

РОЛЬ ЛИЧНОСТНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ СУПРУГОВ В ФОРМИРОВАНИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ

В. О. ЛЕЩИНСКИЙ

THE ROLE OF SPOUSE PERSONALITY FEATURES IN FORMING SEXUAL DYSADAPTATION IN INFERTILE MARRIAGE

V. O. LESCHINSKY

Поликлиника Государственной канцелярии Республики Молдова, Кишинев, Республика Молдова

Рассмотрены акцентуации характера и усредненные профили личности супругов при экскреторно-токсическом бесплодии у мужа. Показана роль выявленных особенностей в генезе сексуальной дезадаптации супружеской пары при данной патологии.

Ключевые слова: сексуальная дезадаптация, бесплодный брак, акцентуации характера, профили личности.

The character accentuation and approximated spouse personality profiles in excretory toxic infertility in the husband are discussed. The role of the revealed features in the development of sexual dysadaptation of the married couple at this pathology is shown.

Key words: sexual dysadaptation, infertile marriage, character accentuation, personality profiles.

При хроническом простатите, приводящем к экскреторно-токсическому бесплодию, часто наблюдается сексуальная дисфункция у мужчин, которая приводит к сексуальной дезадаптации супружеской пары. Нарушение сексуальной функции мужчин при данной андрологической патологии рассматривается в ряде работ [1–3], но в основном остается без внимания то обстоятельство, что оно влечет за собой сексуальное расстройство у жен больных, т. е. дезадаптацию супругов, которая в свою очередь ослабляет прочность брака и может даже привести к его распаду [4, 5]. В то же время известно, что в возникновении, течении и проявлениях сексуальной дезадаптации, при любой ее причине, большую роль играют характерологические и личностные черты мужа и жены и их сочетание в супружеской паре [6]. Однако эта сторона проблемы при экскреторно-токсическом бесплодии не изучена и не освещена в специальной литературе.

С целью установить роль указанных черт в генезе сексуальной дезадаптации супругов в бесплодном браке нами были обследованы 100 супружеских пар, в которых мужья страдали экскреторно-токсическим бесплодием и имела место сексуальная дезадаптация. Супруги были в возрасте от 21 года до 50 лет.

Обследуемые были разделены на две основные группы. В первую вошли 50 (50±5%) пар, в которых у мужей развилась вторичная сексуальная дисфункция вследствие хронического простатита, сопровождающегося болевым синдромом. Вторую группу составили остальные 50 (50±5%)

пар, в которых у мужей сексуальная дисфункция имела место и до заболевания хроническим простатитом, затем усугубившим имеющееся сексуальное расстройство, обусловленное другими причинами. Во второй группе были выделены две подгруппы: 1-я — 20 (40±7%) пар, в которых дезадаптация возникла вследствие расхождения у супругов типов сексуальной культуры, и 2-я — 30 (60±7%) пар, где дезадаптация сформировалась в результате несоответствия личностных черт и нарушения межличностных отношений супругов. В качестве контрольной группы были обследованы 50 супружеских пар, в которых, несмотря на наличие такой же патологии у мужа, сексуальной дезадаптации не наблюдалось.

Учитывая, что одним из важнейших психологических параметров, определяющих степень адаптации, являются акцентуации характера, мы провели исследование их у наших пациентов.

Акцентуация характера — это заострение характерологических черт, не достигающее уровня патологии. В отличие от клинически выявляемой патологии характера, акцентуации проявляются не постоянно, а лишь в трудных для личности ситуациях и не препятствуют удовлетворительной социальной адаптации личности либо нарушения ее носят временный, преходящий характер [7].

Результаты определения акцентуаций характера супругов по методике Г. Шмишека [7] приведены в таблице.

