

СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ СУПРУГОВ ПРИ СОМАТИЗИРОВАННОМ РАССТРОЙСТВЕ У ЖЕНЫ

Н. Р. ПИСАНАЯ

SEXUAL DYSADAPTATION OF SPOUSES AT SOMATIZED DISORDERS IN WOMEN

N. R. PISANAYA

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Выявлены два варианта сексуальной дезадаптации супругов при соматизированном расстройстве у жены. Показаны закономерности их формирования и развитие разных форм дезадаптации. Установлены причины, механизмы развития, течение и клинические проявления этих форм.

Ключевые слова: соматизированное расстройство, женщины; сексуальная дезадаптация.

Two variants of sexual dysadaptation of spouses at somatized disorder in the wife were revealed. The causes, development mechanisms, course and clinical manifestations of these forms were determined.

Key words: somatized disorder, women, sexual dysadaptation.

Соматизированное расстройство в подавляющем большинстве случаев сопровождается нарушением сексуальной функции [1, 2], которое может либо приводить к нему (первичная сексуальная дисфункция), либо, напротив, быть его следствием (вторичная дисфункция). И в том, и в другом случае она неизбежно ведет к развитию сексуальной дезадаптации супругов. Между тем эта проблема очень мало изучена, несмотря на ее большое медицинское, медикопсихологическое и социальное значение [3, 4]. Если сексуальная дисфункция у мужчин, больных соматизированным расстройством, рассматривается в единичных работах [5], то сексуальная дезадаптация при этом заболевании у женщин совсем не исследована и не освещена в литературе.

В связи с этим целью данного сообщения явилось изучение сексуального здоровья супругов при соматизированном расстройстве у женщин.

Под нашим наблюдением находились 125 супружеских пар, в которых жены страдали соматизированным расстройством. Из них у 95 (79±3%) пар имела место супружеская дезадаптация, у остальных 30 (21±3%) дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие соматизированного расстройства у жены. Эти супруги были обследованы в качестве контрольной группы. У 45 (47±5%) обследованных отмечалась первичная, у 50 (52±5%) — вторичная сексуальная дезадаптация. Эти супружеские пары составили соответственно две клинические группы — первую и вторую.

Мы разделяем мнение В. В. Кршталя [6], который к первичным сексуальным нарушениям относит все нарушения, являющиеся первичными специфическими сексопатологическими образованиями и представляющие собой самостоятельную

форму сексуальной дезадаптации, а вторичными считает сексуальные расстройства, являющиеся симптомами или синдромами какого-либо соматического или психического заболевания.

Возраст обследованных супругов представлен в табл. 1, из которой видно, что все они были в молодом, активном возрасте (в каждой супружеской паре супруги входили в одну возрастную группу, составившую 5 лет). При этом и в клинических, и в контрольной группе большинство обследованных составляли лица 26–35 лет.

Таблица 1

Распределение супругов по возрасту

Формы сексуальных нарушений	Возрастные группы, лет				
	21–25	26–30	31–35	36–40	41–45
Первичная сексуальная дезадаптация, n = 45	18±6	7±7	22±6	18±6	4±3
Вторичная сексуальная дезадаптация, n = 50	14±5	30±6	24±6	22±6	10±4
Всего, n = 95	16±4	34±5	23±4	20±4	7±3
Контрольная группа, n = 30	10±6	47±9	20±7	17±7	7±5

Давность заболевания женщин составляла от 2 до 5 лет. При этом у всех пациенток с первичной сексуальной дезадаптацией соматизированное расстройство продолжалось не более 3 лет, а при

вторичной дезадаптации больше чем у половины — до 5 лет; такой же была продолжительность заболевания у женщин контрольной группы.

Изучение психотравмирующих факторов, которые привели к развитию у женщин соматизированного расстройства, показало, что у всех женщин первой группы дезадаптация служила сексуальной психотравмой, тогда как у пациенток второй группы заболевание было вызвано бытовой или производственной психотравмой.

Результаты клинического обследования супругов показали, что их общее физическое и психическое развитие в основном соответствовало возрастным нормам. Никто из супругов не перенес также соматических заболеваний, которые могли бы ослабить сексуальную функцию. Иная картина была выявлена при изучении психического состояния пациентов. У женщин наблюдались симптомы, характерные для соматизированного расстройства (желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, урогенитальные) и соответствующее этому расстройству поведение. У подавляющего большинства мужей больных женщин также можно было отметить невротические проявления, чаще всего (у $85 \pm 3\%$ мужчин) гипотимическую реакцию; в отдельных случаях у мужчин возникали астеническая ($2 \pm 2\%$), обсессивная, ипохондрическая реакции и невротическая депрессия (по $1 \pm 1\%$).

