

М. А. Денко, канд. мед. наук

Полтавская областная психоневрологическая больница им. А. Ф. Мальцева
(г. Полтава)

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ СПЕЦИФИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН

Нарушения социальной адаптации больных расстройствами личности, так же как и их личностные особенности и поведение, приводящие к этим нарушениям, достаточно хорошо изучены и освещены в специальной литературе [1—3 и др.]. В то же время состояние сексуальной сферы при разных типах расстройства личности, особенно у женщин, и супружеская дезадаптация при этой патологии очень мало изучены. Можно назвать лишь единичные работы, в которых имеются сведения, касающиеся этой важнейшей области супружеской жизни в условиях, когда жена страдает специфическим расстройством личности [4]. В связи с недостаточной изученностью механизмов формирования и клинических проявлений сексуальной дезадаптации при данной патологии ограничена возможность психотерапевтической коррекции и снижена ее эффективность.

Учитывая это положение, мы поставили перед собой задачу исследовать сексуальное здоровье, механизмы развития и клинические формы дезадаптации супругов при расстройстве личности у жены.

Под нашим наблюдением находились 320 женщин, страдавших специфическим расстройством личности разных типов, и их мужей. Супруги были в возрасте от 21 года до 46 лет и состояли в браке от 5 до 16 лет. У всех супружеских пар наблюдалась сексуальная дезадаптация, которая возникла в большинстве случаев с самого начала, реже — в течение первых двух лет супружеской жизни.

Все супруги были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья по В. В. Кришталю [5].

В результате проведенного исследования было выявлено шесть форм сексуальной дезадаптации: коммуникативная — у 123 супружеских пар, полоролевая — у 70, сексуально-эротическая — у 35, социокультурная — у 26, конституциональная — у 50 и аверсионная — у 16 пар. При этом была установлена закономерная связь между типом расстройства личности у женщин и формой сексуальной дезадаптации супругов. Полученные данные представлены в таблице.

Зависимость формы сексуальной дезадаптации супругов от типа специфического расстройства личности у жены (данные в %)

| Тип расстройства личности | Форма дезадаптации | | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------|
| | коммуникативная, n = 123 | полоролевая, n = 70 | сексуально-эротическая, n = 35 | социокультурная, n = 26 | конституциональная, n = 50 | аверсионная, n = 16 |
| Эмоционально неустойчивый, n = 53 | 10 ± 3 23 ± 6 | 40 ± 6 3 ± 7 | 6 ± 4 4 ± 3 | 23 ± 8 11 ± 4 | 2 ± 2 2 ± 2 | 25 ± 11 8 ± 4 |
| Ананкастный, n = 46 | 15 ± 3 39 ± 6 | 21 ± 5 28 ± 6 | 20 ± 7 15 ± 5 | 15 ± 7 9 ± 4 | 4 ± 3 4 ± 3 | — |
| Демонстративный, n = 51 | 24 ± 3 55 ± 7 | 8 ± 3 12 ± 5 | 14 ± 6 10 ± 4 | 15 ± 7 8 ± 4 | 6 ± 3 6 ± 3 | 38 ± 12 10 ± 4 |
| Зависимый, n = 53 | 8 ± 3 19 ± 5 | 4 ± 2 6 ± 4 | 14 ± 6 9 ± 4 | 8 ± 5 4 ± 3 | 62 ± 7 61 ± 7 | 12 ± 8 4 ± 3 |
| Шизоидный, n = 45 | 18 ± 3 46 ± 8 | 13 ± 4 20 ± 6 | 20 ± 7 15 ± 6 | 4 ± 4 2 ± 2 | 10 ± 4 11 ± 5 | 12 ± 8 4 ± 3 |
| Диссоциальный, n = 27 | 12 ± 3 59 ± 10 | 7 ± 3 18 ± 8 | 8 ± 5 11 ± 6 | 12 ± 6 11 ± 6 | — | — |
| Тревожный, n = 15 | 8 ± 8 7 ± 7 | 1 ± 1 7 ± 7 | 11 ± 5 27 ± 12 | 8 ± 5 12 ± 7 | 14 ± 5 47 ± 13 | — |
| Параноидный, n = 30 | 13 ± 3 50 ± 9 | 4 ± 2 18 ± 10 | 6 ± 4 7 ± 5 | 15 ± 7 12 ± 10 | 2 ± 2 3 ± 3 | 10 ± 10 10 ± 6 |
| Всего, n = 320 | 39 ± 3 | 22 ± 3 | 11 ± 3 | 7 ± 3 | 16 ± 3 | 5 ± 3 |

