

УДК 616.89–008.442.4: (618.177–06: 618.12–002–036.1) Канд. мед. наук Л. А. ГЕРАСИМЕНКО

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО, СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ПРИ НЕВРАСТЕНИИ У ЖЕНЩИН

Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава

Изучены особенности психосексуального и соматосексуального развития, мотивационной деятельности при неврастении у женщин. Исследовано становление сексуальности, определена роль соматогенных, психогенных и социогенных факторов в психо- и соматосексуальном развитии при изучаемом типе расстройства.

Ключевые слова: неврастения, психосексуальное, соматосексуальное развитие, девиации психосексуального развития, мотив, мотивация.

Неврастения, или нервное истощение, нервное переутомление, неврастенический синдром, — психогенное заболевание из группы неврозов, основные проявления которого: состояние раздражительной слабости, повышение истощаемости, замедленность восстановления психических процессов. Сегодня, наверное, трудно найти человека, которому удалось бы избежать стрессов, чрезмерного нервного перенапряжения, эмоционального срыва, бессонницы [1]. Согласно МКБ-10 неврастения относится к рубрике F48 (F48.0) «Другие невротические расстройства» [2]. Неврастения по DSM-IV относится к кластеру С (тревожное, паническое расстройство).

Неврастения возникает обычно при сочетании психической травмы с чрезмерно напряженной работой и физиологическими лишениями (хроническое недосыпание, отсутствие отдыха и т. п.). Ее появлению способствуют ослабляющие организм инфекции и интоксикации (алкоголь, курение), эндокринные расстройства, недостаточное питание и др. Ведущим при этом заболевании является астенический синдром, который в динамике проявляется неоднозначно, при этом обнаруживается ряд последовательных фаз развития. Наиболее характерно для неврастения состояние так называемой раздражительной слабости, т. е. сочетание повышенной возбудимости

и раздражительности с утомляемостью и быстрой истощаемостью. По случайным и незначительным поводам у больного возникают бурные реакции раздражения или вспышки возбуждения, которые обычно непродолжительны, но часты. Повышенная возбудимость нередко выражается в слезливости, ранее не свойственной больному, или же в нетерпеливости, суетливости. Характерна болезненная непереносимость громких звуков, шума, яркого света, резких запахов. У пациента утрачивается способность контролировать внешние проявления своих эмоций. Расстраивается активное внимание. Появляются жалобы на рассеянность, плохое запоминание. Настроение неустойчивое, со склонностью к подавленности. При тяжелых формах неврастения может развиваться картина так называемой депрессии истощения: больные мрачны, вялы, ко всему безразличны. Постоянный признак неврастения — нарушение сна: затруднение засыпания, поверхностный или неосвежающий сон, тревожные сновидения, сонливость днем и бессонница ночью. У больного снижается или полностью пропадает аппетит, появляются отрыжка, изжога, запоры, чувство тяжести в желудке. Часты жалобы на головные боли, сердцебиение, чувство замирания сердца, возможны расстройства половой функции и т. д.

Выделяются три стадии (формы) неврастения. Начальная стадия (наиболее частая форма) проявляется преимущественно в раздражительности и возбудимости (гиперстеническая неврастения). Вторая, промежуточная, характеризуется так называемой раздражительной слабостью. В третьей стадии преобладают слабость и истощаемость (гипостеническая неврастения), основные симптомы которой — вялость, апатия, повышенная сонливость, подавленность. Важное место в этой стадии неврастения занимают нарушения сна, тревожные ожидания. Наиболее характерными являются и симптомы вегетососудистой дистонии: ощущение пульсации сосудов, учащенное или замедленное сердцебиение, головные боли, нередко сопровождающиеся ощущением стягивания головы, — так называемая «каска неврастеника». Для третьей стадии неврастения характерны резкая истощаемость, вялость, адинамия, апатия. Врачи, обследуя такого рода пациентов, обычно не находят видимых нарушений со стороны внутренних органов. Нередко отмечаются сексуальные расстройства: снижение полового влечения, ослабление или отсутствие оргастических ощущений у женщин, ослабление эрекции, преждевременная эякуляция и ослабление либидо у мужчин [1, 3, 4].