Как видно из представленных данных, в первой группе у мужчин чаще всего отмечался гипертимный и возбудимый типы акцентуации характера,

Типы акцентуации характера обследованных (данные в %)

Тип акцентуации	Группы обследованных							
	первая, n = 50		вторая, подгруппы				контрольная, n = 50	
			1-я, n = 20		2-я, n = 30			
	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж
Демонстративный	4±3	38±7	10±7	30±10	13±6	27±8	—	10±4
Застревающий	—	—	5±5	—	17±7	—	—	—
Педантический	12±5	—	10±7	5±5	3±3	—	—	—
Возбудимый	22±6	28±6	—	15±8	50±9	56±9	—	—
Гипертимный	36±7	14±5	—	10±7	—	—	36±7	30±6
Дистимический	2±2	—	15±8	—	7±5	3±3	—	—
Тревожный	4±3	4±3	30±10	20±9	—	7±5	—	—
Экзальтированный	8±4	8±4	—	—	—	—	—	—
Эмотивный	2±2	4±3	20±9	5±5	—	3±3	—	10±4
Циклотимический	4±3	—	5±5	5±5	10±6	3±3	—	—
Акцентуации не выявлены	8±4	4±3	5±5	—	—	—	64±7	50±7

несколько реже — педантический тип; у женщин — демонстративный и возбудимый, реже — гипертимный тип. Остальные типы акцентуаций среди обследованных этой группы распределились практически равномерно.

В 1-й подгруппе второй группы у мужчин чаще имели место тревожный и эмотивный типы акцентуаций, реже — дистимический; у женщин — демонстративный и тревожный, несколько реже — возбудимый. Во 2-й подгруппе второй группы у половины мужчин и более половины женщин отмечалась возбудимая акцентуация, почти у 1/3 женщин — демонстративная. Ни у кого из женщин не было застревающей акцентуации характера.

Лица, у которых явные акцентуации не были выявлены, исчислялись в основных группах единицами, тогда как в контрольной таких лиц было большинство среди мужчин и половина среди женщин, а у остальных имел место гипертимный тип акцентуации.

Наши пациенты с возбудимым типом акцентуации характера отличались вспыльчивостью, склонностью впасть в неуправляемую ярость, обидчивостью, злопамятностью, мстительностью. В то же время они были чрезвычайно требовательны к другим, не прощали даже мелкие обиды. Любили давать советы и не терпели их по отношению к себе. Временами у лиц с возбудимой акцентуацией характера возникало беспричинно тоскливое настроение, и они становились особенно раздражительными.

При педантическом типе акцентуации характера преобладали такие черты, как крайняя нерешительность, боязливость, постоянные сомнения, боязнь принять какое-либо решение, из-за чего любая работа для таких лиц была мучительной. Они всегда нуждались в поддержке и ожидали ее, опасались за свое здоровье, за участь близких; тревога, настороженность, беспокойство были их

постоянным состоянием. Они терялись, когда на них обращали внимание, избегали физического труда, считая себя неловкими и неуклюжими, были склонны к самоанализу и ни к чему не обязывающим рассуждениям на общие темы. Однако в работе эти лица проявляли тщательность и аккуратность.

Мужчины и женщины с демонстративным типом акцентуации характера не выносили равнодушного отношения к себе, стремились всегда быть в центре внимания, вызывать восхищение, удивление. Были весьма разговорчивы, особенно когда замечали интерес со стороны слушателей. Фантазировали, представляли себе, что артистический талант принесет им славу, вызывающую всеобщую зависть. В дружбе эти лица ценили только постоянное внимание к себе и считали, что не могут найти достойных друзей. Людям с демонстративной акцентуацией флирт доставлял большее удовольствие, чем сексуальные контакты.

Тревожных пациентов в детстве преследовало чувство страха, нередко достигавшее крайней степени (боязнь темноты, грозы, других детей, животных и т. д.). С возрастом эти страхи нивелировались, но осталась робость с элементами покорности, униженности. Некоторые из этих лиц проявляли гиперкомпенсацию в виде самоуверенного или даже дерзкого поведения, однако неестественность его сразу бросалась в глаза. Временами у них наблюдалась пугливость, имеющая чисто рефлекторный характер, но она могла быть и проявлением внезапного страха. Страх нередко сопровождался соматической реакцией, которая через систему иннервации сердца в свою очередь усиливала страх.

Лицам с гипертимным типом акцентуации характера были свойственны приветливость, открытость, доброта. Они имели много друзей, любили поговорить, охотно предлагали людям свою

помощь, но далеко не всегда исполняли свои предложения, были необязательны. Кропотливая работа, требующая усидчивости и терпения, вызывала у них отвращение. Гипертимные личности часто высказывали оригинальные идеи, которые, как правило, не претворялись в жизнь, были насмешливы, любили передразнивать, копировать людей, считали себя выше других и не любили, когда им противоречили. Гипертимы легко переносили житейские невзгоды, не дорожили материальными благами.

