

## СУПРУЖЕСКАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ ОРГАНИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У МУЖА

Канд. мед. наук Е.П. ФЕДОТОВА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Показаны причины и механизмы развития дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает органическим расстройством личности. Полученные данные открывают возможность разработки и проведения патогенетически направленной психотерапевтической коррекции.**

Нарушение супружеской адаптации имеет сложный генез в связи с многофакторным — социальным, психологическим, социально-психологическим и биологическим обеспечением самого феномена адаптации супружеской пары [1, 2]. Взаимодействие супругов на соответствующих уровнях определяет не только многообразие причин развития дезадаптации, но и полиморфизм ее клинических проявлений, при этом огромное значение имеют также особенности личности каждого из супругов и их сочетание в паре. Сложность проблемы дезадаптации еще более возрастает, когда у одного из супругов имеется расстройство личности, которое, как правило, влечет за собой эмоциональную реакцию второго.

Учитывая важное медицинское и социальное значение супружеской дезадаптации, к ее исследованию обращались многие клиницисты и ученые, механизмы развития, клиника, как и коррекция сексуальной дисфункции у больных с расстройством личности, также были предметом изучения в работах [3–5]. В то же время сексуальная и межличностная дезадаптация супружеской пары при органическом расстройстве личности у женщин исследована очень мало, причины и условия ее развития, как и вопросы дифференциальной диагностики и успешной коррекции, пока не получили должного освещения в литературе и не разработаны в клинической практике.

Большинство авторов, касающихся вопроса о сексуальных нарушениях при расстройстве личности, проводили обследование и лечение только больного супруга, чаще всего мужчины, оставляя без внимания сексуальные нарушения, неизбежно возникающие у жен больных. Особенно мало изучена сексуальная функция женщин, страдающих разными типами органического расстройства личности. Между тем каждый из этих типов накладывает своеобразный отпечаток на сексуальные проявления у пациентов, а следовательно, и на характер сексуального общения.

Исследование супружеской дезадаптации, тем более если учитывать специфику разных типов органического расстройства личности, требует системного подхода [6].

В связи с этим мы поставили перед собой задачу провести системно-структурный анализ сексуального здоровья супружеских пар, в которых мужа страдают органическим расстройством личности, обусловленным перенесенной в раннем детстве черепно-мозговой травмой или нейроинфекцией.

Под наблюдением находились 168 мужчин с разными типами расстройства: агрессивным (49 пациентов, 29±3%), расторможенным (38; 23±3%), параноидным (38; 23±3%), лабильным (31; 18±3%) и апатическим (22; 23±3%), а также их жены. Супруги были в возрасте от 36 до 55 лет, причем мужа входили с женами в одну возрастную группу, составлявшую 5 лет.

Результаты системно-структурного анализа сексуального здоровья по его интегральным критериям показали, что темпы полового развития у подавляющего большинства мужчин отклонялись от нормы, причем имеющиеся нарушения четко различались в зависимости от типа органического расстройства личности. У больных с агрессивным его типом соматосексуальное развитие чаще всего было ускоренным, чего не отмечалось у пациентов с апатическим расстройством личности. Психосексуальное развитие было преждевременным особенно часто при агрессивном и расторможенном типах расстройства личности, а ретардация психосексуального развития имела место в основном при апатическом, лабильном и параноидном расстройствах.

Нарушение темпов соматосексуального и психосексуального развития у 1/3 пациентов приводило к асинхрониям полового созревания, в большинстве случаев сочетанным, обусловленным действием психогенных, социогенных и биогенных факторов. Особенно часто такие асинхронии наблюдались у больных с апатическим и параноидными расстройствами личности. У жен больных половое развитие частью было своевременным, а асинхронии наблюдались в единичных случаях.

У 63±3% мужчин оказалось нарушенным полоролевое поведение, причем также отмечалась зависимость характера его нарушений от типа расстройства личности у больных. При агрессивном, расторможенном и лабильном типах наблюдалось только гиперролевое, т. е. гипермаскулинное поведение, при апатическом — только трансформация полоролевого поведения, т. е. фемининное поведение у мужчин, которое преобладало и при параноидном расстройстве личности. У жен больных полоролевое поведение, как правило, было нормативным (фемининным).

Половое самосознание было правильным у всех обследованных. Психосексуальная ориентация была гетеросексуальной у всех женщин и большинства их мужей, однако у 8±3% мужчин имело место изменение полового предпочтения, чаще всего — у больных с расторможенным типом расстройства личности, не

отмечалось этого нарушения только среди больных с апатическим расстройством личности. При этом, помимо наблюдавшихся у обследованных зоофилии и эфебофилии, можно было отметить увлечение некоторых мужчин ( $17\pm 3\%$ ) порнофильмами и порнографическими изображениями, что мы рассматриваем как порнофилию.

