

СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННОМ РАССТРОЙСТВЕ У ЖЕНЩИН: ПРИЧИНЫ, МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ

Н. Р. ПИСАНАЯ

SEXUAL DISADAPTATION IN SOMATIZATION DISORDERS IN WOMEN: CAUSES, DEVELOPMENT MECHANISMS, CLINICAL FORMS

N. R. PYSANAYA

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Выявлены причины и закономерности развития двух вариантов сексуальной дезадаптации супружеской пары при соматизированном расстройстве у жены — первичного и вторичного. Показаны клинические формы, в которых проявляются тот и другой вариант дезадаптации, знание которых необходимо для эффективной психотерапии нарушения сексуального здоровья при данном заболевании женщин.

Ключевые слова: сексуальная дезадаптация, соматизированное расстройство у женщин, формы дезадаптации.

The causes and regularities of development of two variants of sexual disadaptation of a married couple at somatization disorder of the wife (both primary and secondary) were revealed. The author describes clinical forms, in which this or that variant of disadaptation develops, the knowledge of which is necessary for effective psychotherapy of sexual health disturbance at this disease in women.

Key words: sexual disadaptation, somatization disorder, disadaptation form.

Соматизированное расстройство у мужчин и женщин нередко сочетается с нарушением сексуальной функции, а следовательно, и с сексуальной дезадаптацией супружеской пары [1, 2]. Однако эта проблема, несмотря на ее очевидную актуальность, особенно учитывая распространенность соматизированного расстройства среди населения [3], мало привлекала внимание исследователей и остается по существу белым пятном в медицинской психологии и сексологии. Не исследовано, в частности, нарушение сексуальной адаптации супружеской пары при этом заболевании у женщин.

До сих пор не изучены причинно-следственные связи между соматизированным расстройством и сексуальной дезадаптацией. Не выявлены причины, механизмы развития, течение и клинические формы сексуальных нарушений, приводящих к возникновению этого расстройства, и тех нарушений сексуальной адаптации, которые, напротив, являются его следствием, т. е. первичной и вторичной дезадаптации супругов при соматизированном расстройстве у жены; не выяснена роль социогенных, психогенных, негативных социально-психологических и биогенных факторов в генезе нарушения сексуального здоровья супружеской пары, в которой жена страдает данным расстройством.

С целью выполнения указанных пробелов нами были обследованы 125 супружеских пар с соматизированным расстройством у жены, из

которых у 95 пар имела место сексуальная дезадаптация и у 30 пар дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие соматизированного расстройства у женщин. У 45 (47±5%) супружеских пар была выявлена первичная и у 50 (52±5%) — вторичная сексуальная дезадаптация, эти пациенты составили соответственно первую и вторую клинические группы; 30 пар без дезадаптации были обследованы в качестве контроля.

Все супруги были в возрасте от 21 года до 45 лет и состояли в браке от 5 до 18 лет.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим [4] и психодиагностические исследования [5, 6] позволили нам выделить варианты и клинические формы первичной и вторичной сексуальной дезадаптации при соматизированном расстройстве у женщин, установить их причины, механизмы развития и проявления.

Исследования показали, что первичный вариант дезадаптации супружеской пары проявляется в четырех клинических формах: социокультурной, полоролевой, сексуально-эротической и конституциональной, каждая из которых имеет свои причины, течение и проявления.

Социокультурная форма сексуальной дезадаптации развивается при несоответствии у супругов типов сексуальной культуры, которое становится непосредственной причиной этой формы.

Сексуальная культура представляет собой неотъемлемую составную часть общей культуры. Это интегративный феномен, обусловленный при главенствующей роли социальных условий психологическими, социально-психологическими и биологическими факторами. Сексуальная культура складывается в определенных социальных условиях, и именно эти условия — отношение общества к сексу, социализация сексуальности, религия, обычаи, обряды, половое воспитание, сексуальное просвещение — формируют отношение личности к сексу и сексуальное поведение.

Интегральными показателями, характеризующими сексуальную культуру [7], являются отношение к любви, значение для личности соотношения духовных и физических ее аспектов; сексуальная мораль, отношение к сексуальной норме и сексуальным девиациям; отношение к противоположному полу; психосексуальная ориентация; уровень информированности в области секса; сексуальная установка; полоролевое поведение; сексуальная мотивация; мотивы полового акта; этические и эстетические установки в сексе; психосексуальные типы мужчины и женщины. Перечисленные показатели представляют собой критерии сексуальной культуры, и несоответствие каждого из них у супругов может стать причиной сексуальной дезадаптации супружеской пары.