Мужчинам с застревающим (параноическим) типом акцентуации была присуща патологическая стойкость аффекта. В норме, как известно, аффект через некоторое время проходит, у застревающей же личности его действие угасает гораздо медленнее, и даже через длительное время легко оживают сопровождающие стресс эмоции. Аффект у такой личности держится очень долго, хотя никакие новые переживания его не активизируют. Особенно ярко выраженное застревание аффекта мы наблюдали, когда затрагивались личные интересы таких пациентов. Аффект в этих случаях оказывался ответом на уязвленную гордость, на задетое самолюбие или на какие-либо формы подавления, хотя объективно моральный ущерб, как правило, был совершенно незначительным. Застревающие личности никогда не забывали об «оскорблении» их личных интересов, были мстительны.

Для лиц с эмотивным типом акцентуации были характерны чувствительность и глубокие реакции в области тонких эмоций, впечатлительность, отзывчивость, мягкосердечие. Они любили природу, искусство, легко плакали и от огорчения, и от радости. Душевные потрясения, оказывая на таких людей болезненно глубокое воздействие, могли вызвать реактивную депрессию. На эмотивную личность воздействует лишь само переживание, вызывая непосредственную эмоциональную реакцию без преходящих настроений. Поэтому человек эмотивного склада не может почувствовать беспричинного веселья, счастья. Мы наблюдали это у своих пациентов, чрезвычайно серьезно воспринимавших любое жизненное событие.

Наши обследованные с дистимическим типом акцентуации характера были прирожденными пессимистами. У них всегда было пониженное настроение, они во всем видели лишь мрачные стороны, постоянно ожидали каких-либо несчастий. Им казалось, что окружающие плохо к ним относятся, смотрят на них свысока. Они были мрачны, угрюмы, всегда всем недовольны, не способны к волевому усилию, от трудностей впадали в отчаяние. Особенно плохо они чувствовали себя по утрам, просыпались с ощущением разбитости, усталости. Нередко их посещали мысли о никчемности, бессмысленности жизни. Для лиц с дистимической акцентуацией были также характерны пассивность в действиях и замедленное мышление.

Аффективно-экзальтированным личностям было свойственно бурное реагирование на жиз-

ненные ситуации. Темп нарастания этих реакций и внешние их проявления отличались большой интенсивностью. Такие личности одинаково часто приходили в восторг от радостных событий и в отчаяние — от печальных, были подвержены резким колебаниям настроения. Привязанность к близким, друзьям, радость за них, за их удачи могли быть у них очень сильны, как и реакция на неприятности и печальные события. Жалость, сострадание к несчастным людям, к больным животным способны были довести таких людей до отчаяния, и даже легко поправимая неудача или какое-либо разочарование воспринимались ими как глубокое горе.

Для пациентов с циклотимической акцентуацией, или аффективно-лабильных, была характерна смена гипертимических и дистимических состояний. На передний план выступал то один, то другой из этих двух полюсов, иногда без всяких видимых причин, а иногда в связи с теми или иными конкретными событиями. Радостные события не только вызывали у них положительные эмоции, но также сопровождались общей картиной гипертимии: жаждой деятельности, повышенной говорливостью, каскадом идей; следствием печальных событий становились подавленность, замедленность реакций и мышления. Смену состояний не всегда вызывали внешние раздражители, иногда для этого бывало достаточно едва уловимого изменения в общем настроении.

Примечательно, что в контрольной группе супружеских пар у большинства мужчин и половины женщин, как показали отмеченные выше клинические наблюдения, явных акцентуаций характера не было выявлено, а у остальных пациентов имел место гипертимный тип акцентуации, у части женщин — демонстративный и эмотивный типы. В основных же группах мы не выявили акцентуаций характера лишь у нескольких человек.

