

# НАРУШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА И СЛЕДСТВИЕ НЕВРОТИЧЕСКИХ, СОМАТИЗИРОВАННОГО И АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

СЕКСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ЖІНОК ЯК ПРИЧИНА І НАСЛІДОК НЕВРОТИЧНИХ,  
СОМАТИЗОВАНОГО ТА АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ

Т. В. КРИШТАЛЬ

*Харьковский областной психоневрологический диспансер*

**Освещены закономерности формирования сексуальной дисфункции у женщин при разных формах невротических расстройств. Выявлены причины и механизмы развития первичных и вторичных нарушений сексуальной функции женщин и их взаимосвязь с клиническими формами невротического, соматизированного, аффективного расстройств.**

*Ключевые слова:* первичная, вторичная сексуальная дисфункция, невротические, соматизированное, аффективные расстройства у женщин.

**Висвітлено закономірності формування сексуальної дисфункції у жінок за різних форм невротичних, соматизованого та афективних розладів. Виявлено причини і механізми розвитку первинних і вторинних порушень сексуальної функції жінок і їх взаємозв'язок із клінічними формами невротичного, соматизованого, афективного розладів.**

*Ключові слова:* первинна, вторинна сексуальна дисфункція, невротичні, соматизований, афективні розлади у жінок.

Сексуальные нарушения очень часто имеют невротическую природу: по разным данным они наблюдаются у 61–85% больных разными формами невротического расстройства [1–3].

В соответствии с современными воззрениями, невротические, соматизированное и аффективные расстройства представляют собой группу психогенных функциональных психических заболеваний с тенденцией к затяжному течению, клиника которых, в зависимости от формы расстройства, характеризуется симптомами астении, демонстративности, депрессии, ипохондрии, навязчивости, временным снижением умственной и физической работоспособности.

В основе невротических и других подобных расстройств лежит психотравма, которая может быть осознаваемой или неосознаваемой, но с которой четко связано начало заболевания. Психотравмирующими могут быть разнообразные факторы, но наиболее часто встречаются такие, как семейные конфликты, обусловленные супружеской дезадаптацией, уход из семьи одного из супругов и т. п.; ситуации, вызывающие аффект страха, создающие угрозу для жизни или благополучия личности — дорожно-транспортные или другие катастрофы, внезапное нападение и т. п.; потеря родных, известие о смерти близкого человека;

разнообразные служебные конфликты, вообще события, ведущие к возникновению неразрешимого для человека конфликта, т. е. к сосуществованию у него противоречивых стремлений, неудовлетворенные потребности и многое другое. При этом патогенными могут оказаться как сверхсильные, так и слабые, но многократно действующие психотравмирующие раздражители.

Таким образом, психогенным фактором во всех случаях служит внутриличностный или межличностный конфликт. Однако развитие невротических, соматизированного и аффективных расстройств зависит не столько от характера и содержания психотравмирующей ситуации, сколько от значимости ее для личности и умения правильно реагировать на нее, конструктивно разрешать возникающие конфликтные ситуации.

В современной психиатрии все большее признание получает концепция полифакторной этиологии невротических и других подобных расстройств, а именно признание того факта, что они формируются при участии и взаимодействии социогенных, негативных психологических и биологических (соматогенных) механизмов. Наиболее значимые социогенные факторы — микросоциальные условия: неправильное воспитание (например, развитию неврастении может способствовать

воспитание в условиях повышенной моральной ответственности), воспитание вне семьи или в неполной семье, а также упомянутые выше семейные конфликты.

Из негативных психологических факторов, приводящих к развитию невротического расстройства или предрасполагающих к нему, можно назвать такие черты личности, как ранимость, мнительность, боязливость, чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья, тщеславие, а также явно выраженные акцентуации характера. Эти черты, способствующие возникновению расстройства, но не достигающие степени патологии, определяют как «клинический радикал личности». Соматогенными могут быть наследственные и конституциональные факторы. Как свидетельствуют данные литературы, наследственная отягощенность весьма часто наблюдается у больных невротическими расстройствами — в 1/3–1/4 случаев, нередко отмечается и их связь с конституцией [4, 5 и др.].