Описаны четыре варианта сексуальной культуры — гармоничный, дисгармоничный, девиантный и асексуальный, в каждом из которых выделяют ряд типов [7].

В гармоничный вариант входят два типа сексуальной культуры: аполлоновский (гуманистический), отличающийся гармонией души и тела, культивирующий естественную радость секса, и мистический, распространенный на Востоке (Камасутра, даосизм).

Дисгармоничный вариант сексуальной культуры составляют следующие типы: либеральный, терпимо относящийся к сексуальным нормам и обычаям, но не приемлющий любви с доминантой жертвенности, посвященности; невротический, характеризующийся чувством угрозы, неуверенности, страха перед противоположным полом, затруднением общения, в том числе сексуального; примитивный, при котором в сексуальном поведении отсутствуют этико-эстетические мотивы, и имеет место генитальный тип сексуальной мотивации; патриархальный, основанный на двойной морали — разрешающий внебрачные связи для мужчин и запрещающий их для женщин.

Девиантный вариант объединяет три типа сексуальной культуры: оргиастический, гиперролевой и гипоролевой. Первый из них принимает все формы сексуальной активности и трактует секс только как источник удовольствий. При гиперролевом типе высоко оценивается маскулинное поведение, требующее подчиненности женщины желаниям мужчины, при гипоролевом типе, напротив, маскулинное поведение оценивается ниже, чем фемининное.

Асексуальный вариант сексуальной культуры включает два типа: репрессивный, направленный на подавление секса во всех его проявлениях, и пуританский — ханжеский, отвергающий любые и прежде всего сексуальные удовольствия.

Сексуальная культура и сочетание ее типов в супружеской паре во многом определяют состояние ее сексуальной адаптации. Наблюдения свидетельствуют, что гармоничным является только сочетание у обоих супругов аполлоновского или мистического типов сексуальной культуры. Относительная гармония наблюдается при сочетании в супружеской паре либерального типа с оргиастическим, патриархального с гиперролевым, примитивного с асексуальным. Псевдогармоничным может быть сочетание у супругов любых двух дисгармоничных, асексуальных или девиантных типов культуры. Наконец, не сочетаются аполлоновский тип культуры с либеральным, поскольку для последнего не значима любовь, и с патриархальным из-за отсутствия равенства в сексуальных отношениях. Очень плохо сочетаются дисгармоничный вариант сексуальной культуры с асексуальным и девиантным и гармоничный с каждым из этих вариантов.

Не понимая истинной причины социокультурной формы сексуальной дезадаптации, женщина часто объясняет ее своей сексуальной несостоятельностью либо связывает с «неправильным» поведением мужа. Так же может думать при несоответствии сексуальной культуры и мужчина. В таких случаях один из супругов пытается изменить обусловленное типом культуры сексуальное поведение другого либо смиряется с ним. Возникает инновационный конфликт, который и составляет суть данной формы сексуальной дезадаптации.

Социокультурная форма дезадаптации проявляется с самого начала супружеской жизни и, обуславливая психосексуальную неудовлетворенность, может приводить к сексуальной аверсии и межличностному супружескому конфликту.

Нами была установлена связь типа сексуальной культуры с характером полового развития женщин. Аполлоновский ее тип формировался только у лиц с гармоничным сомато- и психосексуальным развитием. У женщин с невротическим или примитивным типом сексуальной культуры обычно имели место задержки сомато- и психосексуального развития; девиантные типы культуры формировались, как правило, при преждевременном половом созревании и отклонениях полоролевого поведения. У лиц с асексуальным вариантом сексуальной культуры отмечались ретардация психосексуального развития и формирование неправильных сексуальных установок. Наблюдалась также связь сексуальной мотивации с типом сексуальной культуры. Так, при гиперролевом ее типе отмечался сексуально-эгоистический, а при примитивном — генитальный тип сексуальной мотивации.

Одним из механизмов развития сексуальной дезадаптации супругов при несоответствии типов сексуальной культуры может быть полоролевая дисфункция, а именно межуровневая полоролевая дискордантность (несогласованность показателей маскулинности и фемининности на биогенном и социогенном уровнях), отсутствие полоролевой комплементарности супругов или, как это нередко наблюдалось у наших обследованных, нарушения полоролевого поведения.

Системно-структурный анализ выявил стержневое поражение социокультурной составляющей социального компонента как причину дезадаптации супругов.

Полоролевая форма сексуальной дезадаптации развивается при девиации полоролевого поведения женщины и неблагоприятном его сочетании с полоролевым поведением мужа. Отклонения могут проявляться в трансформации (маскулинном) или в гиперролевом (гиперфемининном) поведении женщин.

