

УДК 616.89-008.442.4: (618.177-06: 618.12-002-036.1)

Д-р мед. наук, проф. Е. В. КРИШТАЛЬ,  
д-р мед. наук, проф. А. Г. ЛУЦЕНКО,  
д-р мед. наук, проф. В. Г. МАРЧЕНКО

## НАРУШЕНИЯ ЭТАПНОСТИ И ФАЗНОСТИ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И МОТИВАЦИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ЖЕНЩИН С СОМАТИЗИРОВАННЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Изучены особенности формирования сексуального поведения женщин с соматизированным расстройством. Показана роль соматогенных, психогенных и социогенных факторов в организации мотивационного обеспечения поведения при психической патологии у женщин с нарушениями этапности и фазности психосексуального развития.**

*Ключевые слова:* соматизированное расстройство, психосексуальное развитие, этапы, фазы, девиации психосексуального развития, мотивация, сексуальное поведение.

В современных медицинских исследованиях и клинической практике все больше внимания уделяется влиянию нервно-психических расстройств на формирование общего и сексуального поведения при нарушениях психосексуального развития.

Девиации психосексуального развития и сексуального поведения являются закономерным следствием дизонтогенеза нервной системы и психической сферы [1, 2]. Лица с соматизированным расстройством (СР) сталкиваются со множеством межличностных проблем, которые характеризуются крайним дискомфортом, своеобразными формами мышления и восприятия.

Под СР подразумеваются многочисленные рекуррентные и часто изменяющиеся соматические симптомы, существующие в течение по меньшей мере двух лет при отсутствии выявленной органической патологии [4].

Для пациентов с СР характерны внешне незначительный интерес к сексуальным контактам и чрезмерная увлеченность нереальными событиями, которая и определяет оторванность от жизни. Это оказывает влияние на характер межличностных отношений, что, в свою очередь, приводит к нарушению супружеской и социальной, межличностной адаптации [4, 5]. В последние годы исследования СР в Украине проводили В. В. Кришталь, Н. А. Марута, О. Г. Сыропятов. Нарушение сексуального здоровья при СР у женщин разных возрастных групп в отдельных регионах Украины недостаточно изучено, и эта проблема не нашла должного отражения в научной литературе.

Изучение общего и сексуального поведения при СР невозможно без учета исследования мотивационных аспектов его формирования. Известно,

что мотив и мотивационная деятельность возникают на уровне личности и обеспечивают личностное обоснование решения действовать в определенном направлении для достижения определенной цели [8, 9].

Цель настоящей работы — изучение особенностей этапности и фазности психосексуального развития и его влияния на формирование сексуального поведения женщин при наличии СР, участия психогенных и социогенных факторов в нарушении этих процессов.

Были обследованы 64 пациентки с СР (F45.0) [4] при условии их информированного согласия. Все пациентки были распределены на две группы: первую составили 40 (62,5%) больных, которые на момент обследования состояли в браке, а вторую — 24 (37,5%) незамужние женщины с изучаемым типом расстройства. Процедура обследования включала развернутое клиническое интервью с анализом психического состояния пациентки, состояния ее сексуального здоровья, анамнестических данных. Метод системно-структурного анализа сексуального здоровья состоящих и не состоящих в браке женщин с клиническими признаками СР позволяет выявить особенности их индивидуального психосексуального развития и формирования сексуального поведения. Применение этого метода дает возможность установить причины и механизмы развития нарушений мотивационного обеспечения сексуального поведения, мотивов вступления в брак женщин с СР и участие в формировании и развитии сексуальной дисфункции, межличностной и супружеской дезадаптации [5].

Возраст женщин составлял от 29 лет до 41 года (в среднем 35,7 года). В супружеских парах каж-

дый из супругов входил в одну возрастную группу, и разница в возрасте не превышала 5 лет. В первом браке пребывали 56,3% супружеских пар, а его продолжительность составляла от 2 до 7 лет. Супружеская дезадаптация возникала у них с самого начала или на протяжении первых двух лет совместной жизни.