Отмечаются ипохондрические жалобы и фиксация больных на своих внутренних ощущениях. С течением времени (особенно под влиянием

лечения) у больных улучшается сон, с чего и начинается процесс выздоровления. Следует отметить, что при повторных приступах неврастения (при любой ее форме, в особенности — последней) продолжительность приступов возрастает, а депрессивные явления, углубляясь, все более приближаются к уровню циклотимии. В прошлом авторы (Н. Schule, R. Kraft-Ebing, С. С. Корсаков, А. В. Каннабих) указывали на возможность возникновения периодической неврастения. С этим согласуются и последние данные клинического опыта о возможности перерастания такого рода периодических проявлений неврастенической депрессии в циклотимию [1, 3, 5].

Подобное состояние сказывается на характере межличностных отношений, что приводит к нарушению межличностной, супружеской и социальной адаптации [1, 4, 9, 12].

В современных медицинских, психологических исследованиях и клинической практике все больше внимания уделяется изучению индивидуальных особенностей психического и психосексуального развития при различных типах расстройств у женщин [1, 3, 4, 8].

Психосексуальное и соматосексуальное развитие — важнейшие компоненты онтогенеза психической и сексуальной сфер [1, 3].

Расстройства общего и сексуального поведения чаще всего являются следствием нарушения общего психического, психосексуального и соматосексуального развития [1, 3–5].

Индивидуальное психосексуальное и соматосексуальное развитие, отличаясь достаточной вариабельностью в темпах и сроках появления отдельных клинических признаков, обуславливает неоднозначные изменения индивидуально-психологических особенностей личности в общем и сексуальном поведении в частности [1, 3, 5, 6, 9].

Дисгармоничное половое созревание [2–4] достаточно часто является основой формирования акцентуированных черт характера [3, 6] и становится благоприятной почвой для формирования и закрепления дезадаптивных форм поведения, сексуально-поведенческой и сексуально-психологической дезадаптации, нарушений здоровья членов семьи [4, 6, 7, 9, 12].

Целью настоящей работы было изучение особенностей индивидуального психосексуального и соматосексуального развития, мотивационной сферы при неврастении у женщин.

Под наблюдением находились 77 супружеских пар, обратившихся за психотерапевтической и сексологической помощью на кафедру психиатрии, медицинской психологии УМСА.

Во всех супружеских парах у женщин была диагностирована неврастения. Преобладающее

Характеристика темпов соматосексуального развития обследованных супругов

Темп развития	Группы супружеских пар				Всего, n = 77	
	первая, n = 49		вторая, n = 28		абс. ч	%
	абс. ч	%	абс. ч	%		
Ускоренный	$\frac{4}{5}$	$\frac{8,2}{10,2}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{10,7}{14,3}$	$\frac{7}{9}$	$\frac{9,1}{11,7}$
Задержанный	$\frac{10}{10}$	$\frac{20,4}{20,4}$	$\frac{3}{6}$	$\frac{10,7}{12,2}$	$\frac{13}{16}$	$\frac{16,9}{20,8}$
Дисгармоничный	$\frac{10}{12}$	$\frac{20,4}{24,5}$	$\frac{10}{7}$	$\frac{35,7}{25,0}$	$\frac{20}{19}$	$\frac{26,0}{24,7}$
Нормальный	$\frac{25}{22}$	$\frac{51,0}{44,9}$	$\frac{12}{11}$	$\frac{42,8}{39,3}$	$\frac{37}{33}$	$\frac{48,1}{42,9}$

Примечание. В числителе — количество мужчин, в знаменателе — женщин, данные — в %. То же в таблицах 2–4.

большинство пациенток — 57 (74,0%) были в возрасте от 23 до 30 лет, 7 (9,1%) — в возрасте 31–35 лет, остальные 13 (16,9%) женщин — в возрасте от 35 до 39 лет. Мужчины и женщины в основном относились к одной возрастной группе, за исключением 6 (7,8%) супружеских пар, в которых жены были на 10–12 лет моложе своих мужей (все эти супруги состояли во втором браке) и 5 (6,5%) супружеских пар, в которых женщины были на 3–5 лет старше своих супругов.

Среди находившихся под наблюдением супружеских пар были выделены две группы. В первую вошли 49 (63,6%) супружеских пар с первичной сексуальной дезадаптацией супругов, во вторую — 28 (36,4%) пар с первичной социально-психологической дезадаптацией супругов.