Примечание. В числителе — процент от общего числа обследованных, в знаменателе — процент от числа больных с данным типом расстройства личности

Из результатов наблюдения следует, что для супружеских пар с эмоционально неустойчивым расстройством личности у жены наиболее характерна коммуникативная форма сексуальной дезадаптации, для пар с ананкастным расстройством у женщин — полоролевая и сексуально-эротическая формы. При демонстративном расстройстве личности у женщин чаще всего отмечалась аверсионная, а при зависимом, как и при тревожном — конституциональная форма дезадапта-

ции. Диссоциальное и параноидное расстройства приводили большей частью к развитию коммуникативной и социокультурной форм дезадаптации.

Среди всех обследованных супружеских пар наиболее распространенными были коммуникативная и полоролевая формы сексуальной дезадаптации, реже развивались конституциональная и сексуально-эротическая и на последних местах по частоте были социокультурная и аверсионная формы дезадаптации супругов.

Коммуникативная форма дезадаптации супружеской пары развивалась вследствие наличия у страдавших расстройством личности женщин внутрилличностного конфликта и межличностного конфликта супругов. Конфликты возникали из-за характерологических и личностных черт женщин, затрудняющих общение, грубости, агрессивности или робости, застенчивости, тревожной мнительности; из-за неумения супругов решать семейные проблемы, расхождения их ценностных ориентаций, взглядов, семейно-ролевых позиций и нарушения полоролевого поведения жены (его трансформации, в частности при эмоционально неустойчивом, диссоциальном, либо гиперролевым поведении — при ананкастном, зависимом расстройстве).

Анализ по интегральным критериям сексуального здоровья позволяет установить, что у женщин с чертами робости, мнительности соматосексуальное развитие чаще всего было нормальным, а психосексуальное — задержанным; полоролевым поведением — фемининное или гиперфемининное. При сохранности платонического либидо эротическое и сексуальное было слабо выражено. Половая конституция слабая или ослабленная средняя. Сексуальная дисфункция у этих женщин проявлялась сексуальной гипестезией, гипо- или аноргазмией, в некоторых случаях возникали коитофобия, невроз ожидания неудачи. При агрессивных чертах личности у женщин чаще наблюдались преждевременное психосексуальное развитие и средняя или сильная половая конституция.

В тех случаях, когда причиной коммуникативной формы сексуальной дезадаптации был межличностный конфликт, прослеживалась четкая связь снижения сексуальной функции жены с супружескими конфликтами. У женщин возникала сексуальная гипестезия, гипо- или аноргазмия, реже снижалось либидо. Эти нарушения обычно имели относительный характер, однако со временем они могли приводить к отрицательному отношению женщин к половой активности мужа. Сексуальная культура, сексуальная мотивация женщин, как и мотивы полового акта, с развитием сексуальной дезадаптации изменялись в сторону примитивизации.

Анализ по компонентам и составляющим сексуального здоровья свидетельствует о том, что при коммуникативной форме сексуальной дезадаптации ее причиной служит стержневое поражение психологического и социально-психологического компонентов вследствие внутрилличностного конфликта у женщин и межличностного конфликта супругов, и психической составляющей анатомо-физиологического компонента в результате расстройства личности у женщин. Способствует возникновению и усугубляет дезадаптацию нарушение этой составляющей у мужчин из-за возникающих у них невротических реакций на сексуальную дезадаптацию.

Полоролевая форма сексуальной дезадаптации развивалась при девиации полоролевого поведения женщин, которая проявлялась у 38 из них в маскулинном и у 32 — в гиперфемининном поведении.

Для первых были характерны самостоятельность, решительность, мужской стиль поведения, энергичность, отсутствие кокетства. У этих пациенток наблюдались раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи, чаще с лицами старшими по возрасту, в сексуальном поведении нередко проявлялись са-

дистические элементы, половая конституция была средней или сильной.

