

УДК 618.17-009

*Р.А. Грачев***ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН**

Донецкая областная клиническая больница им. М.И. Калинина

Ключевые слова: неврастения, сексуальная дисгармония, психотерапия.

Нарушение сексуального здоровья может обуславливаться не только первичной, но и вторичной сексуальной дисфункцией у женщин, в частности, развивающейся вследствие имеющейся у них неврастении. Механизмом развития в таких случаях сексуальной дисгармонии супружеской пары является дезактуализация сексуальной функции у жены, снижение ее значимости вследствие психотравмирующих обстоятельств несексуального характера либо гиперактуализация сексуальной дисфункции [1,2].

При дезактуализации сексуальной функции отмечаются сексуальная абстиненция и постабстинентные расстройства, обусловленные уменьшением значимости секса. Они проявляются в ослаблении либидо, снижении эрогенной реактивности, сексуальной активности и предприимчивости, в притуплении сексуальных ощущений, стертости оргазма. Возникающие в органах малого таза застойные явления сопровождаются дискомфортными ощущениями в области гениталий.

Конфликтные ситуации между супругами, возникающие при дезактуализации сексуальной функции у жены, могут стать причиной снижения уровня их психологической, социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации и приводить к неправильной интерпретации супругами своих сексуальных проявлений с тенденцией к гипернозогнозии.

Механизмы развития сексуальной дисфункции у женщин, страдающих неврастением, связаны с нарушением психической и нейрогуморальной регуляции половой функции в результате невротического процесса. При этом определенную роль в развитии сексуальной дисфункции могут играть такие предрасполагающие факторы, как слабая половая конституция, преморбидные особенности больных и неблагоприятные межличностные отношения супругов.

Под нашим наблюдением была 51 супружеская пара, в которой жена страдала неврастением, сопровождающейся сексуальной дисфункцией. Супруги были в возрасте от 21 до 45 лет и

состояли в браке от одного года до 16 лет. Давность неврастении составляла от нескольких месяцев до 5 лет.

Все супруги были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [3].

Развитие дисгармонии у обследованных супругов, как правило, носило постепенный характер. У абсолютного большинства супружеских пар признаки сексуальной дисгармонии появились в течение первого года заболевания жены. В формировании сексуальной дисгармонии в подобных случаях главную роль играют три основных механизма: дезактуализация сексуального поведения женщины, сексуальная дисфункция, возникшая у нее вследствие расстройства психической, вегетативной и нейрогуморальной регуляции сексуальной функции, и социально-психологическая дезадаптация супругов.

Нарушение сексуальной функции у больных неврастением обнаруживало известную зависимость от клинических вариантов последней. При гипостеническом варианте неврастении чаще отмечалось снижение полового влечения, вплоть до алибидемии, ослабление сексуальных ощущений и гипооргазмия. Эти нарушения в некоторых случаях были изолированными, но чаще носили сочетанный характер и сопровождались снижением сексуальной активности и предприимчивости. У женщин, страдавших гиперстеническим вариантом неврастении, наряду со снижением либидо наблюдались легкая возбудимость и быстрое наступление, но притупление оргазма. У мужей больных в большинстве случаев имели место снижение полового желания и стертость оргазма, обычно также сочетавшиеся, преждевременное семяизвержение, обусловленное длительными фрустрациями; нередко были и связанные с этим внебрачные половые связи.

Специальное сексологическое обследование наших пациенток показало, что сексуальная дисфункция, обусловленная неврастением, возникала преимущественно у лиц со слабым и сред-

ним типом половой конституции. Как выяснилось при анализе данных, полученных по опроснику СФЖ [4], у подавляющего большинства больных снижалось настроение как перед половым сношением, так и после него. У большей части женщин отмечалось снижение сексуальной предприимчивости вследствие дезактуализации сексуальной функции. Редкие половые акты проводились в основном по настоянию супруга. В то же время, судя по данным СФМ, у большинства мужчин в таких случаях изменялось отношение к половой близости, снижалась сексуальная предприимчивость и активность, ухудшалось настроение после полового сношения.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья, проведенный у супружеских пар с дисгармонией, в которых жены страдали неврастением, показал, что у них во всех случаях имело место нарушение психологического компонента и стержневое поражение анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья, прежде всего его психической составляющей, что связано с невротическим процессом у женщин и личностной реакцией их мужей на заболевание жен и сексуальную дисгармонию. У большинства женщин ( $54 \pm 6\%$ ) была нарушена также нейрогуморальная составляющая анатомо-физиологического компонента в результате задержки полового развития в пубертатный период. Кроме того, у половины больных оказалась нарушенной информационно-оценочная составляющая социального компонента вследствие низкого уровня информированности в области психогигиены половой жизни и у двух третей супругов - социально-психологического компонента в результате межличностного конфликта. У всех супругов отмечались сексуально-эротическая дезадаптация, сужение диапазона приемлемости, резкое сокращение продолжительности предварительного периода полового акта, что усугубляло сексуальную дисгармонию супружеской пары.

