and patients husbands study results are described. The caused, predisposed and aggravated pathogenic social, psychological, social-psychological and biological factors are expounded. The necessity of complex systemic pathogenetically directed psychotherapeutic correction of spouses disadaptation at the neurasthenia in women is pointed out.