У женщин с гиперфемининным поведением, напротив, отмечались позднее начало половой жизни, отсутствие петтинга, игнорирование предварительного периода полового акта, узкий диапазон приемлемости, поздний возраст первого оргазма, генитальный или шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, слабый тип полового конституции, невротический тип сексуальной культуры.

Женщины с гиперфемининным поведением отличались чрезмерным заострением женских черт характера, пассивностью, подчиняемостью, непомерной заботливостью по отношению к окружающим, конформностью. В интимных отношениях для них были характерны самоотдача, поведение, полностью подчиненное удовлетворению мужчины, нередко — мазохистские проявления. Даже не получая оргазма, они испытывали психосексуальное удовлетворение от того, что доставили наслаждение мужу. Диапазон приемлемости женщин также зависел от требований или желаний мужчины.

Очень часто у женщин с полоролевой формой сексуальной дезадаптации отмечались сочетанные асинхронии.

Системно-структурный анализ состояния сексуального здоровья при данной форме дезадаптации выявляет стержневое поражение социокультурной составляющей социального компонента сексуального здоровья, психологического его компонента и психической составляющей анатомо-физиологического компонента; в подавляющем большинстве случаев нарушен также социально-психологический компонент сексуального здоровья.

Сексуально-эротическая форма дезадаптации развивалась вследствие расхождения у супругов диапазона приемлемости, несоответствия проведения полового акта желаниям обоих супругов, сексуального поведения мужа, не соответствующего ожидаемой или желаемой женой модели. Одним из часто встречающихся дезадаптирующих факторов были не способствующие сексуальной гармонии типы сексуальной мотивации, а именно — шаблонно-регламентированный или генитальный ее тип у подавляющего большинства пациенток, у мужчин при этом нередко отмечалась игровая и взаимно-альтруистическая коммуникативно-гедоническая сексуальная мотивация. **Несоответствие** у супругов сексуального поведения, приводящего к развитию сексуально-эротической формы сексуальной дезадаптации, в ряде случаев было вызвано и неблагоприятным сочетанием в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, в особенности — одинаковых — пассивно-подчиняемых или агрессивных их вариантов.

Более чем у половины женщин с данной формой сексуальной дезадаптации выявлялась ретардация сомато- и психосексуального развития, характерны были также сочетанные асинхронии полового созревания. Примерно у 1/3 больных отмечалась трансформация полоролевого поведения. Половая конституция женщин большей частью была слабой, реже средней, сексуальное либидо нередко слабо выражено, платоническое и эротическое чаще сохранно. Тип сексуальной культуры был невротическим или примитивным.

Сексуально-эротическая дезадаптация начиналась с первых половых актов. При этом у женщин развивались сексуальная гипестезия и аноргазмия, к которым затем присоединялось снижение либидо вплоть до алибидемии. Женщины отрицательно относились к половой активности мужа, у них снижалось настроение после полового акта.

При данной форме дезадаптации у одного или обоих супругов обычно обнаруживаются черты эгоизма, эгоцентризма, самовлюбленности. Способствуют ее возникновению и такие особенности личности супругов, как пассивная подчиняемость, инфантильность, замкнутость, тревожная мнительность. Как правило, сексуально-эротическая дезадаптация развивается на фоне недостаточной и неправильной информированности в области психогигиены половой жизни. При этой форме дезадаптации, как и при коммуникативной, наблюдается обратно пропорциональная зависимость ее частоты от возраста, жизненного и супружеского опыта, а также от общего культурного уровня супругов.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья выявляет у всех супружеских пар с сексуально-эротической формой дезадаптации стержневое поражение социокультурной и информационно-оценочной составляющих социального и психической составляющей анатомо-физиологического компонента, а также нарушение психологического и социально-психологического компонентов.

Социокультурная форма сексуальной дезадаптации возникла в результате несоответствия у супругов общей и сексуальной культуры, в особенности при дисгармоничном и девиантном ее вариантах у женщин. Сексуальная дисгармония, как правило, развивалась даже в тех случаях, когда у мужа был гармоничный вариант сексуальной культуры (аполлоновский или мистический ее тип).

