

СЕКСУАЛЬНАЯ АВЕРСИЯ КАК ФОРМА СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

С. С. БАТОЗСКИЙ

SEXUAL VERSION AS A FORM OF SPOUSE DYSADAPTATION

S. S. BATOZSKY

Харьковский областной психоневрологический диспансер, Украина

Показаны причины, механизмы формирования, течение и проявления сексуальной аверсии у мужчин и женщин. Сделан вывод о необходимости основываться на выявленных закономерностях при проведении психотерапевтической коррекции данной формы нарушения сексуального здоровья.

Ключевые слова: сексуальная аверсия, генез, проявления.

The causes, mechanisms, course and manifestations of sexual aversion in men and women are shown. The author concludes about the necessity to base on the revealed regularities at psychotherapeutic correction of this form of sexual health disorders.

Key words: sexual version, origin, manifestations.

Исследование различных аспектов нарушения сексуального здоровья супружеской (партнерской) пары является, как известно, темой многочисленных работ в нашей стране и за рубежом [1–3]. В них рассматриваются как теоретические проблемы сексологии, так и разнообразные вопросы клинической практики [4, 5]. Имеется, однако, область сексуальных отношений супругов, которая по существу остается неизученной. Речь идет о сексуальной аверсии — феномене, который пока практически не был предметом специального анализа, за исключением единичных работ [6].

В то же время аверсия, в частности сексуальная аверсия как крайняя степень сексуальной дезадаптации, тяжело переживается супругами и нередко приводит их на грань развода.

Считается, что сексуальная аверсия представляет собой личностную реакцию мужчины или женщины на постоянную психосексуальную неудовлетворенность [6]. Она выражается в нежелании интимной близости с женой (мужем), а часто и в резко отрицательном отношении к половой жизни вообще. При этом между супругами могут сохраняться хорошие отношения на психологическом и социально-психологическом уровне.

Мы поставили перед собой задачу изучить причины, механизмы формирования и проявления сексуальной аверсии, без чего не может быть разработана ее эффективная психотерапевтическая коррекция.

Под наблюдением были 100 супружеских пар, в которых один из супругов испытывал сексуальную аверсию к другому. Аверсию испытывали 41 (41±5%) мужчина и 59 (59±5%) женщин.

Супруги были в возрасте от 25 до 45 лет и состояли в браке от 1 года до 15 лет: до 5 лет —

16 (16±4%) супружеских пар, от 6 до 15 лет — 84 (84±4%). Продолжительность сексуальной дезадаптации составляла до 5 лет у 13 (13±4%), от 6 до 15 лет — у 87 (87±4%) супругов. Сексуальная аверсия возникала через разные сроки, в основном от 3 до 12 лет, после появления дезадаптации.

Помимо этих супругов, составивших основную группу, были обследованы в качестве контрольной группы 40 супружеских пар соответствующего возраста, у которых дезадаптации и аверсии не отмечалось.

По своему социальному положению большинство обследованных были служащими и имели среднее или, чаще, специальное среднее образование, но у 22±4% мужчин и 25±4% женщин было высшее образование.

Было изучено состояние соматического и психического здоровья супругов, проведены системно-структурный анализ сексуального здоровья [1] и кликопсихологическое обследование с целью выявления акцентуаций характера, пологолевого поведения, психосексуальных типов супругов и их связи с имеющейся у них сексуальной аверсией.

Обследование показало, что ни у кого из мужчин и женщин не было соматических заболеваний, которые могли бы ослабить сексуальную функцию. В то же время у всех обследованных были отмечены невротические расстройства и явно выраженные акцентуации характера. Полученные данные представлены в приводимых ниже таблицах.

Среди невротических расстройств, как видно из табл. 1, у мужчин наиболее частым была невротическая реакция, особенно при наличии аверсии, реже встречались кратковременная депрессивная реакция,

соматизированное, ипохондрическое расстройство и др. У мужчин, не испытывавших аверсии, также довольно часто имело место посттравматическое стрессовое расстройство. У женщин с аверсией последнее наблюдалось чаще всего, а у пациентов без аверсии на первом месте по частоте была кратковременная депрессивная реакция.

Из акцентуаций характера (табл. 2) у мужчин, испытывавших сексуальную аверсию, чаще всего отмечались демонстративный, возбудимый и лабильный типы, реже — педантический и др., а у мужчин без аверсии преобладал тревожный тип. Среди женщин с аверсией чаще всего можно было отметить также демонстративный тип акцентуации характера, а при отсутствии аверсии — в основном тревожный и эмотивный ее типы.

В контрольной группе супружеских пар какие-либо отклонения в психическом состоянии или

выраженные акцентуации характера у обследованных не были выявлены.