Проведены клинико-психопатологическое, специальное сексологическое исследования с использованием углубленного изучения специального сексологического анамнеза и статистической обработки полученных данных [3, 10, 13].

При изучении соматического состояния у женщин не было выявлено заболеваний, которые могли бы отрицательно влиять на сексуальную функцию, за исключением аднексита, диагностированного у 11,6% пациенток, который развился в результате воспалительного процесса гениталий, нерегулярной половой жизни и несколько ослабивший их сексуальную функцию.

Изучение особенностей соматосексуального развития в ходе специального сексологического исследования показало, что сравнительно небольшое количество — 7 (9,1%) мужчин и 9 (11,7%) женщин в обеих группах — развивались ускоренно и опережали своих сверстников в росте, массе тела и физической силе примерно на 1,5–2 года. 12 (15,6%) мужчин и 8 (10,4%) женщин несколько отставали в физическом развитии и были более слабыми. Приблизительно у 1/3 обследованных

мужчин и у 33 (42,9%) женщин темпы соматосексуального развития были нормальными, и они по своему физическому развитию не отличались от сверстников.

Результаты изучения темпов соматосексуального развития пациенток и их мужей представлены в табл. 1.

Из данных таблицы видно, что нарушения темпов соматосексуального развития у мужчин и женщин встречались одинаково часто. Среди нарушений соматосексуального развития у женщин наиболее часто отмечался его дисгармоничный характер — 19 (24,7%) наблюдений. На втором месте — задержка соматосексуального развития — у 16 (20,8%) женщин. Затем следовало ускоренное соматосексуальное развитие — у 9 (11,7%) пациенток, которое характеризовалось пробуждением либидо к 10–11 годам и ранним развитием вторичных половых признаков.

При дисгармоничном характере соматосексуального развития была нарушена последовательность появления признаков полового созревания. Если у одних пациенток вторичные половые признаки были сформированы к 13–15 годам, а появление сексуальных интересов и первая менархе отмечались в 15–16 лет, то у других была установлена обратная зависимость.

При изучении особенностей становления сексуальности при неврастении у женщин с использованием данных специального сексологического анамнеза удалось выяснить, что пробуждение платонического компонента полового влечения у них отмечалось в возрасте 8–9 лет — в 15,9% случаев; 9–10 лет — в 30,2%. У остальных обследованных становление платонического компонента либидо приходилось на возраст после 10 лет. Становление эротического компонента либидо у женщин происходило в возрасте 10–11 лет — в 14,3%; 11–12 лет — в 27,3%; 12–13 лет — в 16,9% случаев.

Таблица 2

Характеристика темпов психосексуального развития супругов

Темп развития	Группы супружеских пар				Всего, n = 77	
	первая, n = 49		вторая, n = 28			
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%
Ускоренное	6 5	12,2 10,2	4 4	9,8 9,8	10 9	13,0 11,7
Задержанное (ретардация)	12 13	11,5 26,5	10 8	35,7 28,6	22 21	28,6 27,3
Нормальное	31 31	63,3 63,3	14 16	50,0 57,1	45 47	58,4 61,0

Формирование сексуального компонента полового влечения завершалось 13–14 годам у 14,3%, к 14–15 годам — у 30,2% женщин, у остальных не закончилось даже к моменту обследования.

Первое семейное извержение у мужчин наблюдалось в 13–14 лет у 9,52%, в 14–15 лет — у 33,33% и в 15–16 лет — у 39,68% обследованных.

Первые сексуальные интересы, любопытство, направленное на половые признаки, сексуальные игры у 9 (14,3%) мужчин и 11 (17,5%) женщин проявлялись в возрасте 8–9 лет; у 20 (31,7%) мужчин и 33 (52,4%) женщин — в возрасте 10–13 лет, у 34 (53,9%) мужчин и 19 (30,2%) женщин — в возрасте 14–17 лет.

Ранняя (допубертатная) мастурбация наблюдалась у 4 (6,3%), юношеская — у 20 (20,6%) обследованных женщин, с элементами навязчивости — у 14,3% пациенток; у супругов, соответственно, у 3 (4,7%) и у 28 (44,4%).

Следует отметить, что 30,2% пациенток вообще в силу слабости сексуального компонента полового влечения и частично убежденности в неправомерности такого вида сексуального удовлетворения, отрицали сам факт мастурбации. Тип половой конституции у большинства пациенток соответствовал слабому (58,4%), у остальных — ослабленному варианту среднего.