Проводились клинико-психопатологическое, специальное сексологическое, психодиагностическое исследования и статистическая обработка полученных данных. Для комплексной оценки состояния супружеской адаптации при наличии СР у женщин использовали системно-структурный анализ сексуального здоровья по его критериям, компонентам и составляющим [6], для определения типа половой конституции женщин — векторную шкалу И. Л. Ботневой, типа половой конституции мужчин — шкалу Г. С. Васильченко [3]. Тип сексуальной мотивации устанавливали по классификации В. В. Кришталя [7], психосексуальные типы мужчины и женщины — по С. С. Либиху [9].

Было проведено углубленное изучение анамнестических данных пациентов, в том числе специального сексологического анамнеза, с привлечением к этому процессу родителей, старших братьев, сестер и родственников обследуемых.

При специальном сексологическом обследовании направленность личности супругов изучалась по состоянию доминирующей мотивации, ценностным ориентациям и желанию в проведении досуга. Для супругов значение сексуальной жизни вообще и **сексуального расстройства в частности** определяли с помощью ценностной шкалы С. С. Либиха [8].

По данным специального сексологического исследования начало половой жизни у женщин первой группы составляло в среднем 21,2 года, второй группы — 21,8 года. Высшее и незаконченное высшее образование имели 57,5% мужчин и 45,0% женщин, среднее и специальное среднее — соответственно 32,5% и 55,0%. Умственным трудом занимались 60,0% мужчин и 57,5% женщин, остальные — физическим. Руководителями подразделений были 37,5% мужчин и 27,5% женщин.

Изучение характера психосексуального развития женщин показало, что осознание своей половой принадлежности и ее необратимости происходило у них правильно и в срок (в 2–4 года). Фаза реализации этого этапа — возникновение интереса к половым различиям у сверстников и взрослых, к собственным половым признакам и условно полоролевым сексуальным играм в большинстве случаев запаздывала на 3–5 лет.

У трети не состоящих в браке женщин интерес к половым различиям проявлялся рано, причем затруднения в выражении своих чувств при

отсутствии необходимых навыков общения придавали их интересам рационалистический и вычурный характер.

В задержке психосексуального развития обследованных женщин основную роль играли личностные особенности. Согласно данным проведенного углубленного анамнестического обследования, практически у всех пациенток уже в возрасте 3–5 лет можно было отметить нарушение игровой коммуникации со сверстниками и утрату эмоциональной связи с родителями, братьями и сестрами. Черты аутичности, сочетавшиеся с робостью, обидчивостью, избирательностью контактов, склонностью к собственным, не совсем понятным для окружающих играм приводили к тому, что у 29,7% пациенток часто наблюдались игры с так называемым патологическим перевоплощением (в животных, предметы, фантастических героев). В такие игры сверстники, как правило, не допускались. Иногда в возрасте 5–7 лет транзиторно возникал феномен утраты полового самосознания. Девочки ощущали себя мальчиками, соответствующим образом вели себя и отзывались только на выбранные или придуманные ими самими мужские имена (часто имена, которые могут принадлежать обоим полам). Это отмечалось в течение периода от нескольких до 10–15 дн. Транзиторно проявляющийся феномен утраты полового самосознания мог повторяться однажды или несколько раз.

Слабость эмоциональных реакций по отношению к близким и сверстникам уже на этапе формирования полового самосознания, недостаточность или полное отсутствие потребности в контактах с окружающими, отгороженность от внешнего мира оказывали блокирующее или искажающее действие на весь процесс становления сексуальности. Стереотип полоролевого поведения у значительной части пациенток отличался структурной сложностью и ретардацией. Асинхронии полового развития чаще всего носили сочетанный характер с преобладанием в его структуре психогенного фактора.

Полоролевое поведение, характерное для нормального психосексуального развития, практически все женщины усваивали фрагментарно или формально. Типологические личностные характеристики и формы общего и сексуального поведения, которые затрудняли процесс ролевой и статусной адаптации в среде сверстников, доминирующие в структуре личности больных аутичные радикалы, отсутствие подлинной заинтересованности в общении способствовали нарушению процесса социализации. Учитывая тот факт, что сам процесс психосексуального развития представляет собой не только повозрастной, хронобиологический процесс развития вторичных признаков пола,

а и интенсивный процесс социализации личности, психопатологические и коммуникативные нарушения у этих подростков приводили к существенной дезорганизации процесса психической и социальной адаптации. В результате подростки воспринимались окружающими как «странные», и это в еще большей степени усиливало их аутичность и затрудняло процесс реализации установок, характерный для данного этапа психосексуального развития.