Отношение женщины к своему мужу при социокультурной дезадаптации во многом зависело от ее психосексуального типа. Так, женщина-мать пыталась «обучать» своего супруга правильному, по ее мнению, поведению при сексуальных контактах, агрессивная женщина протестовала против поведения мужа, пассивно-подчиняемая — стремилась обучиться, приспособиться к сексуальному поведению мужа; женщина-дочь выполняла свой супружеский долг, делая вид, что обучается «правильному» сексуальному поведению.

У женщин с дисгармоничным или девиантным типом сексуальной культуры отмечались и задержанное, и преждевременное психосексуальное развитие, нередко были также сочетанные асинхронии. Характерной была недостаточная информированность в области секса, обусловленная неправильным половым воспитанием женщин, которое определяло и формирование неправильной сексуальной установки. Тип сексуальной мотивации пациенток был шаблонно-регламентированным или генитальным, половая конституция — слабая и ослабленная средняя. Сексуальное либидо у половины женщин было слабо выражено, эротическое нередко отсутствовало. Сексуальные ощущения почти у половины обследованных были ослаблены, и у всех с самого начала половой жизни отмечались низкий процент оргастичности, гипо- или аноргазмия.

При системно-структурном анализе сексуального здоровья супружеских пар с социокультурной формой дезадаптации выявлялось стержневое поражение социокультурной составляющей социального и психической составляющей анатомо-физиологического его компонента. Нарушены были также психологический и социально-психологический компоненты сексуального здоровья.

Конституциональная форма сексуальной дезадаптации развивалась при несоответствии слабой или ослабленной средней половой конституции жены типу половой конституции мужа.

У большинства пациенток с данной формой дезадаптации отмечалось замедленное соматосексуальное и у всех — ретардация психосексуального развития, наблюдались также сочетанные асинхронии и низкий уровень информированности в области секса. Тип сексуальной мотивации у всех женщин — шаблонно-регламентированный или генитальный, самый частый мотив полового акта — выполнение супружеского долга. Эротическое либидо у женщин в большинстве случаев отсутствовало, сексуальное было слабо выражено. Сексуальная потребность возникала у них редко — один-два раза в месяц, а если половые акты совершались чаще, то не приводили к оргазму. Тип сексуальной культуры женщин в основном был примитивным.

Несоответствие половой конституции супругов проявлялось с самого начала супружеской жизни, как правило, в виде разной сексуальной потребности и активности супругов, сочетанного снижения у жены полового влечения, сексуальной чувствительности и оргазма, причем нередко эти нарушения достигали степени алибидемии, сексуальной анестезии и аноргазмии. Более чем у половины женщин с рассматриваемой формой сексуальной дезадаптации имела место астеническая конституция, вторичные половые признаки были выражены у них слабо, психофизиологические процессы отличались инертностью.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья обнаруживал в этих случаях как причину его нарушения стержневое поражение нейрогуморальной и психической составляющих анатомо-физиологического компонента; были нарушены также информационно-оценочная составляющая социального компонента и в подавляющем большинстве случаев — психологический и социально-психологический компоненты.

Аверсионная форма сексуальной дезадаптации развивалась из-за постоянной психосексуальной неудовлетворенности женщин вследствие разных причин — неприятия сексуального поведения мужа, несоответствия у супругов семейно-ролевых позиций, отсутствия у них чувства любви, расхождения сексуальной мотивации и проявлялась крайне отрицательным отношением женщин к половой жизни с мужем или вообще к сексу.

В тех случаях, когда имел место межличностный конфликт супругов, у женщин вначале развивалась психологическая аверсия, которая распространялась затем на сексуальную сферу. Это наблюдалось в сравнительно редких случаях, у остальных пациенток постоянная психосексуальная неудовлетворенность приводила к сексуальной аверсии, которая затем переходила в аверсию психологическую.

Изучение проявлений и течения аверсионной формы сексуальной дезадаптации у женщин показало, что она проходила в своем развитии три фазы. В первой фазе у них снижалась сексуальная активность, сужался диапазон приемлемости, женщина шла на сексуальные отношения по долгу и игнорировала предварительный период полового акта. Мотивом полового акта служило выполнение супружеского долга, и пациентка не испытывала психосексуального удовлетворения. Во второй фазе сексуальные отношения приобретали для нее негативный характер, она под любым предлогом уклонялась и даже полностью отказывалась от половых актов. При этом возникали алибидемия, сексуальная гипестезия или анестезия, аноргазмия, иногда формировалась коитофобия. В обеих этих фазах своего развития сексуальная аверсия имела относительный характер. В третьей фазе у женщин появлялось отношение к половой жизни и вообще отрицательное отношение к противоположному полу. Они полностью отказывались от интимной близости — сексуальная аверсия приобретала абсолютный характер.