Учитывая, что для психологической адаптации супругов важны не столько имеющиеся у них акцентуации характера, сколько сочетание этих акцентуаций в паре, мы провели соответствующее исследование. Полученные результаты показали, что во второй группе в большинстве случаев наблюдалось неблагоприятное сочетание типов акцентуаций в супружеской паре: совпадение одинаковых акцентуаций (прежде всего, возбудимого типа) или такие сочетания типов, как возбудимый и демонстративный, возбудимый и тревожный, возбудимый и застревающий. В первой группе сочетание типов акцентуации было более благоприятным, дополняющим друг друга: эмотивного и педантического; демонстративного и гипертимного; экзальтированного с эмотивным или гипертимным; тревожного с гипертимным или возбудимым.

Естественно, что здесь можно говорить лишь о тенденции к благоприятному или неблагоприятному для адаптации сочетанию акцентуаций, ибо в конечном счете адаптация или дезадаптация

в большей степени определяется приобретенными, а не врожденными чертами личности — доминирующей мотивацией, ценностными ориентациями, чувством любви и т. п.

В контрольной группе выявленные у супругов типы акцентуации характера в основном благоприятно сочетались в супружеских парах (чаще всего у одного из супругов не было явной акцентуации).

Усредненные профили личности супругов определяли по методике ММРІ [7]. При этом показатели оценочных шкал (L, F, К) находились в пределах, отражающих их адекватную и достаточно откровенную реакцию на процедуру тестирования (рис. 1–4).

Усредненный профиль супругов первой группы (рис. 1) характеризовался подъемом на невротических шкалах — 1-й (ипохондрии), 2-й (депрессии), 3-й (истерии). При этом форма усредненного профиля на невротических шкалах определялась максимальным повышением на 1-й шкале. Второй подъем профиля был выражен на 7-й шкале (психастении). Профиль резко снижался на 9-й шкале (гипомании).

Клинически психическое состояние этих пациентов определялось ипохондрической фиксацией болезненных ощущений, эмоциональной напряженностью, тревожностью, подавленным настроением, снижением активности и инициативы. Больные были эмоционально лабильны, плохо контролировали свои эмоции. Поведение их было ориентировано на сочувствие, внимание и поддержку близких. Характерными были такие личностные особенности, как острое переживание неудач, волнение, неуверенность в себе.

Усредненный профиль жен первой группы характеризовался умеренным снижением на 2-й (депрессии) и существенным снижением на 5-й (мужских и женских черт характера) шкале, что свидетельствует об усилении сенситивности, мягкосердечности, ранимости. Черты женственности в поведении сочетались с хорошим эмоциональным контролем, самокритичностью, глубиной переживаний.

Профиль больных 1-й подгруппы второй группы (рис. 2) характеризовался максимальным повышением показателей 2-й (депрессии), сочетающимся с высокими 1-й (ипохондрией), 7-й

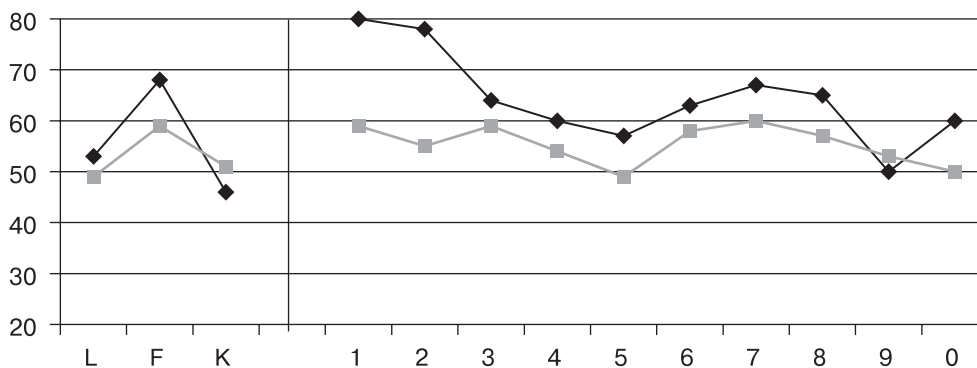


Рис. 1. Усредненный профиль обследованных первой группы:

◆ — мужчин; ■ — женщин.
То же на других рисунках.