Перенос условных полоролевых игр на более поздние сроки при качественно ином уровне гормонального обеспечения, который наблюдался у 26,7% женщин, приводил к фиксации неадекватных форм реализации платонического и эротического либидо и формированию гомосексуальной его направленности. Гомосексуальное поведение в большинстве случаев было ситуационным и носило транзиторный характер. Закрепление гомосексуальных тенденций отмечалось лишь у пяти женщин.

Дефекты развития становились наиболее заметными на этапе формирования психосексуальной ориентации. Неспособность и нежелание войти в мир другого, отсутствие подлинной эмпатии и практических навыков в выражении собственных чувств проявлялись в некоммуникабельности, особенно с лицами противоположного пола, и влекли за собой длительную задержку в фазе выработки установки на этапе формирования сексуального либидо. У 17,2% больных наблюдалась мастурбация с ярким и образным фантазированием.

Реализация эротических фантазий у женщин с СР оказывалась затрудненной. У части из них платоническая влюбленность отличалась стойкостью, приобретая со временем все более оторванный от реальности характер. Пациентки внешне производили впечатление асексуальных девочек, что объяснялось в основном неспособностью адекватным образом выразить свои чувства. Многие замужние женщины практиковали мастурбацию параллельно с нормальной половой жизнью и весьма часто в 35% случаях замещали ее. У больных мастурбация не всегда сочеталась с идеями виновности, онанофобическими и дисморфоманическими переживаниями. Гетеросексуальные контакты протекали у 22,5% женщин с различными перверсными элементами. Отсутствие практических навыков перехода от платонического общения сначала к эротическому, а затем и сексуальному, неадекватность самооценки в условиях эротического контакта, нарушение коммуникабельности, негармоничное усвоение роли взрослого сексуального партнера, незрелость сексуальных установок приводили к полной или частичной сексуальной неадекватности женщин.

Половая конституция обследованных была в основном среднего (35,9% случаев) либо усиленного варианта слабого типа (21,8%).

У большинства (62,5%) женщин первой группы при проведении специального сексологического исследования доминирующей мотивацией было обеспечение жизненных интересов, второй группы — престиж и творчество (54,2% случаев). В системе ценностных ориентаций у 58,3% не состоящих в браке женщин преобладали профессиональные интересы и быт. В проведении досуга большинство замужних женщин с СР отдавали предпочтение отдыху, а не состоящие в браке — самосовершенствованию. Рассогласованность направленности личности имела место у 58,3% супружеских пар, что, естественно, способствовало развитию СД при наличии СР у женщин, хотя у преобладающего большинства (65,0%) из них отмечались адекватные мотивы вступления в брак — боязнь одиночества и кратковременное увлечение.

У подавляющего большинства супругов отмечалась низкая осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни. Тип сексуальной мотивации больных чаще всего гомеостатизирующий (47,5% случаев) и игровой (42,5%). Шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации также не способствовал сексуальной адаптации пары, как и наиболее частый мотив полового акта — получение оргазма и невротический тип сексуальной культуры. Уровень социально-психологической адаптации супругов снижало и довольно часто встречавшееся неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, которое наблюдалось у трети обследованных. В супружеских парах при наличии клинических признаков СР у женщин были установлены негативно-дополняющий и антагонистический варианты дисгармоничного типа супружества.

Показано, что у состоящих в браке женщин с клиническими признаками СР преобладают нефункциональные типы супружества, у остальных отмечаются условно функциональные. Практически у всех обследуемых с СР отмечаются нарушения общей и сексуальной коммуникации. Нарушены все компоненты общения: личностный — из-за дисгармоничных черт характера, информационный — в связи со слабой информированностью в вопросах культуры общения и психогигиены половой жизни, поведенческий — в связи с наличием неправильных форм поведения, эмоциональный — из-за наличия неадекватных реакций на трудности, которые возникают в повседневной жизни.