При полоролевой форме дезадаптации у женщин, как правило, можно было отметить нарушения полового развития, очень часто — сочетанные его асинхронии. У наших пациенток большей частью наблюдались генитальный тип сексуальной мотивации, мотив полового акта — получение оргазма. Половая конституция больных была средней или слабой. Сексуальное либидо нередко было слабо выражено, а эротическое отсутствовало. Тип сексуальной культуры — невротический, гиперролевой или девиантный.

При системно-структурном анализе сексуального здоровья выявлялось стержневое поражение психологического компонента и психической составляющей биологического компонента как причину сексуальной дезадаптации и, кроме того, нарушение социально-психологического компонента, которое способствовало возникновению и усугубляло ее течение.

Сексуально-эротическая форма сексуальной дезадаптации возникает вследствие низкого уровня информированности супругов в области секса, приводящего к их неправильному сексуальному поведению. Она характеризуется расхождением диапазона приемлемости супругов, несоответствием их желаний, техники полового акта и расхождением сексуальных экспектаций мужа и жены.

У большинства женщин с данной формой сексуальной дезадаптации имела место ретардация психосексуального развития, характерными были также сочетанные асинхронии. Примерно у 1/3 больных наблюдалась трансформация полоролевого поведения. Половая конституция большинства женщин была слабой, реже средней. При сохранном платоническом и эротическом либидо сексуальное нередко было слабо выражено. Тип сексуальной культуры — невротический или примитивный. Для всех обследованных был характерен низкий уровень осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни. Нередким было

также несоответствие типов сексуальной мотивации, в частности шаблонно-регламентированного ее типа у жены и игрового или коммуникативно-гедонического — у мужа. Дисгармонирующим фактором служило и часто наблюдавшееся неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов женщины и мужчины, в особенности одинаковых — пассивно-подчиняемых или агрессивных их вариантов.

С помощью системно-структурного анализа сексуального здоровья мы выявили при данной форме дезадаптации сочетанное поражение его компонентов — социального (за счет информационно-оценочной составляющей), психологического и социально-психологического, у женщин также психической составляющей биологического компонента.

Рассматриваемая форма супружеской дезадаптации, как правило, начиналась с первых же половых актов. Ее клиническими проявлениями были снижение у женщин либидо, сексуальной активности и предприимчивости, психосексуальная неудовлетворенность обоих супругов.

Сексуально-эротическая дезадаптация чаще всего развивается у личностей эгоистических, самовлюбленных или пассивно-подчиняемых, либо с такими личностными чертами, как инфантильность, замкнутость, тревожная мнительность. Но следует отметить, что при сексуально-эротической дезадаптации наблюдается обратно пропорциональная зависимость ее частоты от возраста, жизненного, супружеского опыта и общего культурного уровня супругов. Эта форма дезадаптации, как и полоролевая, очень часто возникает при несоответствии общей и сексуальной культуры жены и мужа, в особенности при дисгармоничном и девиантном вариантах сексуальной культуры у женщин. Отношения супругов, как и при других формах дезадаптации, во многом зависят от их психосексуальных типов.

Конституциональная форма сексуальной дезадаптации развивается при несоответствии половой конституции жены и мужа. В таких случаях в соматосексуальном развитии большинства и психосексуальном — всех женщин отмечаются задержки, характерны также сочетанные асинхронии полового созревания. Как правило, наблюдается недостаточная осведомленность в области секса.

У всех обследованных нами женщин при данной форме дезадаптации был шаблонно-регламентированный или генитальный тип сексуальной мотивации, а мотив полового акта чаще всего — получение оргазма или выполнение супружеского долга. Эротическое либидо у большинства пациенток отсутствовало, сексуальное было слабо выражено. Сексуальная потребность возникала редко — один-два раза в месяц. Тип сексуальной культуры жены был в основном примитивным.

Сексуальная дезадаптация супругов при данной ее форме проявлялась с самого начала су-

пружеской жизни в виде разной сексуальной потребности и активности супругов, сниженного полового влечения у жены. Нередко имеющиеся у нее сексуальные нарушения достигали степени алибидемии и аноргазмии. Многие женщины с рассматриваемой формой супружеской дезадаптации отличались астенической конституцией, вторичные половые признаки были у них слабо выражены, психофизиологические процессы инертны.

Стержневым при конституциональной форме сексуальной дезадаптации являлось поражение психологического компонента и нейрогуморальной составляющей биологического компонента сексуального здоровья у женщин.