Как было установлено в ряде исследований, эмоциональные нарушения, обуславливающие развитие стресса, приводят к активизации восходящих и нисходящих систем и формированию синдрома дезинтеграции деятельности мозга, что, наряду с другими нарушениями, влечет за собой и развитие сексуальной дисфункции [6]. Патогенетическую роль при этом, помимо нарушения механизмов центральной нервной регуляции сексуальной функции, обусловленного невротическим процессом, играют и такие компоненты невротического расстройства, как астения, фобии и т. п. Возникновение сексуальной дисфункции связано также со свойственными этой патологии повышенной истощаемостью, раздражительной слабостью, аффективной неустойчивостью больных, диссомнией и т. п. Помимо указанных механизмов нарушения сексуального здоровья при невротических, соматизированном и аффективных расстройствах, в литературе имеются сведения о факторах, предрасполагающих к формированию сексуальной дисфункции, способствующих ему и усугубляющих течение сексуальных расстройств при рассматриваемой патологии [7].

Сексуальные нарушения, сопровождающие рассматриваемое расстройство, как мы видим, привлекали внимание исследователей, однако соотношение первичной и вторичной сексуальной дисфункции у больных при этом страдании, в частности у женщин, остается неизученным, что, естественно, снижает эффективность коррекции.

Задачей настоящего исследования было изучение закономерностей развития первичной и вторичной сексуальной дисфункции у женщин, страдающих невротическим, соматизированным и аффективными расстройствами. С этой целью

нами было проведено системное обследование 200 супружеских пар, в которых у жены имело место невротическое, соматизированное или аффективное расстройство, сопровождавшееся дисфункцией.

Женщины были в возрасте от 21 года до 45 лет и состояли в браке от года до 19 лет.

При изучении причинно-следственных связей наблюдавшихся у наших пациенток невротических и сексуальных расстройств были выявлены два варианта последних. При первом варианте, наблюдавшемся у 100 больных, у них имелась первичная сексуальная дисфункция, явившаяся сексуальной психотравмой, которая привела к невротическому расстройству; при втором варианте (также 100 человек) невротическое, соматизированное и аффективное расстройства, вызванные несексуальной психотравмой (производственного или семейного характера), привели к формированию вторичной сексуальной дисфункции.

С целью большей доказательности получаемых данных было отобрано не только одинаковое количество женщин с первичной и вторичной сексуальной дисфункцией (по 100 человек), но и число больных с одинаковыми формами невротических, соматизированного и аффективных расстройств в каждой из этих групп обследуемых.

Формы первичной сексуальной дисфункции и их клинические проявления охарактеризованы в табл. 1.

Каждая из представленных форм сексуальной дисфункции имеет свои причины, механизмы развития и, как видно из данных таблицы, своеобразные клинические проявления.

Паторефлекторная форма сексуальной дисфункции, занимавшая первое место по частоте у наших пациенток, была обусловлена ситуационными моментами, которые привели к неудачному половому акту с его последующей патологической фиксацией. Сексуальное расстройство возникало у больных внезапно, и они уверенно называли дату заболевания. Чаще всего оно начиналось изолированным исчезновением оргазма, к которому в дальнейшем присоединялось отсутствие генитальных реакций (любрикации). Причина, вызвавшая фиаско при половом акте, обычно действовала весьма кратковременно (громкий стук, внезапное появление постороннего человека и т. п.), однако впоследствии в результате закрепления неудачи по механизму невротической фиксации, все половые акты протекали неудачно, и по мере увеличения числа таких неудач патологическая связь закреплялась.

Абстинентная форма сексуальной дисфункции развивалась вследствие длительного вынужденного полового воздержания большей частью у женщин,

Таблица 1

**Клиническая характеристика первичной сексуальной дисфункции  
у обследованных женщин**

Форма дисфункции	Тип сексуальной дисфункции		
	снижение полового влечения	отсутствие генитальных реакций	оргазмическая дисфункция
Паторефлекторная, $n = 30$	—	$70 \pm 9$	100—3
Абстинентная, $n = 16$	100—6	$43 \pm 13$	100—6
Директорская болезнь, $n = 22$	100—5	$75 \pm 9$	100—5
Коитофобия, $n = 12$	$42 \pm 15$	100—8	100—8
Невроз ожидания сексуальной неудачи, $n = 20$	$10 \pm 7$	100—5	100—5
Всего, $n = 100$	$45 \pm 5$	$77 \pm 4$	100

Примечание. Данные в %. То же в табл. 2 и 3.