Проведенное исследование показало, что нарушение общего и сексуального поведения у женщин с СР обуславливается имеющимися у них

нарушениями этапности и фазности психосексуального развития и связанными с этой патологией типологическими особенностями личности и сексуальности, приводящими к нарушению межличностной коммуникации и формированию социальной дезадаптации.

Полученные в ходе исследования результаты позволили сформулировать закономерности, связанные с нарушением общего и сексуального поведения у пациенток с СР.

Таким образом, при СР у женщин наблюдается задержка фазности и этапности психосексуального развития. В процессе формирования психосексуальной ориентации основную роль играют личностные особенности пациенток и нарушения в общем и сексуальном поведении. Фрагментарное или неадекватное усвоение половой роли у женщин при наличии СР затрудняет процесс их ролевой и статусной адаптации.

Типологические особенности личности, дисгармоничное становление сексуальности при СР у женщин способствуют нарушению процесса межличностной коммуникации, развитию социальной дезадаптации, формированию кризисных явлений в семье. В связи с этим обстоятельством мы рекомендуем при СР в рамках клинико-онтогенетического подхода к рассматриваемым в клинической психиатрии процессам динамичное наблюдение за детьми и подростками со своеобразными личностными особенностями и неадекватными формами поведения. Это позволит своевременно (соответственно возрасту) проводить психокоррекционные

мероприятия с целью предотвращения развития и закрепления патохарактерологических личностных черт и нарушений коммуникации.

#### Список литературы

1. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко.— Ленинград: Медицина, 1977.— 208 с.
2. Луценко А. Г. Асинхронии психосексуального развития / А. Г. Луценко.— Харьков: Основа, 1996.— 207 с.
3. Маслов В. М. Нарушение психосексуального развития / В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко // Частная сексопатология.— М.: Медицина, 1983.— С. 27–108.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.— К.: Факт, 1999.— С. 144–145.
5. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) / Н. А. Марута // Укр. вісн. психоневрології.— 2001.— Т. 9, вип. 4 (29).— С. 79–82.
6. Психосоматическая медицина; под ред. А. Н. Крымской, О. Г. Сыропятова.— К., 2008.— 276 с.
7. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян.— М.: Per Se, 2002.— 897 с. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин.— СПб.: Питер, 2000.— 512 с.
8. Либих С. С. Руководство по сексологии / С. С. Либих.— СПб.: Питер, 2001.— 489 с.

### ПОРУШЕННЯ ЕТАПНОСТІ Й ФАЗНОСТІ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РОЗВИТКУ І МОТИВАЦІЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК ІЗ СОМАТИЗОВАНИМ РОЗЛАДОМ

Є. В. КРИШТАЛЬ, О. Г. ЛУЦЕНКО, В. Г. МАРЧЕНКО

**Вивчено особливості формування сексуальної поведінки у жінок із соматизованим розладом. Показано роль соматогенних, психогенних та соціогенних чинників в організації мотиваційного забезпечення сексуальної поведінки при психічній патології у жінок із порушеннями этапності й фазності психосексуального розвитку.**

*Ключові слова:* соматизований розлад, психосексуальний розвиток, етапи, фази, девіації психосексуального розвитку, мотивація, сексуальна поведінка.

### DISORDERS OF STAGING AND PHASE CHARACTER OF PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT AND MOTIVATION OF SEXUAL BEHAVIOR IN WOMEN WITH SOMATIZATION DISORDER

Ye. V. KRYSHTAL, O. G. LUTSENKO, V. G. MARCHENKO

**The peculiarities of the sexual behavior of women with somatization disorder were investigated. The role of somatogenic, psychogenic and sociogenic factors in behavior motivation organization at mental pathology in women with impaired staging and phase character of psychosexual development.**

*Key words:* somatization disorder, psychosexual development, stages, phases, deviation of psychosexual development, motivation, sexual behavior.

Поступила 09.04.2014