Все описанные формы сексуальной дезадаптации через определенный период времени — обычно от 3 до 5 лет — приводили к развитию у женщин соматизированного расстройства.

Вторичная сексуальная дезадаптация, как показали результаты проведенных исследований, проявляется в трех разных клинических формах — коммуникативной, аверсионной, дезактуализационной.

Коммуникативная форма дезадаптации была наиболее частой среди обследованных нами супружеских пар с соматизированным расстройством у жены. Причинами ее явились наблюдавшиеся у супругов внутриличностный и межличностный конфликты. Конфликт возникал в результате наличия у женщин затрудняющих общение психологических черт — робости, застенчивости или, напротив, — грубости, агрессивности, а также дисгармоничных черт личности — дезадаптивности, инфантилизма, нездравомыслия, ригидности, неадекватности самооценки и уровня притязаний, эгоцентризма, т. е. черт, обуславливающих конфликтность. Причиной конфликтов было и нарушение взаимоотношений супругов из-за неумения жены решать семейные проблемы, расхождения ценностных ориентаций супругов, их ролевого поведения в семье, из-за наличия у жены маскулинных или гиперфемининных черт характера, вызывающих неприятие у мужа.

Развитие дезадаптации у наших обследованных было четко связано с конфликтами, которые постоянно возникали между супругами и привели в конечном счете к развитию соматизированного расстройства у женщин.

Для пациенток с данной формой дезадаптации были характерны такие типы воспитания, как гипопротекция и условия жестоких взаимоотношений. Из ценностных ориентаций сексуальная сфера и у больных, и у их мужей стояла на четвертом месте по значимости, что говорит об отсутствии сексуальной неудовлетворенности супругов. Сочетание в паре психосексуальных типов также большей частью было благоприятным — чаще всего сочетались женщина-мать и мужчина-сын.

Большинство обследованных с коммуникативной формой дезадаптации вступили в брак по любви. Однако в период обследования все

женщины и подавляющее большинство мужчин думали о разводе или предпринимали попытки развестись. Показатели супружеской адаптации и супружеского счастья при данной форме дезадаптации и у женщин, и у мужчин были значительно ниже нормативных.

Наши наблюдения подтвердили наличие известной зависимости: чем моложе супружеские пары, чем меньше их жизненный и супружеский опыт, тем чаще у них встречается коммуникативная форма дезадаптации; она чаще возникает также у лиц с высоким образовательным индексом.

Аверсионная форма сексуальной дезадаптации близка по своим характеристикам к коммуникативной. Психологическая аверсия, характеризующаяся крайне негативным отношением женщины к мужу, развивается из-за постоянной психологической неудовлетворенности жены вследствие неприятия поведения мужа либо из-за несоответствия семейно-ролевых позиций супругов или отсутствия у них взаимной любви. Психологическая аверсия может быть изолированной, но чаще всего постепенно распространяется на сексуальную сферу.

У обследованных нами женщин с соматизированным расстройством психологическая аверсия распространилась на сексуальную сферу при следующих условиях. У большинства из них психосексуальное развитие было задержанным. Имела место трансформация полоролевого поведения. При сохранном платоническом либидо эротическое и сексуальное либидо было слабо выражено. Половая конституция женщин была слабой или ослабленной средней. Тип сексуальной мотивации в большинстве случаев — шаблонно-регламентированный или генитальный, мотив полового акта — снятие полового напряжения или получение оргазма. Тип сексуальной культуры — невротический.

Женщины с такими характеристиками нередко выходили замуж по настоянию родителей. Сексуальная активность и предприимчивость их могли быть достаточными, однако при неправильном сексуальном поведении мужа или под влиянием каких-либо других неблагоприятных факторов сексуальная функция пациенток резко снижалась, вплоть до возникновения алибидемии. При этом присоединение сексуальной аверсии к психологической было четко связано с конфликтами, возникающими между супругами. Хотя обычно сексуальные нарушения в этих случаях были проходящими, при повторении они со временем приводили к развитию сексуальной аверсии. Вначале у женщин снижалась сексуальная активность, и они не получали психосексуального удовлетворения. Ослабление сексуальной функции имело относительный характер, т. е. не наблюдалось при сексуальных контактах с другими партнерами, но со временем сексуальные нарушения приобретали абсолютный характер, т. е. сохранялись при смене партнера, и у женщин развивалось резко отрицательное отношение к половой жизни вообще.

