

**КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ**

УДК 616.17-009

*Р.А. Грачев***НАРУШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ИСТЕРИЧЕСКОМ НЕВРОЗЕ У ЖЕНЩИН**

Донецкая областная клиническая больница им. М.И.Калинина.

Ключевые слова: истерия, сексуальная дисгармония, психотерапия.

Истерический невроз развивается чаще всего в результате сексуальной психотравмы [1-3]. Однако он может возникнуть и при психотравме несексуального характера, но и в этих случаях при определенных условиях может вторично нарушаться психическая, вегетативная и нейрогуморальная регуляция сексуальной функции.

С целью выяснения причин и условий вторичного нарушения сексуальной функции женщин при истерическом неврозе нами были обследованы 43 супружеские пары.

Супруги были в возрасте от 26 до 45 лет и состояли в браке от 3 до 20 лет. Давность невроза составляла от нескольких месяцев до 3 лет, давность сексуальной дисгармонии - от одного года до 2 лет.

Всем супружеским парам было проведено всестороннее клиническое и клинико - психологическое обследование с помощью метода системно - структурного анализа [4].

Изучение преморбидных особенностей больных истерическим неврозом женщин показало наличие у них черт аффективной неустойчивости, высокой внушаемости и самовнушаемости, сенситивности, мимозности, повышенной ранимости и эгоцентризма. Личностные характеристики обследованных свидетельствуют в то же время о завышенной самооценке, стремлении к лидерству, высоком уровне притязаний и расхождении между высокой активностью и низкой степенью решительности, между понятиями идеального и реального ряда.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья при рассматриваемой патологии у женщин позволил установить стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента у женщин вследствие имеющегося у них невроза и нарушение этой составляющей у мужа в силу его личностной реакции на заболевание жены и сексуальную дисгармонию. Было выявлено также нарушение

социально-психологического компонента в результате межличностного конфликта супругов и ослабление информационно-оценочной составляющей социального компонента у большинства супругов, обусловленное низким уровнем их информированности в области психогигиены половой жизни. Примерно у 1/3 обследованных больных выявляется также нарушение нейрогуморальной составляющей анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья как следствие задержки полового развития в пубертатный период.

Из данных системно-структурного анализа становится ясной сексуально-эротическая и сексуально-поведенческая дезадаптация, характерная для супружеских пар с дисгармонией, развившейся вследствие сексуальной дисфункции у страдающих истерическим неврозом женщин.

Наиболее частыми психосексуальными типами среди обследованных нами больных были тип женщина-дочь и агрессивный вариант типа женщина-женщина (а среди их мужей - агрессивный вариант типа мужчина - мужчина, реже - мужчина -отец).

Сексуальная дисфункция наших пациенток, страдающих истерическим неврозом, чаще всего проявлялась в виде сексуальной гипестезии и гипо- или аноргазмии. Указанные нарушения иногда были изолированными, но чаще сочетанными. При этом у больных отмечались склонность обвинять в неудаче полового акта супруга, тенденция к театральности поведения с демонстрацией повышенной страстности. Иногда в целях компенсации своей сексуальной несостоятельности женщины прибегали к неадекватному расширению диапазона приемлемости, вплоть до перверсий, а в некоторых случаях, напротив, отказывались от половых сношений.

Расстройство сексуальной функции в подавляющем большинстве случаев возникало у больных со слабой и ослабленной средней половой

конституцией ( $89\pm 6\%$ ).

Развитие сексуальной дисгармонии супружеской пары, обусловленное сексуальной дисфункцией у жены вследствие истерического невроза, чаще носило подострый характер и обнаруживало тенденцию к волнообразному течению, зависящему от эмоционального состояния супругов и внешних условий. В генезе сексуальной дисгармонии при этой форме невроза важную роль играл, помимо сексуальной дисфункции, низкий уровень социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации супругов, что обуславливалось как клиническими проявлениями истерического невроза, так и преморбидными особенностями больных.

В целом результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что нарушение сексуального здоровья при истерическом неврозе связано с расстройством вегетативной и психической регуляции сексуальной функции, приводящим к нейродинамическим изменениям, и с нарушением межличностных отношений супругов. Патопластическими факторами сексуальной дисгармонии служат весьма часто встречающиеся у больных истерическим неврозом асинхронии сексуального развития и слабый тип половой конституции.

Выбор тех или иных форм и методов психотерапии и конкретное содержание психотерапевтических занятий с больными истерическим неврозом должен рационально сочетаться с лечением невроза, с учетом причин и условий его развития, клинической формы и конкретных проявлений, личностных особенностей больной, уровня психологической и социально-психологической адаптации супругов и их ин-

формированности в области психогигиены половой жизни.

У женщин, страдающих истерическим неврозом, психотерапевтическая коррекция заключается в нормализации эмоционального статуса, нивелировании повышенной самовнушаемости, эгоистических и эгоцентрических тенденций.

Психотерапевтическая коррекция должна быть направлена на выработку адекватного реагирования на психотравмирующую ситуацию, умение адекватно разрешать конфликты и обучение правильным формам поведения. Решение этих задач достигается с помощью рациональной, групповой психотерапии, гипносуггестии.

С целью ликвидации личностной реакции больных на свое сексуальное расстройство и выработку адекватных форм реагирования мы проводим также психотерапевтическую коррекцию в форме личностно-ориентированной (реконструктивной) и персоналистической психотерапии, групповые, индивидуальные лечебные занятия с применением гипносуггестии, при необходимости проводим наркопсихотерапию. Эти психотерапевтические мероприятия сочетаются с адекватными методами биологического лечения - назначением транквилизаторов, седативных, общеукрепляющих, стимулирующих средств, иглорефлексотерапии, гидро- и электротерапии, лечебной физкультуры и т. п.

В результате проведенного комплексного лечения высокий терапевтический эффект (полное восстановление сексуальной гармонии супругов и значительное улучшение) был достигнут у подавляющего большинства супружеских пар -  $91\pm 8\%$ .

## Литература

1. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. - М.: Медицина, 1971. - 456с.
2. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. - Алма-Ата: Казахстан, 1985. - 271с.
3. Рожановская З.В. Психотерапия половой

неудовлетворенности у женщин // Диагностика и лечение сексуальных расстройств: Тез. докл. конф. - Харьков, 1983. - С.35.

4. Кришталь В.В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. 1-й всеос. конф. сексопатологов. -М., 1986. - С.7-8.

Поступила в редакцию 9.03.98г.