

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АВЕРСИИ

С. С. БАТОЗСКИЙ, М. С. БАТОЗСКАЯ

CAUSES AND MECHANISMS OF FORMING SEXUAL AND PSYCHOLOGICAL AVERSION

S. S. BATOZSKY, M. S. BATOZSKAYA

Харьковский областной психоневрологический госпиталь, Украина

Рассмотрены причины, условия, механизмы формирования, клинические проявления сексуальной и психологической аверсии у одного из супругов в дезадаптированных супружеских парах. Сделан вывод, что выявленные закономерности должны быть положены в основу психотерапевтической коррекции и психопрофилактики супружеской аверсии.

Ключевые слова: сексуальная, психологическая аверсия; причины, механизмы развития, проявления.

The causes, conditions and mechanisms of forming as well as clinical manifestations of sexual and psychological aversion of one of the spouses in deadapted married couples are discussed. It is concluded that psychotherapeutic correction and psychoprevention of spouse aversion should be based on the revealed regularities.

Key words: sexual, psychological aversion; causes, development mechanisms, manifestations.

Исследование нарушений сексуальных и межличностных отношений супругов имеет достаточно давнюю историю, и различным аспектам этой проблемы посвящена обширная литература и в нашей стране, и за рубежом [1–4]. Изучены в том числе причины, условия развития и клинические проявления различных форм супружеской дезадаптации, как сексуальной, так и социально-психологической [5, 6 и др.].

Однако психологические исследования в этой области сводятся к изучению роли психологических и социально-психологических факторов в генезе нарушений межличностных отношений супругов вне связи с имеющейся у них сексуальной дезадаптацией. При этом крайняя степень супружеской дезадаптации — сексуальная и психологическая аверсия — практически остается за рамками научных исследований. В литературе имеются лишь единичные работы, касающиеся проблемы аверсии [7], и недостаточная изученность ее причин, механизмов формирования, течения и клиники затрудняет диагностику, выбор адекватных методов корригирующего воздействия и, в конечном счете, препятствует успешному решению важной медицинской и социальной проблемы создания и сохранения гармоничной семьи.

Поставив перед собой задачу по возможности восполнить этот пробел, мы обследовали 200 супружеских пар, в которых один из супругов испытывал аверсию, в равном числе случаев — сексуальную и психологическую (по 100 человек). Кроме того, в качестве контрольной группы были обследованы 80 супружеских пар того же возраста, что и супруги основных групп, — от 21 года до 45 лет, у которых дезадаптации и аверсии не отмечалось.

Продолжительность брака составляла у су-

пругов с психологической аверсией от 1 года до 12 лет, у супругов с сексуальной аверсией — от 1 года до 15 лет, длительность сексуальной дезадаптации — соответственно от 2 до 10 лет и от начала супружеской жизни до 15 лет. Психологическая аверсия сформировалась через 1,5–2 года, сексуальная — через 3 года и позднее после возникновения дезадаптации.

Было изучено психическое состояние, проведенны клинико-психологическое обследование находившихся под наблюдением супругов и системно-структурный анализ их сексуального здоровья.

Изучение личностных особенностей мужей и жен с сексуальной аверсией показало в основном соответствие у них направленности личности (доминирующей мотивации, ценностных ориентаций), мировоззрения, убеждений и т. п., что, безусловно, способствовало социально-психологической адаптации супружеской пары.

В то же время выявленные у обследованных некоторые характерологические черты могли обусловить развитие у них сексуально-эротической дезадаптации и, как следствие, сексуальной аверсии. Определенную роль в этом отношении могли играть и имевшиеся у мужчин и женщин невротические расстройства, а именно наиболее часто встречавшиеся у лиц, испытывавших аверсию, неврастения (у $41 \pm 8\%$ мужчин) и посттравматическое стрессовое расстройство (у $22 \pm 5\%$ женщин). Среди явно выраженных акцентуаций характера в качестве патогенных факторов могли выступать у мужчин и у женщин демонстративный тип акцентуации (соответственно 27 ± 7 и $39 \pm 6\%$), а также возбудимый и лабильный ее типы у мужей ($40 \pm 6\%$). При этом у супругов, не испытывавших аверсии, чаще всего был тревожный характер.

Таблица 1

**Поражение компонентов и составляющих
сексуального здоровья супругов
при сексуальной аверсии**

Компоненты и составляющие	Число супружеских пар с сексуальной аверсией, $n = 100$
Социальный, составляющие:	
социокультурная	$\frac{100-1}{50\pm 5}$
информационно-оценочная	$\frac{100-1}{100-1}$
Психологический	$\frac{68\pm 5}{50\pm 5}$
Социально-психологический	—
Биологический, составляющие:	
нейрогуморальная	$\frac{9\pm 3}{2\pm 2}$
психическая	$\frac{100-1}{100-1}$

Примечание. В числителе — количество мужчин, в знаменателе — число женщин. Данные — в %.