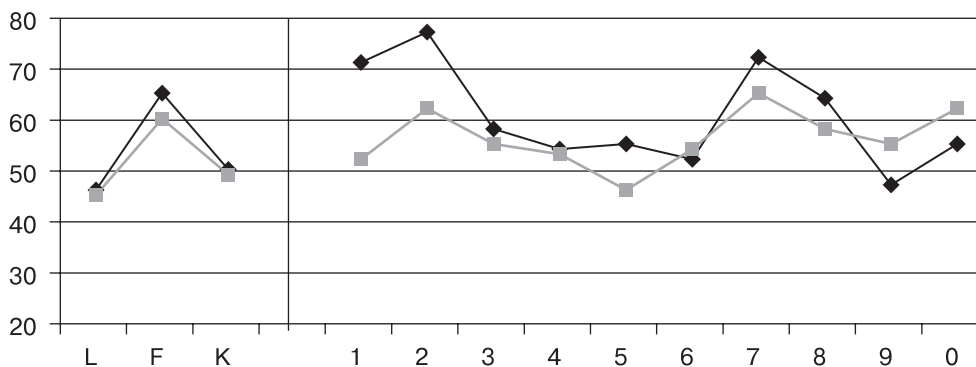


Рис. 2. Усредненный профиль обследованных 1-й подгруппы второй группы

(психастении) и 0-й (социальной интроверсии) шкал при низкой 9-й шкале (гипомании).

Такой профиль характерен для лиц с выраженными тревожно-мнительными чертами. Клинически психическое состояние больных определялось эмоциональной напряженностью, тревожностью, подавленностью настроения, ипохондрической фиксацией. Повышенная тревожность сочеталась у них с неуверенностью, застенчивостью, нерешительностью, замкнутостью, неловкостью в общении.

Для жен больных 1-й подгруппы второй группы типичным было снижение показателей 5-й шкалы (мужественности — женственности), максимальное повышение 7-й (психастении) и умеренное повышение 0-й (социальной интроверсии) и 2-й (депрессии) шкал. Эти данные отражают постоянную тревожность, нерешительность, сниженную самооценку, интрапунитивность женщин, отличавшихся чувствительностью, ранимостью, эмоциональной утонченностью.

Во 2-й подгруппе второй группы (рис. 3) усредненный профиль больных характеризовался максимальным повышением показателей 6-й шкалы (паранойальности), сочетающимися с подъемом профиля на невротических шкалах: 1-й (ипохондрией), 2-й (депрессией) и 3-й (истерией). На 5-й шкале профиль был снижен.

Для этих больных была характерна плохая социальная приспособляемость, повышенная раздражительность, подавляемая враждебность. Выраженная тенденция устойчивости аффективно окрашенных переживаний проявлялась в болезненной обидчивости, подозрительности, чувствительности в отношении несправедливости. Замкнутость, агрессивность и эгоцентрические черты особенно затрудняли адаптацию в ближайшем окружении.

У женщин 2-й подгруппы второй группы профиль личности характеризовался максимальным повышением показателей 6-й шкалы, сочетающимися с подъемом профиля на невротических шкалах: 1-й (ипохондрией), 2-й (депрессией) и умеренным повышением 4-й (психопатии). Такая конфигурация профиля свидетельствует о повышенной устойчивости аффективно окрашенных переживаний, склонности к конфликтам, раздражительности, несдержанности, вспышках агрессивности. Наблюдавшаяся у больных тенденция к самоутверждению порождала подозрительность, упрямство, недоверчивость.

Усредненный профиль обследованных контрольной группы (рис. 4) ни на одной из шкал не достигал 65 Т-баллов. У них не выявлены нарушения психического здоровья или какие-либо