При аверсионной форме дезадаптации показатели супружеской адаптации были самыми низкими из всех обследованных супружеских пар. Системно-структурный анализ сексуального здоровья выявил сочетанное стержневое поражение психологического и социально-психологического компонентов как непосредственную причину развития сексуальной дезадаптации супружеской пары. Остальные компоненты и составляющие сексуального здоровья также были нарушены, усугубляя дезадаптацию.

Дезактуализационная форма сексуальной дезадаптации при исходной сексуальной адаптации супругов может в течение некоторого времени оставаться изолированной. Но затем конфликты приобретают затяжной характер и обуславливаются как ситуационно, так и особенностями личности супругов и их взаимоотношений, в том числе использованием ими неадекватных способов разрешения конфликтов.

Процесс формирования, проявления и течения дезактуализационной формы супружеской дезадаптации имеет определенную динамику. Вначале между супругами возникают частые, но непродолжительные конфликты, причем интимные отношения, как правило, примиряют супругов, но не разрешают конфликтную ситуацию. При этом сексуальная активность и диапазон приемлемости супругов сохраняются. Затем межличностные отношения приобретают негативный характер, конфликты становятся более глубокими и продолжительными. Супруги не разговаривают друг с другом, нередко отказываются от интимных отношений, хотя могут и формально продолжать их. Со временем негативное отношение жены к мужу достигает высокой степени. Супруги думают о разводе, делают попытки развестись. Половая жизнь полностью дезактуализируется и женщины полностью отказываются от сексуальных контактов.

Развитию данной формы дезадаптации может парадоксальным образом способствовать реакция мужа, когда он, стремясь сохранить семью, старается быть особенно внимательным, предупредительным и тем самым вызывает и усиливает раздражение жены.

Женщины с дезактуализационной формой дезадаптации чаще всего получали воспитание

по типу потворствующей гиперпротекции, способствующей формированию демонстративного и возбудимого типов акцентуации характера. Непосредственной причиной данной формы явилось стержневое поражение психологического компонента и психической составляющей биологического компонента сексуального здоровья.

Подавляющее большинство обследованных с дезактуализационной формой сексуальной дезадаптации вступили в брак по любви, но в период обследования все они думали о разводе или делали попытки развестись. Показатели супружеского счастья и супружеской адаптации у супружеских пар этой группы были очень низкими.

Таким образом, особенность соматизированного расстройства у женщин, приводящего к формированию у них вторичной сексуальной дезадаптации, заключается в том, что в основе его лежит несексуальная психотравма и основным сексопатологическим образованием является синдром сексуальной дезактуализации. Вторичное сексуальное нарушение возникает, как правило, при определенных неблагоприятных обстоятельствах. Это могут быть ослабленная половая конституция, нарушение нейрогуморальной регуляции сексуальной функции вследствие астенизации и вегетативных нарушений при соматизированном расстройстве, дисгармоничные черты личности, уменьшение андрогенной насыщенности организма при стресс-реакциях [8]. Дезадаптация супружеской пары, обусловленная вторичной сексуальной дисфункцией у жены, проявляется, как правило, одновременно с возникновением у нее соматизированного расстройства.

Таким образом, сексуальная дезадаптация может быть первичной, выступая в качестве сексуальной психотравмы, обуславливающей формирование соматизированного расстройства, и вторичной, развивающейся вследствие соматизированного расстройства, обусловленного несексуальной (семейной, производственной) психотравмой. При том и другом варианте дезадаптации супругов знание закономерностей возникновения и проявлений их клинических форм является необходимым условием эффективной психотерапии нарушения сексуальной адаптации, сопряженного с соматизированным расстройством у женщин.

Литература

1. *Бабюк И. А.* Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья. — Донецк: Донеччина, 2002. — 215 с.
2. *Кон И. С.* Сексология: Уч. пособие. — М.: Academia, 2004. — 384 с.
3. *Агарков С. Т.* Супружеская дезадаптация. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 256 с.
4. *Кришталь В. В., Григорян С. Р.* Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 897 с.
5. *Берн Эрик.* Психология секса. Как достичь гармонии в любви: Пер. с англ. — Екатеринбург, 2001. — 272 с.
6. *Руководство по сексологии / Под ред. С. С. Либиха.* — СПб.: Питер, 2001. — 480 с.
7. *Чинник И. В.* Социокультурная форма сексуальной дезадаптации // Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: Матер. науч.-практ. конф. — Харьков, 2002. — С. 222–226.
8. *Щеглов Л. М.* Сексология и сексопатология. Врачу и пациенту. — СПб.: Культ Информ Пресс, 1998. — 416 с.

Поступила 15.02.2008