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

Полоролевое поведение было нарушено у 41±5% мужчин и 32±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

Таблица 1

Невротические расстройства у обследованных супругов

Тип акцентуации	Мужчины		Женщины	
	с аверсией, n = 41	без аверсии, n = 59	с аверсией, n = 59	без аверсии, n = 41
F43.2.20 Кратковременная депрессивная реакция	17±6	14±5	15±5	20±6
F43.2.21 Пролонгированная депрессивная реакция	2±2	10±4	8±4	7±4
F43.2.22 Смешанные тревожно-депрессивные реакции	—	7±4	—	10±5
F43.2.25 Смешанные нарушения эмоций и поведения	7±4	8±4	12±4	17±6
F45.0 Соматизированное расстройство	15±6	12±4	10±4	12±5
F45.2 Ипохондрическое расстройство	10±5	14±5	15±5	7±4
F48.0 Неврастения	41±8	19±5	17±5	17±6
F43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство	7±4	17±5	22±5	10±5

Таблица 2

Акцентуации характера обследованных супругов

Тип акцентуации	Мужчины		Женщины	
	с аверсией, n = 41	без аверсии, n = 59	с аверсией, n = 59	без аверсии, n = 41
Демонстративный	27±7	—	39±6	—
Педантический	17±6	5±3	—	—
Застревающий	15±6	7±4	8±4	—
Возбудимый	20±6	3±2	25±6	—
Гипертимный	—	12±4	—	20±6
Лабильный	20±6	7±3	15±5	10±5
Экзальтированный	—	8±4	—	—
Эмотивный	—	15±5	—	30±7
Тревожный	—	32±6	—	41±8
Дистимический	2±2	10±4	12±4	—

в единичных случаях, также в форме трансформации.

У 1/3 мужчин и у 15±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.

Нами была исследована также зависимость возникновения аверсии от нарушений полоролевого поведения. Оказалось, что почти всегда аверсия у второго супруга, особенно у женщин, развивается при его трансформации у первого.

При изучении сексуальной мотивации супругов выяснилось, что у мужчин имели место в основном шаблонно-регламентированный и генитальный ее типы (68±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±4%) принадлежали к типу мужчина-сын или были пассивно-подчиняемыми, а женщин (72±4%) чаще всего относились к типу женщина-дочь, реже — к агрессивному варианту типа женщина-женщина.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья, результаты которого представлены в табл. 3, дал возможность установить име-

ющиеся у супругов сексуальные нарушения и их причины.

Социальный компонент сексуального здоровья, как мы видим, был нарушен у всех супружеских пар за счет поражения информационно-оценочной, но 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-й — 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 у муж, и жена испытывали психосексуальную неудовлетворенность. У мужчин она приводила к снижению сексуальной приемчивости и активности, ослаблению либидо и притуплению оргазма; более чем у половины мужчин отмечалась гипозрекция, нередко сочетавшаяся с увеличением продолжительности полового акта. У женщин сексуальная дисфункция заключалась в гиполибидемии, сексуальной гипестезии, гипо- или аноргазмии (табл. 4).

Перечисленные нарушения сексуальной функции служили причиной развития сексуальной аверсии, а допускаемые мужчинами (32±8%) супружеские измены способствовали сексуальной дезадаптации и усугубляли ее.

Таблица 3

Поражение компонентов и составляющих сексуального здоровья у обследованных супругов

Компоненты и составляющие	Число обследованных, 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 %.

Таблица 4

Сексуальные нарушения как причина сексуальной аверсии у обследованных супругов

Сексуальное расстройство	Мужчины		Женщины	
	с аверсией, n = 41	без аверсии, n = 59	с аверсией, n = 59	без аверсии, n = 41
Ослабление эрекции	—	19±5	—	—
Преждевременное семяизвержение	—	14±5	—	—
Низкая оргастичность (10–30%)	—	—	100–2	100–2
Несовпадение сексуального желания	20±6	15±5	100–2	70±7
Низкая культура секса	44±8	32±6	54±6	41±8

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 пол-

ном 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 взглядов, 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.

В целом проведенное исследование показало, что при сексуальной аверсии, обусловленной прежде всего нарушением психического состояния супругов (невротическим расстройством), как правило, отмечаются также нарушения психосексуального развития, недостаточная и неправильная информированность в области психогигиены половой жизни, низкий уровень сексуальной культуры, примитивные типы сексуальной мотивации и их несоответствие у супругов, а также расхождение их психосексуальных типов.

Из полученных данных, по нашему мнению, следует исходить при разработке и проведении системы психотерапевтической коррекции сексуальной аверсии, снижающей качество жизни супругов и ослабляющей прочность брака.

Литература

1. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология: Учеб. пособие.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
2. Мягков И. Ф., Боков С. Н., Чаева С. И. Медицинская психология: пропедевтический курс: Учебник для вузов.— Изд. 2-е, перераб. и доп.— М.: Логос, 2003.— 320 с.
3. Бери Э. Психология секса: Как достичь гармонии в любви.— Екатеринбург: Литур, 2001.— 272 с.
4. Берг-Кросс Л. Терапия супружеских пар: Пер. с англ.—

М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2004.— 528 с.

5. Литвак М. Е., Золотухина-Аболина Е. В., Миrowsич О. М. Бинтование душевных ран или психотерапия? — Изд. 4-е.— Ростов н/Д: Феникс, 2006.— 320 с.
6. Азишева А. К. Аверсия в супружеских отношениях и ее психотерапевтическая коррекция: Автореф. дис. ... канд. психол. наук.— С.Пб., 1992.— 16 с.

Поступила 15.11.2006