Как показало исследование сексуального здоровья супругов по его критериям, темп соматосексуального развития у них в подавляющем большинстве случаев соответствовал норме, тогда как у $41\pm 5\%$ мужчин и $32\pm 5\%$ женщин оно было замедлено. Половое самосознание оказалось правильным у всех наших обследованных, но у $3\pm 2\%$ мужчин и $4\pm 2\%$ женщин наблюдались гомосексуальные тенденции, проявлявшиеся в фантазиях, но не реализующиеся.

Полоролевое поведение было нарушено у $41\pm 5\%$ мужчин и $32\pm 5\%$ женщин. При этом и у мужчин, и у женщин чаще всего имела место его трансформация. В контрольной группе гомосексуальные тенденции не наблюдались, а нарушения полоролевого поведения встречались в единичных случаях также в форме трансформации.

У $1/3$ мужчин и у $15\pm 4\%$ женщин были выявлены асинхронии полового развития: у мужчин в основном сочетанные, у женщин — простые; сложные асинхронии встречались редко и только у мужчин. Следует при этом отметить, что при наличии асинхронии полового развития аверсию испытывал, как правило, второй супруг.

При изучении зависимости возникновения сексуальной аверсии от имевшихся у супругов нарушений полоролевого поведения оказалось, что почти всегда при его трансформации у одного супруга аверсия развивается у второго.

При изучении сексуальной мотивации супругов выяснилось, что у мужчин имели место в основном шаблонно-регламентированный и генитальный ее типы ($68\pm 5\%$), тогда как более чем у половины женщин был игровой тип. Это несоответствие существенно способствовало развитию сексуальной дезадаптации супругов. Столь же значимую дисгармонирующую роль играло и расхождение в супружеских парах психосексуальных типов мужчины и женщины: подавляющее большинство мужчин ($84\pm 4\%$) принадлежали к типу мужчина-сын или были пассивно-подчиняемыми, а женщины ($72\pm 4\%$) чаще всего относились к типу женщина-дочь, реже — к агрессивному варианту типа женщина-женщина.

Обследование супругов контрольной группы показало, что ни у кого из них не было расстройств личности, невротических расстройств или явно выраженных акцентуаций характера; благоприятным было и сочетание в супружеских парах психосексуальных типов мужчины и женщины и типов сексуальной мотивации.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья супругов по его компонентам и составляющим, результаты которого представлены в табл. 1, позволил установить причины развития у наших пациентов супружеской дезадаптации, а также способствующие возникновению и усугубляющие ее факторы.

Из данных таблицы видно, что социальный компонент был поражен у всех супружеских пар с сексуальной аверсией за счет поражения инфор-

мационно-оценочной, а также и социокультурной его составляющих. Как показал анализ, при соответствии морально-этических, эстетических, социальных установок и общего культурного уровня у этих супругов отмечались низкая культура секса и расхождение ее типов, например, патриархального или либерального у мужа и пуританского у жены. Информационно-оценочная составляющая этого компонента была поражена вследствие недостаточной, неправильной осведомленности в области психогигиены половой жизни и неадекватной оценки супругами своих сексуальных проявлений.

Психологический компонент сексуального здоровья был нарушен вследствие имеющегося у пациентов внутриличностного конфликта, социально-психологический — сохранен. Биологический компонент сексуального здоровья был поражен у всех супружеских пар за счет психической составляющей, нарушенной в результате имеющегося у мужа или жены невротического расстройства. Нейрогуморальная составляющая данного компонента была ослаблена у небольшого числа обследованных в связи с ретардацией соматосексуального развития.

Составление структурной решетки нарушений сексуального здоровья позволило установить, что стержневым (3-й степени), т. е. причиной развития сексуальной дезадаптации и аверсии, явилось поражение информационно-оценочной составляющей социального и психической составляющей биологического компонента. Нарушение остальных компонентов и составляющих сексуального здоровья соответствовало 1–2-й степени и выступало в качестве фактора, способствующего возникновению

и усугубляющего течение сексуальной дезадаптации супружеской пары.