ранее живших регулярной половой жизнью, но также и при частом повторении кратковременных периодов воздержания. Патогенетическим механизмом развития этой формы сексуальной дисфункции была, таким образом, детренированность сексуальной функции, которая привела к ее угасанию. Абстинентная форма сексуальной дисфункции чаще всего возникала у женщин со слабой или ослабленной средней половой конституцией. У всех пациенток при этом наблюдалась гиполибидемия и orgasmическая дисфункция, почти у половины отсутствовали генитальные реакции.

Директорская болезнь, иначе эргопатическая форма сексуальной дисфункции, была обусловлена неумением женщин отдыхать, гармонично сочетать труд с отдыхом. У этих женщин, полностью поглощенных своей работой, карьерой и все меньше времени и внимания уделяющих мужу и сексуальному общению, сексуальная функция постепенно снижалась, ослабевала и происходила сублимация — переход сексуальной энергии в другую форму. Сексуальная сфера постепенно дезактуализировалась, оттеснялась на задний план сексуально-эротическая мотивация поведения. У всех женщин развивались гиполибидемия и orgasmическая дисфункция, естественно, снижались сексуальная активность и сексуальная предприимчивость. Один из механизмов развития данной формы сексуальной дисфункции заключается в нарушении биоритмического статуса организма, правильной смены сна и бодрствования, а следовательно, и связанного с этими процессами физиологического обеспечения функций организма, в том числе сексуальной функции, существенную роль играет также механизм сексуальной абстиненции.

Эргопатическая форма первичного сексуально-

го расстройства, как и другие его формы, чаще всего возникает у лиц с задержанным сомато- и психосексуальным развитием, с ослабленной половой конституцией. Полоролевое поведение женщин обычно маскулинное. Информированность в области секса в большинстве случаев недостаточная. Тип сексуальной мотивации — гомеостабилизирующий или шаблонно-регламентированный, мотив полового акта — снятие полового напряжения. Тип сексуальной культуры, как правило, примитивный. Все это способствует развитию и усугубляет течение директорской болезни.

Сексуальный фобический невроз, наблюдавшийся у наших пациенток в форме коитофобии, заключался в переживании навязчивого непреодолимого страха потерпеть фиаско при половом акте, не достигнув оргазма. В остальных сферах жизни и деятельности женщины были полностью адаптированы. Коитофобия чрезвычайно мучительно переносилась больными из-за двойственного отношения к ней — переживания страха при понимании его необоснованности. Характерным признаком данной формы сексуальной дисфункции было наличие критики и борьба с фобией, хотя во время острого приступа болезни женщины часто считали ощущаемую ими опасность вполне реальной. У всех больных коитофобией отсутствовали генитальные реакции и оргазм, у многих было снижено половое влечение.

Невроз ожидания сексуальной неудачи возникал у женщин с тревожно-мнительными чертами характера при невротической фиксации неудачи в половом акте. При сексуальном контакте они с тревогой ждали наступления оргазма, что препятствовало его достижению, и, таким образом, невротическая фиксация неудачи еще более закреплялась. У всех женщин с данной формой сексуальной дисфункции отсутствовали, помимо

**Зависимость формы невротического, соматизированного и аффективного расстройств от первичной сексуальной дисфункции у женщин**

Форма сексуальной дисфункции	Форма расстройства						
	неврастения, n = 14	навязчивые мысли, n = 20	специфические фобии, n = 12	кратковременная депрессивная реакция, n = 28	продолжительная депрессивная реакция, n = 4	ипохондрическое расстройство, n = 17	соматизированное расстройство, n = 5
Паторефлекторная	13±6	—	—	30±9	10±6	40±9	7±5
Абстинентная	50±13	—	—	50±13	—	—	—
Директорская болезнь	—	18±8	—	50±11	5±5	14±8	14±8
Коитофобия	—	—	100-8	—	—	—	—
Невроз ожидания неудачи	10±7	80±9	—	—	—	10±7	—

оргазма, генитальные реакции, но половое влечение в основном было сохранно, лишь изредка снижено.

Таким образом, основным проявлением первичной сексуальной дисфункции, наблюдающейся при всех ее формах и у всех женщин, была оргазмическая дисфункция.