У обследованных нами женщин степень выраженности сексуальной аверсии зависела от фазы ее развития и от того, насколько в ее формирование были вовлечены психологические факторы. Присоединения к сексуальной аверсии психологической не наблюдалось у супругов с достаточно высоким уровнем социально-психологической адаптации и малой значимостью сексуальной функции. Но намного чаще психологическая аверсия распространялась на сексуальную сферу, особенно при низком уровне общей и сексуальной культуры супругов, снижении или полном отсутствии у них платонического и эротического либида.

У женщин с данной формой сексуальной дезадаптации в большинстве случаев имели место нарушения психосексуального развития, особенно его ретардация, и сочетанные асинхронии. Примерно у 1/3 из них отмечалось маскулинное полоролевое поведение. Половая конституция в большинстве случаев была слабой, но встречался и сильный ее тип; в сексуальных фантазиях превалировали замена партнера, сексуальные ощущения обычно были притуплены, что обуславливало гипо- и аноргазмию. Тип сексуальной мотивации у всех женщин был агрессивно-аверсионный, мотив полового акта — выполнение супружеско-

го долга, иногда — достижение несексуальных целей. Тип сексуальной культуры обычно невротический или примитивный.

Аверсионная форма сексуальной дезадаптации развивалась, как правило, постепенно, причем у женщин с сильным типом половой конституции даже при наличии психологической аверсии к мужу сексуальная аверсия не возникала в течение продолжительного времени. У мужчин, по отношению к которым жены испытывали сексуальную аверсию, часто отмечались тревожно-мнительные и астенические черты.

При системно-структурном анализе сексуального здоровья при данной форме сексуальной дезадаптации выявлялось стержневое поражение социально-психологического компонента и психической составляющей анатомо-физиологического компонента, были нарушены также социальный и психологический компоненты.

В целом проведенное системное исследование показало, что дезадаптивное сексуальное поведение женщин при специфическом расстройстве личности может иметь разные формы, каждая из которых имеет свои причины, патопластические, усугубляющие дезадаптацию факторы и специфические клинические проявления. При этом существует закономерная связь между типом расстройства личности и формой возникающей при нем сексуальной дезадаптации. Это диктует необходимость системного подхода к психодиагностике и дифференцированной психокоррекции дезадаптивных форм сексуальной дезадаптации супружеской пары с учетом типа расстройства личности у жены.

Список литературы

1. Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф. Семейно-сексуальные дисгармонии (дисгамии) // Частная сексопатология. — М.: Медицина, 1983. — С.293—304.
2. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Медицина, 1991. — 335 с.
3. Сексология и андрология / Под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. — Киев: Абрис, 1997. — 873 с.
4. Нарушения сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Метод. рекоменд. / Под ред. проф. В. В. Кришталя. — Сочи, 1988. — 118 с.
5. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.

Надійшла до редакції 12.01.2007 р.

М. О. Денко

Клінічні форми подружньої дезадаптації за специфічного розладу особистості у жінок

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня ім. А. Ф. Мальцева (м. Полтава)

Описано клінічні форми дезадапційної сексуальної поведінки жінок, які хворіють на специфічний розлад особистості. Показано залежність цих форм від типу розладу. Обґрунтовано необхідність системного підходу до диференційованої психодіагностики й психокорекції сексуальної дезадаптації за цієї патології у жінок.

Ключові слова: жінки, розлад особистості, форми сексуальної дезадаптації.

M. A. Deneco

Clinical forms matrimonial disadaptation in specific disorder the women's personality

Poltava regional psychoneurological hospital by A. Ph. Malceva (Poltava)

It were described the clinical forms of disadaptive sexual women's behaviour who suffering from specific personality disorder. It was demonstrated the necessity of systematic approach to differential diagnostic and psychocorrection of sexual disadaptation in such pathology in women.

Key words: women, personality disorder, forms of sexual disadaptation.