Информированность в области психогигиены половой жизни была недостаточной или неправильной у подавляющего большинства ( $83\pm 3\%$ ) мужчин, что приводило к неправильной оценке ими своих сексуальных проявлений. У жен больных недостаточная осведомленность в области секса встречалась редко, причем неправильная оценка своей сексуальности отмечалась в единичных случаях.

Практически у всех мужчин имели место типы сексуальной мотивации, не способствующие гармоничным сексуальным отношениям, за исключением игрового, наблюдавшегося у нескольких пациентов с расторможенным типом расстройства личности. У большинства мужчин с агрессивным его типом была агрессивно-эгоистическая или агрессивно-аверсионная сексуальная мотивация; при расторможенном расстройстве преобладала гомеостабилизирующая, при апатическом и параноидном — генитальная, при лабильном — шаблонно-регламентированная. Реже всего встречался у обследованных мужчин пассивно-подчиняемый тип сексуальной мотивации, а гармоничного взаимно-альтруистического коммуникативно-гедонического типа сексуальной мотивации не было ни у кого из них, редким он был среди женщин. У женщин нередко (в  $23\pm 3\%$  случаев) отмечался игровой тип мотивации, но распространенными были также гомеостабилизирующий и шаблонно-регламентированный ее типы, не способствующие сексуальной гармонии супругов.

Мотивом полового акта более чем у половины больных и их жен было получение оргазма. Этот мотив был приоритетным у мужчин с агрессивным и расторможенным типами расстройства личности; желание снять половое напряжение как мотив полового акта преобладало у пациентов с лабильным типом расстройства личности, а также у их жен. Желание дать чувственное наслаждение супруге отмечалось у мужчин только при параноидном расстройстве личности, а среди их жен — у  $28\pm 3\%$ . При этом расстройстве значительно чаще, чем при других его типах, мотивом полового акта было сексуальное самутверждение.

Половая конституция у подавляющего большинства мужчин была средней и сильной, у женщин — в основном средней. Сильная половая конституция была свойственна чаще всего мужчинам с агрессивным, нередко и с расторможенным типом расстройства личности, слабая преобладала при апатическом его типе.

От типа расстройства личности зависели также нарушения либидо. Платоническое либидо было слабо выражено чаще всего у больных с агрессивным, несколько реже — с расторможенным его типом; эротическое и сексуальное либидо было ослаблено у большинства мужчин с апатическим типом расстройства.

У женщин все виды либидо были нарушены в единичных случаях ( $6\pm 3\%$ ), причем в половине из них было слабо выражено эротическое либидо.

Показательны данные о сексуальных фантазиях супругов. У мужчин с агрессивным типом расстройства личности самыми частыми видами сексуальных фантазий были изнасилование и групповой секс, а также элементы садизма. При расторможенном типе расстройства преобладали групповой секс и замена партнера; последняя чаще всего отмечалась и при лабильном типе расстройства личности; при апатическом типе сексуальных фантазий у мужчин не было, а при параноидном в фантазиях фигурировали в основном экспериментирование и групповой секс. Жены больных большей частью в фантазиях представляли себе замену партнера.

У мужчин с агрессивным расстройством личности довольно часто (у  $11\pm 4\%$ ) наблюдались сексуальные эксцессы, при расторможенном и лабильном расстройствах эксцессы наблюдались вдвое реже, а при апатическом и параноидном — не встречались вовсе.

К своим женам пациенты редко испытывали любовь, так же как и женщины к своим мужьям. Исключение составляли только мужчины с параноидным расстройством личности и их жены. Чаще всего больные с агрессивным и расторможенным типами расстройства личности испытывали к своим женам привычку, с апатическим типом — безразличие. Среди женщин привычка также была самым распространенным чувством к мужьям, кроме мужчин с параноидным расстройством. При этом все мужчины с этим расстройством личности испытывали также ревность. Аверсию к своим женам испытывали чаще всего больные с расторможенным типом расстройства личности, а жены — к мужьям с лабильным его типом.

У всех супружеских пар имела место коммуникативная дезадаптация, которая в подавляющем большинстве случаев ( $95\pm 5\%$ ) сопровождалась сексуальной дисгармонией. Коммуникативная дезадаптация, ассоциировавшаяся с сексуальной, выражалась в шести клинических формах: полоролевой, сексуально-эротической, социокультурной, дезинформационной, аверсионной и конституциональной. Наиболее распространенной была сексуально-эротическая, самой редкой — аверсионная форма дезадаптации.

В сексуальной культуре преобладал дисгармоничный ее вариант с разными типами: у мужчин с агрессивным и расторможенным расстройствами личности — либеральный, с лабильным — невротический, с апатическим и параноидным — примитивный его типы. У женщин отмечались в основном ( $88\pm 4\%$ ) примитивный и либеральный типы сексуальной культуры. Девиантный вариант не встречался у женщин, среди мужчин оргиастический тип этого варианта наблюдался в большинстве случаев при агрессивном типе расстройства личности, а гиперролевой — чаще при параноидном расстройстве. Гармоничного аполлоновского типа сексуальной культуры не было ни у кого из мужчин, а среди женщин он составлял небольшой процент —  $9\pm 3$ .