Как показало обследование, сексуальная дезадаптация проявлялась в игнорировании или неправильном проведении предварительного и заключительного периодов, а также в несоответствии техники самого полового акта желаниям обоих супругов. При этом и муж, и жена испытывали психосексуальную неудовлетворенность. У мужчин она приводила к снижению сексуальной предприимчивости и активности, ослаблению либидо и притуплению оргазма; более чем у половины мужчин отмечалась гипоэрекция, нередко сочетавшаяся с увеличением продолжительности полового акта. У женщин сексуальная дисфункция заключалась в гиполибидемии, сексуальной гипестезии, гипо- или аноргазмии.

Сексуальная аверсия у мужчин и женщин, носившая относительный характер, развивалась постепенно и сначала проявлялась только по отношению к супругу (супруге), т. е. имела относительный характер. Вначале она была кратковременной, как реакция на неудачный половой акт, и протекала волнообразно. Затем, на протяжении 1–2 лет, аверсионные реакции принимали затяжной характер, выражаясь в нежелании и даже полном отказе от сексуальных контактов с супругом (супругой), а со временем — и в резко негативном отношении к половой жизни вообще.

Однако, несмотря на наличие сексуальной аверсии, у большинства обследованных супружеских пар сохранялся достаточно высокий уровень психологической и социально-психологической адаптации, что было обусловлено соответствием направленности личности супругов, их взглядами, наличием чувства взаимной любви, соответствием семейно-ролевых позиций, желанием сохранить семью. Семейные конфликты возникали редко и не носили деструктивного характера. В способах разрешения разногласий супруги отдавали предпочтение объяснениям в корректной форме, старались найти компромиссное решение, стремились контролировать свои эмоции. Конфликты протекали на общем фоне позитивных отношений и эмоциональной привязанности супругов друг к другу.

При обследовании супругов с психологической аверсией выяснилось, что у них также имелись невротические расстройства, у большинства мужчин соматизированное расстройство, кратковременная депрессивная реакция, неврастения, у женщин — неврастения и ипохондрическое расстройство. У всех обследованных с данной формой аверсии было диагностировано также специфическое расстройство личности, чаще всего у мужчин, демонстративное и ананкастное, у женщин — демонстративное и эмоционально-неустойчивое. Выявленные у обследованных формы невротического расстройства и типы расстройства личности зависели от имевшихся у них явно выраженных акцентуаций характера: в большинстве случаев (59±5%) эмотивного, тревожного, педантического — у мужчин; и демонстративного, воз-

будимого, лабильного типов — у женщин (53±5%).

Психологическое обследование показало, что при этом у мужчин имели место такие характерологические черты, как заостренное самолюбие и болезненное чувство собственного достоинства, несдержанность, гневливость, конфликтность, требовательность, агрессивность, властность, нередко подозрительность и обидчивость. У женщин чаще всего наблюдались эгоистичность, демонстративность, высокий уровень притязаний, эмоциональная незрелость, претензии на исключительность, поверхностность переживаний, стремление нравиться.

Перечисленные черты, естественно, не способствовали психологической и социально-психологической адаптации супругов. Не способствовала ей и недостаточная продолжительность знакомства обследованных до брака, которая составляла у подавляющего большинства супружеских пар менее года, а также расхождение мотивов вступления в брак, в частности любви у мужчин и расчета у женщин.

Кроме того, имевшиеся у мужчин и женщин с аверсией эмоциональная неустойчивость, фрустрированность, импульсивность, доминантность во многом определяли такие негативные характеристики взаимодействия, как отсутствие доверительности, эмоциональной поддержки, взаимопонимания, легкости общения, сходства во взглядах, общих символов семьи. Нарушению межличностных отношений супругов способствовали также рассогласованность представлений о семейных ценностях и установленное у подавляющего большинства из них невыполнение ряда семейных функций — ролевой, эмоциональной, духовной, реабилитационной, воспитательной, хозяйственно-бытовой [6].

Психологическая дезадаптация супругов развивалась постепенно, нередко начиная с добрачного периода, причем у 1/3 обследованных возникавшие еще до брака конфликты носили деструктивный характер. В первые годы супружества периоды хороших отношений чередовались с конфликтами, которые вначале были кратковременными, а в дальнейшем приобретали затяжной характер и в конечном счете привели к психологической аверсии.

Проведение системно-структурного анализа сексуального здоровья (табл. 1) показало, что непосредственной причиной дезадаптации у наших пациентов явилось стержневое поражение психологического и социально-психологического компонентов, а нарушение психической составляющей биологического компонента, обусловленное имевшимся у обследованных невротическим расстройством, усугубляло супружескую дезадаптацию.