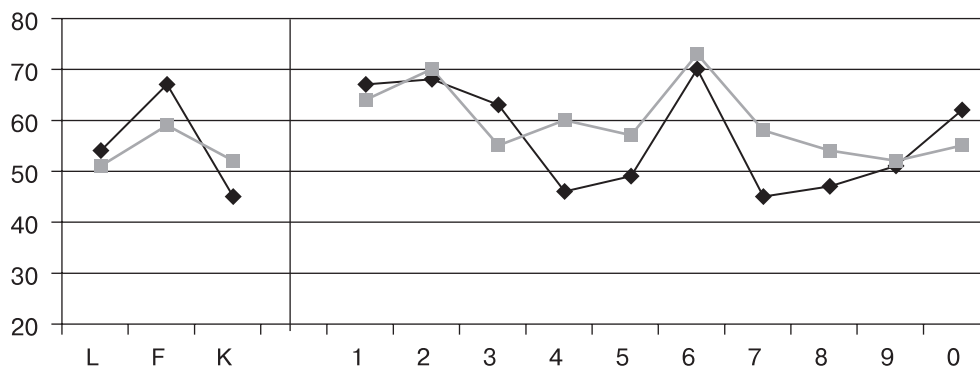


Рис. 3. Усредненный профиль обследованных 2-й подгруппы второй группы

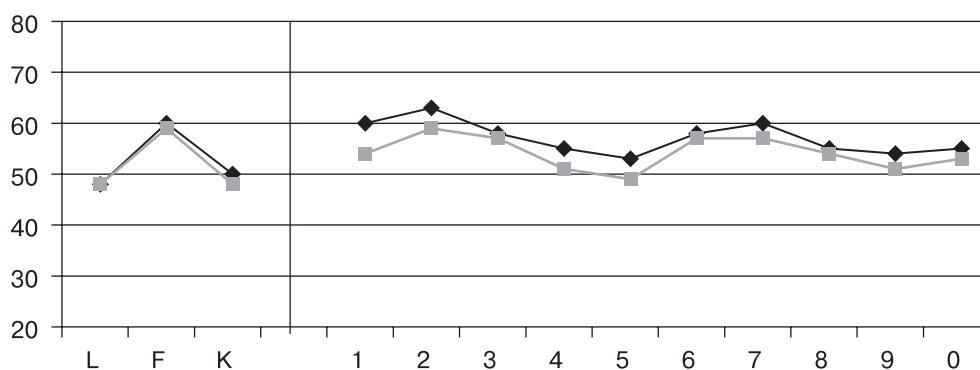


Рис. 4. Усредненный профиль обследованных контрольной группы

черты, предрасполагающие к таким нарушениям. Усредненный профиль женщин контрольной группы достоверно не отличался от показателей женщин первой группы и 1-й подгруппы второй группы ($p > 0,05$).

Таким образом, анализ результатов обследования с помощью методики ММРІ свидетельствует о том, что психическое состояние больных основных групп характеризовалось эмоциональной напряженностью, тревожностью, снижением настроения, падением активности и инициативы и нередко — ипохондрической фиксацией на болезненных ощущениях.

Сопоставление усредненных профилей мужчин по группам показало, что мужчинам первой группы, т. е. лицам со вторичной сексуальной дисфункцией, были присущи ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях, острое переживание неудач, неуверенность в себе. Для мужчин 1-й подгруппы второй группы, т. е. при социокультурной форме дезадаптации, были характерны тревожно-мнительные черты, неуве-

ренность в себе, замкнутость, нерешительность. У обследованных 2-й подгруппы данной группы, т. е. при коммуникативной форме дезадаптации, у обоих супругов отмечалась устойчивость аффективно окрашенных переживаний, проявляющихся в болезненной обидчивости, подозрительности, эмоциональной несдержанности, конфликтности, агрессивности. Как у мужчин, так и у женщин (высокая 5-я шкала у женщин и низкая — у мужчин) отсутствовали мягкость в общении, способность к глубокой душевной привязанности.

Выявленные у супругов при данном обследовании личностные черты снижали их адаптивные возможности и служили почвой для возникновения межличностных конфликтов.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о большой роли характерологических и личностных черт супругов при экскреторно-токсическом бесплодии у мужчин и должны учитываться в процессе психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации, наблюдающейся при этой патологии.

Литература

1. Вагнер Г., Грин К. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение): Пер. с англ.— М.: Медицина, 1985.— 240 с.
2. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Рег Се, 2002.— 879 с.
3. Арнольди Э. К. Простатит: опыт, проблемы, перспективы.— Харьков: Каравелла, 1997.— 112 с.
4. Юнда И. Ф. Простатиты.— Киев: Здоров'я, 1987.— 186 с.
5. Юнда И. Ф. Болезни мужских половых органов. 2-е изд.— Киев: Здоров'я, 1989.— 272 с.
6. Агарков С. Т. Дисгармоничный брак // Социол. исслед.— 1987.— № 4.— С. 81–85.
7. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение.— М.: Academia, 2004.— 736 с.

Поступила 13.08.2007