Компоненты и составляющие	Типы расстройства личности				
	агрессивный, n = 49	расторможенный, n = 38	параноидный, n = 38	лабильный, n = 31	апатический, n = 22
Социальный, составляющие					
социокультурная	65±7	37±8	63±8	84±7	100–3
информационно-оценочная	62±7 22±5	92±4 63±8	41±8 24±7	78±8 16±7	100–3 18±8
Психологический	100–2 24±6	100–3 24±7	100–3 18±6	100–4 26±8	100–3 27±4
Социально-психологический	100–3	100–4	100–3	100–3	100–2
Биологический, составляющие					
нейрогуморальная	—	34±8 —	50±8 5±4	13±6 6±5	45±11 5±5
нейрорегуляторная	100–3 8±4	100–4 24±7	100–3 34±8	100–3 26±8	100–2 23±9
психическая	100–3 41±7	100–4 30±7	100–3 39±8	100–3 52±9	100–2 36±10
генитальная	—	10±5 5±4	16±6 —	6±5 10±5	64±10 5±5

Примечание. В числителе — количество мужчин, в знаменателе — женщин; целые числа — показатели в супружеской паре вследствие ретардации пубертатного развития, генитальная у женщин — из-за хронического аднексита, у мужчин — вследствие хронического простатита.

Все обследованные супруги, как показал системно-структурный анализ по критериям сексуального здоровья, испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Проведенный нами анализ зависимости между изученными параметрами позволил выявить существование достигающей значимого уровня положительной связи между сомато- и психосексуальным развитием, половой конституцией, типами сексуальной мотивации и сексуальной культуры: коэффициент корреляции Пирсона от  $r = 0,33$  ( $p < 0,01$ ) до  $r = 0,36$  ( $p < 0,05$ ) при разных типах расстройства личности.

Следующий этап исследования — системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим, результаты которого представлены в таблице, показал, что у обследованных супружеских пар имело место сочетанное поражение всех компонентов и составляющих сексуального здоровья. При этом социокультурная составляющая социального компонента была поражена из-за несоответствия уровня общей и сексуальной культуры супругов, расхождения их этических и эстетических установок, а также из-за имевшихся у мужчин дисгармоничных и девиантных типов сексуальной культуры. Нарушение второй составляющей этого компонента было следствием низкого уровня информированности мужчин в области психогигиены половой жизни и неправильной оценки ими своих сексуальных проявлений.

Психологический компонент поражен из-за наличия у мужчин психопатологических характерологических черт и связанного с этим внутрличностного кон-

фликта. Социально-психологический компонент был нарушен у всех супружеских пар в результате межличностного конфликта, вызванного отсутствием у супругов чувства взаимной любви, несоответствием семейно-ролевого поведения и направленности личности.

Причиной нарушения нейрорегуляторной составляющей биологического компонента был тот же фактор, который обусловил формирование органического расстройства личности у мужчин (черепно-мозговая травма, нейроинфекция). Нарушение психической составляющей данного компонента у мужчин было результатом имеющегося у них расстройства личности и психопатических реакций на сексуальную дисфункцию и супружескую дезадаптацию, у женщин оно отмечалось реже и было обусловлено наличием акцентуаций характера и личностными реакциями на заболевание мужа и супружескую дезадаптацию. Нейрогуморальная составляющая была нарушена вследствие ретардации пубертатного развития, генитальная у женщин — из-за хронического аднексита, у мужчин — по причине хронического простатита.

В целом, таким образом, системно-структурный анализ сексуального здоровья обследованных супружеских пар позволил установить, что причиной межличностной и сексуальной дезадаптации супругов при органическом расстройстве личности у мужа является сочетанное поражение всех компонентов и составляющих сексуального здоровья. В то же время результаты проведенного анализа открывают возможность разработки и проведения патогенетически направленной психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья супругов при изучаемой патологии у мужчин.

Литература

1. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 775 с.
2. Частная сексопатология: Руков. для врачей / Под ред. Г.С.Васильченко. М.: Медицина, 1983.— Т. 2.— 301 с.
3. Сексология и андрология / Под ред. акад. А.Ф. Возианова, проф. И.И. Горпинченко.— К.: Абрис, 1997.— 873 с.
4. Скрипников А.Н. Особенности становления сексуальности и сексуального поведения мужчин при шизоидной психопатии // Арх. клин. и эксперим. медицины.— 1999.— Т. 8.— С. 29–31.
5. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение).— М.: Медицина, 1985.— 240 с.
6. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.

Поступила 24.10.2005

SPOUSE DEADAPTATION AT ORGANIC PERSONALITY DISORDERS IN THE HUSBAND

E.P. Fedotova

S u m m a r y

The causes and mechanisms of spouse deadaptation when the husband suffers from organic personality disorders are shown. The obtained data allow development and administration of pathogenetically targeted psychotherapeutic correction.