Проведенный нами системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим показал, что причиной его нарушения явилось стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента при паторефлекторной форме сексуальной дисфункции, коитофобии и неврозе ожидания сексуальной неудачи, сочетанное стержневое поражение психической и генитальной составляющих этого компонента при абстинентной форме, психической его составляющей и психологического компонента — при директорской болезни. Причинами поражения психической составляющей анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья были при паторефлекторной форме дисфункции — выработка патологического условного рефлекса, при абстинентной форме — угасание условных половых рефлексов и детренированность сексуальной функции, при директорской болезни — гиперфатигация, при фобическом сексуальном неврозе — имеющиеся у больных фобии, при неврозе ожидания — неудачный половой акт.

Результаты наших исследований, представленные в табл. 2, свидетельствуют о том, что существует определенная зависимость между формой первичной сексуальной дисфункции и формой развившегося у женщин невротического, соматизированного и формой аффективного расстройства. Так, к неврастении чаще всего приводит абстинентная форма сексуальной дисфункции, директорская болезнь, к развитию специфических

фобий — только коитофобия, к кратковременной депрессивной реакции — абстинентная и эргопатическая формы сексуальной дисфункции, к ипохондрическому расстройству — паторефлекторная, а к соматизированному расстройству — чаще директорская болезнь.

Вторичная сексуальная дисфункция у обследованных женщин, как указывалось выше, была обусловлена имеющимся у них невротическим расстройством, возникшим в результате несексуальной психотравмы. Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невротического, соматизированного и аффективного расстройств под воздействием конфликтных ситуаций служило для больных дополнительной психической травмой, отягощая клиническую картину заболевания и способствуя его затяжному течению. Наиболее значимыми факторами, предрасполагавшими к развитию сексуальных расстройств у наших пациенток, были слабая половая конституция; заболевания, нарушающие нейрогуморальную регуляцию сексуальной функции; личностные особенности (акцентуации характера, недостаточный личный опыт и объем информации о сексуальных проявлениях); дисгармоничные межличностные отношения в браке.

Вторичные сексуальные расстройства обычно возникали через 3–4 мес после появления выраженных общевневрологических симптомов. Если в первые месяцы развития невротического процесса у женщин отмечались дезактуализация сексуальной жизни, проявляющаяся снижением либидо, эмоциональной удовлетворенности половым актом и урежением попыток интимной близости в связи с оттеснением сексуальных интересов невротическими переживаниями, то по миновании указанного периода больные начинали осознавать факт нарушения сексуальной функции, что вызывало у них нарастание беспо-

Таблица 3

**Зависимость типа вторичной сексуальной дисфункции у женщин от формы невротического, соматизированного и аффективного расстройства**

Форма расстройства	Тип сексуальной дисфункции		
	снижение полового влечения	отсутствие генитальных реакций	оргазмическая дисфункция
Неврастения, $n = 14$	57±14	71±13	100–7
Навязчивые мысли, $n = 20$	35±11	70±10	100–5
Специфические фобии, $n = 12$	42 ±15	100–8	100–8
Кратковременная депрессивная реакция, $n = 28$	29±9	39±9	100–4
Пролонгированная депрессивная реакция, $n = 4$	100–25	100–25	100–25
Ипохондрическое расстройство, $n = 17$	41±12	76±10	100–6
Соматизированное расстройство, $n = 5$	40±24	60±24	100–20
Всего, $n = 100$	41±5	67±5	100

койства и озабоченности уже сексуальными проблемами. Подобная реактуализация сексуальной сферы сопровождалась ипохондрической фиксацией на сексуальных проявлениях. Происходило смещение акцента переживаний в сферу интимно-личностных отношений, и сексуальное расстройство постепенно становилось уже не вторичной, а основной болезнью, особенно тягостной, если снижение сексуальной активности больной вызвало неудовлетворенность и упреки мужа.

Сексуальная дисфункция, как видно из данных табл. 3, наблюдалась при всех формах невротического расстройства, при соматизированном и аффективных расстройствах, причем наиболее частым ее типом, как и при первичных сексуальных нарушениях, была orgasmическая дисфункция: она наблюдалась у всех и при всех формах невротического расстройства. Особенно характерными были сексуальные нарушения для больных с затяжным (более года) течением заболевания, сопровождающегося стойкими общевневротическими проявлениями, выраженной депрессивной, obsessивной или ипохондрической симптоматикой, отрывом клинической картины от психотравмирующих переживаний и резистентностью к проводимой терапии.