В большинстве (66,6%) случаев регулярную половую жизнь обследованные начали в возрасте 19–22 лет; переход в условно-физиологический ритм у 57,1% супружеских пар наступил через 2–3 года после начала регулярной половой жизни. Этот феномен, по нашим наблюдениям, объясняется наличием слабого типа половой конституции, снижением уровня сексуальной предрасположенности, активности.

Изучение общего психического развития находившихся под нашим наблюдением супругов показало, что они в большинстве случаев несколько

отставали в своем психическом развитии от сверстников. Учиться в школе начали своевременно, но интерес к учебе проявляли избирательно.

Интересы, стремления, эмоциональные реакции, характерологические черты, а также поведение обследованных пациентов в препубертатный и пубертатный периоды имели ряд особенностей. Еще в детском возрасте для них были характерны добросовестность, эмоциональная неустойчивость, часто неадекватность, склонность к сомнениям, некоторая прямолинейность. Такие дети были достаточно чувствительны к чужому мнению. Эмоциональная неустойчивость, озабоченность деталями, как правило, мешали им поддерживать нормальные отношения в семье и со сверстниками.

Указанные особенности личности с возрастом имели отчетливую тенденцию к усилению. В подростковом периоде, в отличие от своих сверстников, они становились более эмоционально чувствительными, зависимыми, весьма часто сравнивали свое поведение с поведением других. Ведущими патологическими проявлениями у наших пациентов были эмоциональность, зависимость, осторожность. В построении собственной модели поведения они были слишком восприимчивы к чужому мнению, причем в сочетании с эмоциональной неустойчивостью, лабильностью.

Почти у половины супругов наших пациенток были выявлены акцентированные черты характера: демонстративного — у 14 (18,2%), тревожно-мнительного — у 9 (11,7%) и астеноневротического типа — у 10 (13,0%) обследованных, что также не способствовало развитию продуктивного межличностного контакта и сохранению семейной адаптации.

Результаты изучения темпов психосексуального развития супругов приведены в табл. 2.

Несмотря на то, что у значительной части обследуемых (61%) темпы психосексуального развития были нормальными, наличие ускоренного (11,7%) и ретардированного (27,3%) психосексуального развития в препубертатном и пубертатном возрасте придавали всему процессу становления психической и сексуальной сфер характер дисгармоничного и приводили к нарушению процесса коммуникации с представителями противоположного пола. Это в дальнейшем способствовало формированию и закреплению заместительных и суррогатных форм сексуальной активности у мужчин, суррогатных — у женщин.

Таким образом, проведенное исследование показало, что у значительной части женщин имелись нарушения полового созревания, главным образом, — дисгармоничное соматосексуальное развитие. У 15,9% женщин с неврастением наблюдалось ускоренное психосексуальное развитие

Таблица 3

Асинхронии полового развития супругов

Группа супружеских пар	Асинхронии						Всего, n = 77	
	простые		сочетанные		сложные		абс. ч	%
	абс. ч	%	абс. ч	%	абс. ч	%		
Первая, n = 49	2	4,9	17	24,4	16	56,1	35	45,5
	3	7,3	13	14,6	9	4,9	25	32,5
Вторая, n = 28	1	4,5	11	18,2	7	31,8	19	24,7
	1	4,5	12	22,7	9	9,0	22	28,6

Таблица 4

Характеристика девиаций психосексуального развития женщин

Показатель	Группы супружеских пар				Всего, n = 77		
	первая, n = 49		вторая, n = 28		абс. ч	%	
	абс. ч	%	абс. ч	%			
Полоролевое поведение:							
нормальное		3	6,1	2	3,6	5	17,9
маскулинное							
фемининное		24	49,0	18	64,3	42	54,5
гиперролевое							
гипермаскулинное		1	2,0	—	—	1	1,3
гиперфемининное		6	12,2	2	7,1	8	10,4
трансформация патологическое							
Гиперролевое поведение:							
садизм		2	4,1	2	7,1	4	5,2
копрофемия		4	8,2	2	7,1	6	7,8
активный флагелланнизм		7	14,3	1	3,6	8	10,3
мазохизм		8	16,3	7	25,0	15	19,5
		14	28,6	7	25,0	21	27,3

Примечание. Девиация психосексуального развития «мазохизм» определялась у женщин и мужчин.