Несмотря на наличие психологической аверсии, у супругов не наблюдалась сексуально-эротическая дезадаптация. Они были удовлетворены половой жизнью, что обуславливалось соответствием техники проведения полового акта желаниям обоих супругов и достаточной информированностью о психогигиене половой жизни. Сексуально-эротической адаптации способствовало также отсутствие нарушений психосексуального развития у подавляющего большинства обследованных: асинхронии

Причины формирования сексуальной и психологической аверсии у обследованных супругов

Причина аверсии	Число супружеских пар с аверсией			
	сексуальной		психологической	
	у мужчин, n = 41	у женщин, n = 59	у мужчин, n = 48	у женщин, n = 52
Отсутствие чувства взаимной любви	—	—	48±7	52±7
Низкая культура секса	100–2	100–2	—	—
Неприматие черт супруги (супруга)				
характерологических	—	—	48±7	52±7
личностных	—	—	53±7	48±7
Супружеская измена *	—	—	21±6	19±6

* Супруги с сексуальной аверсией (20±6% мужчин и 24±6% женщин) также допускали измены, но второй супруг, как правило, не знал о них, и поэтому они не отражались на взаимоотношениях.

и нарушения полоролевого поведения встречались у них в единичных случаях.

Сексуальная гармония супругов сохранялась также благодаря соответствию в паре типов сексуальной мотивации и психосексуальных типов мужчины и женщины. Чаще всего у супругов наблюдались игровой тип сексуальной мотивации и сочетание в паре агрессивного варианта типа мужчина-мужчина и пассивно-подчиняемого варианта типа женщина-женщина либо типов мужчина-отец и женщина-дочь.

Благодаря указанным обстоятельствам, обеспечившим достаточно высокий уровень сексуально-эротической адаптации супругов, психологическая аверсия у подавляющего большинства из них оставалась изолированной, не распространяясь на сексуальную сферу и не переходя в сочетанную форму аверсии. Этому способствовали также отмечавшиеся у супругов достаточно высокая значимость сексуальной функции и малая значимость ее психологических аспектов.

В то же время неблагоприятное сочетание характерологических особенностей супругов, неадекватное восприятие ими друг друга, отсутствие чувства взаимной любви и уважения приводили к возникновению конфликтных ситуаций, чему способствовали также имеющиеся у супругов несоответствие доминирующей мотивации, рассогласование семейных ценностей, ролевая неадекватность, низкая культура общения. Конфликтные ситуации, как правило, обуславливались несколькими причинами, а возникающие при этом конфликты носили затяжной характер из-за неумения супругов адекватно их разрешать

и неправильного поведения. В конфликтной ситуации при любых разногласиях супруги сосредоточивались на взаимных упреках, требованиях и претензиях, в резкой форме выражая чувства антипатии, вражды, агрессии.

Примечательно, что в основе конфликтов, как показало изучение конфликтного взаимодействия супругов, лежали не реальные трудные ситуации, а неадекватные реакции супругов, обусловленные их личностными особенностями.

В результате проведенного нами анализа причинных факторов развития сексуальной и психологической аверсии у обследованных нами мужчин и женщин были получены данные, обобщенные в табл. 2

При рассмотрении данных таблицы обращает на себя внимание прежде всего то обстоятельство, что развитие аверсии всегда обуславливается сочетанием патогенных факторов. Наиболее распространенные из них при сексуальной аверсии — сексуально-эротическая дезадаптация, при психологической — неприятие характерологических и личностных черт супруга (супруги).

Помимо этих основных причин формирования супружеской аверсии при всех обстоятельствах способствуют ее возникновению и усугубляют течение и проявления низкий уровень сексуального или психологического общения супругов.

На этих закономерностях формирования супружеской дезадаптации, а затем и ее крайнего выражения — сексуальной и психологической аверсии — должна основываться психотерапевтическая коррекция этого негативного явления в семейной жизни и его психопрофилактика.

Литература

1. Берн Э. Психология секса: Как достичь гармонии в любви.— Екатеринбург: Литур, 2001.— 272 с.
2. Берг-Кросс Л. Терапия супружеских пар: Пер. с англ.— М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2004.— 528 с.
3. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова.— СПб.: Питер, 2006.— 607 с.
4. Володин В. С. Основы медицинской сексологии (курс лекций): Уч. пособие.— М.: Логос, 2003.— 240 с.
5. Кристаль В. В., Григорян С. Р. Сексология: Уч. пособие.— М.: Пер Се, 2002.— 879 с.
6. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация.— М.: Едиториал УРСС, 2004.— 256 с.
7. Агишева А. К. Аверсия в супружеских отношениях и ее психотерапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. психол. наук.— СПб., 1992.— 16 с.

Поступила 13.03.2007.