Наиболее отчетливо подобная динамика развития сексуальных расстройств прослеживалась у больных неврастенией, а при других формах невротического расстройства она имела ряд особенностей. В частности, при соматизированном расстройстве, в клинической картине которого происходила быстрая трансформация психических переживаний в сомато-вегетативные нарушения, имел место известный феномен «условной прият-

ности болезни», когда больная с демонстративными чертами личности перекладывала ответственность за развитие кризисной ситуации на других лиц. В результате эгоцентрических установок сексуальные отношения этих женщин были ориентированы на удовлетворение преимущественно собственных потребностей, а любые проявления сексуальной неудовлетворенности мужей они, как правило, игнорировали и соответственно эти проявления редко выступали для них в качестве психической травмы.

При навязчивых мыслях вероятность вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину этого невротического расстройства зависела от глубины и выраженности ипохондрических переживаний в структуре навязчивости. На первых этапах болезни в ситуации интимной близости внимание женщин отвлекалось от болезненных переживаний и сексуальные отношения практически не страдали. Однако со временем происходила дезавтоматизация сексуальных стереотипов, прогрессирующая невротическая фиксация на своей сексуальной несостоятельности и формирование симптомокомплекса ожидания неудачи. При этом позиция «активного участника интимных отношений трансформируется в позицию «постороннего наблюдателя» и сопровождается оживлением патогенных моделей из прошлого опыта (сексуальные комплексы, неудача сексуального дебюта, ситуационно обусловленное фиаско).

Вторичная сексуальная дисфункция у женщин приводит к формированию вторичной (приобретенной) супружеской дезадаптации, в которой обязательно звучит и первичная невротическая симптоматика.

Проведенный нами анализ данных, представленных в табл. 3, позволил также выявить зависимость типа вторичной сексуальной дисфункции от имеющихся у женщин форм невротического, аффективного и соматизированного расстройства.

Как мы видим, для вторичной, как и для первичной сексуальной дисфункции, характерно прежде всего отсутствие оргазма у женщин, наблюдающееся у всех больных со всеми формами расстройств. У всех женщин со специфическими фобиями и пролонгированной депрессивной реакцией оргазмическая дисфункция сочетается с отсутствием генитальных реакций, а у последних — и со снижением полового влечения. При остальных формах невротического расстройства — неврастении, навязчивых мыслях, ипохондрическом и соматизированном расстройствах, кратковременной депрессивной реакции — отсутствие генитальных реакций и особенно гиполибидемия встречались реже.

В целом результаты проведенного исследования приводят к заключению, что сексуальная дисфункция у женщин может быть как причиной, так и следствием невротического, соматизированного и аффективного расстройств. При этом первичная сексуальная дисфункция, как правило, приводит к формированию этих расстройств, которые в свою очередь усугубляют течение сексуальных нарушений. Вторичная сексуальная дисфункция

развивается как следствие указанных расстройств при наличии предрасполагающих к ней тех же факторов, что и при первичной дисфункции — слабой половой конституции, нарушении нейрогуморальной регуляции сексуальной функции женщин и неспособность мужа реадaptировать свое поведение к изменившемуся сексуальному поведению жены.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Святоц А. М.* Женская психопатология.— СПб.: Питер, 2001.— 286 с.
2. *Ботнева И. Л.* Половая холодность.— БМЭ. 3-е изд.— Т. 20.— С. 205–206.
3. Сексопатология: Справочник.— М.: Медицина, 1990.— 575 с.
4. *Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С.* Функциональная женская сексопатология.— Алма-Ата: Казахстан, 1985.— 271 с.
5. *Рожановская З. В.* Психотерапия сексуальных нарушений у женщин: Руков. по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова.— Ташкент: Медицина, 1995.— С. 524–538.
6. *Агарков С. Т.* Супружеская дезадаптация.— М.: УРСС, 2004.— 256 с.
7. *Щеглов Л. М.* Неврозы и сексуальные расстройства.— СПб.: КультИнформПресс, 1996.— 237 с.

*Поступила 26.07.2006*