Анализ преморбидных особенностей женщин, страдающих неврастением, показал, что для большинства из них характерны астенические проявления, мнительность и эмоциональная неустойчивость. Личностные характеристики этих больных свидетельствуют о наличии у них неадекватно заниженной самооценки при высоком уровне притязаний и значительном расхождении между понятиями идеального и реального ряда.

Таким образом, в развитии сексуальной дисгармонии супружеской пары, обусловленном

вторичным сексуальным расстройством при неврастении у жены, главную роль играют дезактуализация сексуальной функции, нарушение психической регуляции сексуальной функции, а также снижение уровня психологической, социально-психологической и сексуально-эротической адаптации супругов. Вместе с тем большое значение в возникновении дисгармонии имеют такие предрасполагающие и усугубляющие ее факторы, как задержка и дисгармоничность полового развития в пубертатный период и слабая половая конституция, которые могут способствовать возникновению сексуальной дисфункции.

Коррекция нарушения сексуального здоровья при неврастении у женщин должна включать, с одной стороны, лечение невроза, проводимое принятыми в клинике неврозов методами, и, с другой - психотерапевтическую коррекцию сексуальной дисгармонии супружеской пары.

У больных неврастением психотерапевтические мероприятия должны быть направлены, в частности, на нормализацию эмоционального состояния. При гиперстенической форме этого невроза особое значение приобретает борьба с повышенной раздражительностью больных и их склонностью к аффективным реакциям, при гипостенической форме - повышение общего и психологического тонуса пациенток.

Особый раздел психотерапевтической коррекции представляет когнитивная психотерапия, проводимая в тех случаях, когда вторичная сексуальная дисфункция у больных неврозом связана с неправильной оценкой ими своих сексуальных проявлений из-за отсутствия достаточных знаний о норме, физиологических колебаниях и патологии сексуальной функции. Это определяет основную задачу психотерапии в таких случаях - повышение осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни.

Психотерапевтическая коррекция при этом осуществляется в три этапа.

На первом этапе проводится анализ причин и условий возникновения вторичной сексуальной дисфункции и связанной с ней супружеской дисгармонии. Супругам разъясняются нормы сексуальной функции, ее физиологические колебания и критерии нормальных проявлений. Объясняется влияние на сексуальные проявления таких факторов, как сексуальная настроенность, эмоциональное отношение к партнеру, необходимость правильного проведения предварительного периода полового акта, выбора оптимальной техники полового акта и адекватно-

го проведения его заключительного периода. Разъясняются возрастные особенности сексуальных отклонений и влияние на сексуальную функцию общего состояния каждого из супругов, различных психологических факторов, лекарственных веществ и т. д. Этот первый этап психотерапевтической коррекции проводится главным образом в форме занятий с группой супружеских пар. Он подготавливает супругов к следующему психотерапевтическому этапу - формированию правильных оценочных установок в отношении своих сексуальных проявлений.

Формирование здоровых установок на втором этапе проводится путем коррекции имевшихся ранее ошибочных оценочных тенденций в целях повышения уровня взаимной адаптации супругов. Этот этап психотерапевтической коррекции складывается из нескольких психотерапевтических занятий, проводимых индивидуально или в группе.

Заключительный этап психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии при дезинформации супругов в области психогигиены

половой жизни имеет целью, как обычно, закрепление результатов, достигнутых на предыдущих этапах. При этом проводится анализ эффективности проведенной коррекции и ее психотерапевтическое потенцирование. Указанный этап осуществляется в форме индивидуальных бесед с каждым из супругов и совместных собеседований с отдельными супружескими парами или группой супружеских пар, с которыми была проведена курсовая психотерапевтическая коррекция.

Из физиотерапевтических процедур можно рекомендовать назначение углекислых, кислородных, жемчужных, контрастных или радоновых ванн, а также веерного, циркулярного, сегментарного и восходящего душа.

В результате проведенной комплексной коррекции полное восстановление сексуальной гармонии и значительное улучшение было достигнуто у  $78 \pm 13\%$  супружеских пар, у остальных удалось добиться лишь частичной коррекции, что было связано с недостаточной нормализацией межличностных отношений.

## Литература

1. Васильченко Г.С. Психическая составляющая копулятивного цикла и ее патология // Частная сексопатология. Т. 2. - М.: Медицина, 1983. - С. 3-5.
2. Кришталь В.В. Сексология. Т. 2. Клиническая сексология. Часть первая. Общая сексопатология. - Харьков. 1977. - 272 с.
3. 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.

4. Васильченко Г.С., Нохуров А., Ботнева И.Л. Первичное обследование мужчин, страдающих половым расстройством: Метод, рекомендации. - М. 1975. - 43с.

Поступила в редакцию 9.03.98г.