Течение заболевания у большинства женщин сочеталось с длительным нарушением межличностных отношений в семье и на работе, особенно часто во второй группе супружеских пар. У части из них отмечалась лекарственная зависимость или злоупотребление лекарственными препаратами (обычно седативными средствами или анальгетиками). У большинства больных, особенно при более длительном течении соматизированного расстройства, происходило смещение жизненных интересов и ценностей, изменение иерархии мотивов и потребностей, всей потребностно-мотивационной сферы. В свою очередь эти изменения неизбежно сказывались на социальном и микросоциальном функционировании пациенток.

Состояние сексуального здоровья находившихся под нашим наблюдением супругов мы изучали с помощью разработанного В. В. Кришталем [6] метода системно-структурного анализа по компонентам и составляющим сексуального здоровья.

Полученные в этом исследовании данные обобщены в табл. 2.

Как следует из данных таблицы, психологический компонент и психическая составляющая биологического компонента были поражены у всех женщин при обоих вариантах сексуальной дезадаптации. При вторичном варианте у всех пациенток был поражен также социально-психологический компонент сексуального здоровья.

При первичной дезадаптации нарушение нейрогуморальной составляющей биологического компонента было следствием несоответствия половой конституции у супругов, поскольку у $29 \pm 7\%$

Таблица 2

Поражение компонентов и составляющих сексуального здоровья у обследованных

Компоненты и составляющие сексуального здоровья	Сексуальная дезадаптация	
	первичная, $n = 45$	вторичная, $n = 50$
Социальный, составляющие		
социокультурная	33 ± 7	—
информационная	91 ± 4	—
Психологический	$100 - 2$	$100 - 2$
Социально-психологический	42 ± 8	$100 - 2$
Биологический, составляющие		
нейрогуморальная	29 ± 7	—
психическая	$100 - 2$	$100 - 2$
генитальная	15 ± 6 13 ± 5	—

Примечание. В числителе — количество женщин, в знаменателе — число мужчин; целые числа — данные в паре.

женщин этой группы она была слабой, а у их мужей — средней и сильной. У этих женщин отмечалась задержка соматосексуального развития на 1–2 года. Психическая составляющая данного компонента была поражена у всех женщин обеих групп вследствие имевшихся у них ретардации психосексуального развития и соматизированного расстройства, а у мужчин — вследствие невротической реакции на заболевание жены и сексуальную дезадаптацию. Генитальная составляющая была нарушена у тех мужчин и женщин, у которых имелись воспалительные заболевания внутренних гениталий.

Социокультурная составляющая социального компонента сексуального здоровья была поражена у супружеских пар вследствие несоответствия типов сексуальной культуры: у женщин имел место примитивный, у мужчин — либеральный ее типы. Поражение информационной составляющей данного компонента было обусловлено неправильной или недостаточной осведомленностью обоих супругов в области психогигиены половой жизни.

Причиной поражения психологического компонента было наличие (также у обоих супругов) сексуальных комплексов, негативное влияние личностных особенностей обследованных на их сексуальное поведение и несоответствие в паре сексуальной установки, типов сексуальной мотивации и мотивов полового акта.

Социально-психологический компонент сексуального здоровья был поражен по причине расхождения направленности личности супругов.

При вторичной дезадаптации супругов сочетанное поражение психологического и социально-

психологического компонента явилось следствием наличия у одного из них черт характера, вызывающих неприятие другого, несоответствия направленности личности, отсутствия чувства любви и нарушения межличностных отношений в целом из-за межличностного конфликта супругов.

При составлении структурной решетки, позволяющей определить долю участия поражения каждого компонента в нарушении сексуального здоровья, были выделены клинические формы первичной и вторичной дезадаптации.

Результаты проведенного исследования позволили нам следующим образом классифицировать варианты и формы супружеской дезадаптации при соматизированном расстройстве у женщин.