и у 34,9% — его задержка. Дисгармоничный характер соматосексуального развития, наблюдаемый в 49,2% случаев, заключался в нарушении последовательности появления признаков полового созревания. В 61,0% наблюдений имели место асинхронии полового созревания, главным образом, сочетанные (32,5%) и сложные (23,4%).

Формирование полового самосознания, осознание своей половой принадлежности и ее необратимости происходило в 3–4 года у 7 (14,3%) женщин первой и у 5 (17,9%) — второй группы; в 4–5 лет — у 31 (63,3%) женщины первой и у 18 (64,3%) — второй группы; в 5–6 лет — соответственно, у 3 (6,1%) в первой и у 2 (7,1%) женщин второй группы.

По данным изучения специального сексологического анамнеза этап формирования полового самосознания начинается с запаздыванием на

1–2 года у 15 (23,8%) из общего числа женщин. Внешне это проявлялось в запаздывании интереса к половым различиям у сверстников и взрослых, к собственным половым признакам и условно-сексуальным играм, требующим понимания своей принадлежности к соответствующему полу. В возрасте 5–6 лет у 9 (14,3%) девочек отмечался транзитивно проявляющийся феномен утраты осознания собственного пола. Это выражалось в том, что девочки начинали ощущать себя мальчиками, соответствующим образом себя вели и упорно откликались только на выбранные или придуманные ими самими мужские имена. Особенно часто это отмечалось при наличии у девочки имени, присущего и противоположному полу. Такое состояние длилось от нескольких дней до двух недель.

При сравнении темпов соматосексуального и психосексуального развития у большинства

Таблица 5

Сексуальная мотивация обследованных женщин

Тип мотивации	Распределение по группам			
	первая, n = 49		вторая, n = 28	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Агрессивно-эгоистический	1	2,0	3	10,7
Агрессивно-аверсионный	—	—	—	—
Гомеостабилизирующий	7	14,3	1	3,6
Игровой	16	32,7	8	28,6
Генитальный	1	2,0	1	3,6
Шаблонно-регламентированный	7	14,3	4	14,3
Пассивно-подчиняемый	12	24,5	14	50
Взаимно-альтруистический	1	2,0	2	7,1
Коммуникативно-гедонический	4	9,8	1	3,6

Примечание. Во второй клинической группе у некоторых женщин сексуальная активность была реализована по нескольким мотивам. То же в табл. 6.

мужчин первой и половины второй группы были обнаружены асинхронии полового созревания (табл. 3).

В обеих группах обследованных наиболее часто встречались сложные асинхронии у мужчин, которые характеризовались сочетанием ускоренного соматосексуального и ретардацией психосексуального развития или наоборот. Этот вариант асинхронного психосексуального развития у мужчин наблюдался в обеих клинических группах с первичной сексуальной и социально-психологической дезадаптацией. У женщин асинхронии полового созревания встречались реже и в основном были сочетанные и сложные.

При формировании психосексуальных ориентаций дефекты развития на предыдущих этапах становились наиболее заметны. Эмоциональная неустойчивость, в некоторых случаях — неадекватность, зависимость, отсутствие практических навыков в выражении собственных чувств, трудность общения, особенно с лицами противоположного пола, чаще всего приводили к возникновению сексуальных девиаций.

О девиациях психосексуального развития можно судить по данным табл. 4, которые

Таблица 6

Мотивы полового акта у женщин

Мотивы	Группы супружеских пар			
	первая, n = 49		вторая, n = 28	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Разрядка полового напряжения	2	4,9	3	13,6
Прокреация	1	2,4	5	22,7
Чувственное наслаждение (рекреация)	2	4,9	5	13,6
Доставление чувственного наслаждения партнеру	6	14,6	6	27,3
Средство познания	6	14,6	6	27,3
Удовлетворение полового любопытства	3	7,3	5	13,6
Сексуальное самоутверждение	6	14,6	10	45,5
Коммуникация	4	9,7	7	31,8
Достижение антисексуальных целей	2	4,9	6	27,3
Поддержание определенного ритуала	4	9,7	6	27,3
Привычка	3	7,3	12	54,5
Компенсация	3	7,3	8	36,4

свидетельствуют о том, что в обеих клинических группах у женщин преобладал фемининный тип полоролевого поведения, а из патологических форм также в обеих группах — мазохизм.

Достаточно часто встречающийся в наших исследованиях активный флагелланнизм был связан с убежденностью женщин, что собственное сексуальное поведение необходимо формировать, прежде всего, с учетом поведения сексуального партнера, и сомнением в собственной супружеской верности.

В результате проведенного комплексного обследования женщин у них были выявлены разные типы сексуальной мотивации и мотивы полового акта (табл. 5 и 6).

В обеих клинических группах встречались изредка агрессивные и генитальный типы сексуальных мотиваций и достаточно часто пассивно-подчиняемый (33,8%) и игровой (31,2%), реже шаблонно-регламентированный (14,3%). В таких случаях ведущая роль в установлении и организации коммуникативных и сексуальных отношений чаще принадлежит сексуальному партнеру.

Полученные данные анализа особенностей психосексуального и соматосексуального развития,

девиаций психосексуального развития, мотивационной сферы при изучаемом психогенном расстройстве у женщин подтверждают необходимость проведения среди детей и подростков соответствующих психокоррекционных мероприятий, препятствующих усилению и заострению патохарактерологических черт, развитию социальной, межличностной и партнерской дезадаптации.

Литература

1. *Маслов В. М.* Девиации психосексуального развития / В. М. Маслов, И. П. Ботнева, Г. С. Васильченко // Сексопатология: справочник; под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.— К.: Факт, 1999.— С. 88–90.
3. *Луценко А. Г.* Асинхронии психосексуального развития / А. Г. Луценко.— Харьков: Основа, 1996.— 207 с.
4. *Гавенко Н. В.* Нарушение сексуального здоровья при неврастении у жены / Н. В. Гавенко // Мед. психология.— 2007.— Т. 2, № 1.— С. 52–55.
5. *Кузьменко В. З.* Нарушение сексуального здо-

ровья при неврозах и психопатиях: учеб. пособ. / В. З. Кузьменко.— Сочи, 1988.— С. 7–16.

6. *Имшенецкая Л. П.* Сексуальные расстройства у мужчин / Л. П. Имшенецкая // Сексология и андрология.— 1997.— С. 176–210.
7. *Ильин Е. П.* Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин.— СПб.: Питер, 2000.— 512 с.
8. Детская психиатрия: учебник; под ред. Э. Эйдемиллера.— СПб.: Речь, 2005.— 1120 с.
9. *Васильченко Г. С.* Принципы диагностики расстройств психической составляющей / Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега, Ю. А. Решетняк // Сексопатология: справочник в 2 т.; под ред. Васильченко Г. С.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2.— С. 9–13.
10. *Келли Гари Ф.* Основы современной сексологии / Гари Ф. Келли; пер. с англ.— СПб.: Питер, 2000.— 896 с.
11. *Скрипников А. М.* Порушення здоров'я сім'ї при розладі особистості у чоловіків / А. М. Скрипников.— Харків: Основа, 2001.— 274 с.
12. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах, 2002.— 672 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО, СОМАТОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ ТА МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ЗА НЕВРАСТЕНІЇ У ЖІНОК

Л. О. ГЕРАСИМЕНКО

Вивчено особливості психосексуального і соматосексуального розвитку, мотиваційної діяльності за неврастенії у жінок. Досліджено становлення сексуальності, визначено роль соматогенних, психогенних і соціогенних факторів у психо- і соматосексуальному розвитку при досліджуваному типі розладу.

Ключові слова: неврастенія, психосексуальний, соматосексуальний розвиток, девіації психосексуального розвитку, мотив, мотивація.

THE PECULIARITIES OF PSYCHOSEXUAL, SOMATOSEXUAL DEVELOPMENT AND MOTIVATION SPHERE AT NEURASTHENIA IN WOMEN

L. A. GERASIMENKO

The peculiarities of psychosexual and somatosexual development, motivation activity were investigated in women with neurasthenia. Development of sexuality was investigated. The role of somatogenic, psychogenic, and sociogenic factors in psycho- and somatosexual development was determined for the investigated type of disorder.

Key words: neurasthenia, psychosexual, somatosexual development, psychosexual development deviation, motive, motivation.

Поступила 05.11.2012