I вариант. Первичная сексуальная дезадаптация — 45 супружеских пар (47±5%), формы:

- 1) социокультурная — 15 (33±7%);
- 2) полоролевая — 13 (29±7%);
- 3) сексуально-эротическая — 10 (22±6%).
- 4) конституциональная — 7 (15±6%).

II вариант. Вторичная сексуальная дезадаптация — 50 супружеских пар (52±5%), формы:

- 1) коммуникативная — 21 (42±7%);
- 2) аверсионная — 9 (18±5%);
- 3) дезактуализационная — 20 (40±7%).

Каждая из перечисленных форм имеет свои причины, механизмы развития, течение и специфические клинические проявления.

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

Как свидетельствуют наблюдения [7], гармоничным является только сочетание у обоих супругов аполлоновского или мистического типов сексуальной культуры. Относительная гармония возможна 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.

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

Одним из механизмов развития сексуальной дезадаптации супругов при несоответствии типов сексуальной культуры является полоролевая дисфункция, а именно межуровневая полоролевая дискордантность (несогласованность показателей маскулинности и фемининности на биогенном

и социогенном уровнях), а также отсутствие полоролевой комплементарности 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. Эта форма проявлялась вскоре после начала супружеской жизни, причем у наших пациенток большей частью наблюдался генитальный тип сексуальной мотивации, сексуальное либидо нередко было слабо выражено, а эротическое отсутствовало.

Сексуально-эротическая форма сексуальной дезадаптации развивается вследствие недостаточной и неправильной информированности в области психогигиены половой жизни, приводящей к неправильному сексуальному поведению. Она характеризуется расхождением диапазона приемлемости супругов, несоответствием желаниям обеих техники полового акта и его заключительного периода, расхождением сексуальных экспектаций.

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

Следует отметить, что при сексуально-эротической дезадаптации наблюдается обратная пропорциональная зависимость ее частоты от возраста, жизненного, супружеского опыта и общего культурного уровня супругов.

Конституциональная форма сексуальной дезадаптации возникает 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.

Сексуальная дезадаптация при данной ее форме проявлялась с самого начала супружеской 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.

Все рассмотренные формы первичной сексуальной дезадаптации через определенный период времени — обычно в пределах 3–5 лет — приводили к развитию у женщин соматизированного расстройства.

Коммуникативная форма сексуальной дезадаптации была наиболее частой среди обследованных нами супружеских пар с соматизиро-

ванным расстройством у жены. Причинами ее явились внутриличностный конфликт у женщин и межличностный конфликт супругов. У женщин с данной формой дезадаптации, как правило, имелись затрудняющие общение характерологические черты — робость, застенчивость или, напротив, — грубость, агрессивность, и дисгармоничные черты личности — дезадаптивность, инфантилизм, нездравомыслие, ригидность, использование казуальной атрибуции, неадекватность самооценки и уровня притязаний, эгоцентризм, т. е. черты, обуславливающие конфликтность.

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, но характеризуется крайне негативным отношением женщины к мужу. Эта форма дезадаптации имеет свою динамику: вначале аверсия имеет относительный характер, проявляясь только по отношению к мужу, а со временем отрицательное отношение к половой жизни становится абсолютным и проявляется в алибидемии и отсутствии сексуальной активности независимо от смены партнера.

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.

Дезадаптация, обусловленная дезактуализацией половой жизни, характеризуется негативным

отношением жены к мужу как супругу, личности, хозяину, постоянной неудовлетворенностью супругов своими взаимоотношениями из-за отсутствия чувства любви, неприятия поведения в семье, разной значимости семейных функций.

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

Все формы вторичной сексуальной дезадаптации появляются, как правило, одновременно с заболеванием женщин соматизированным расстройством.

Как следует из проведенного исследования, особенность соматизированного расстройства у женщин, приводящего к формированию у них вторичной сексуальной дезадаптации, заключается в том, что причиной его служит несексуальная психотравма и основным сексопатологическим образованием является синдром сексуальной дезактуализации. Вторичное сексуальное нарушение при этом возникает 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].

Таким образом, формирование первичной и вторичной сексуальной дезадаптации при соматизированном расстройстве у женщин и ее клинических проявлений имеет свои закономерности, которые необходимо учитывать при диагностике и психотерапии нарушения сексуального здоровья супружеской пары, в которой жена страдает указанной патологией.

Литература

1. Васильченко Г. С. Понятие о норме в сексологии // Общая сексопатология / Под ред. проф. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977.— 183–185.
2. Горпинченко И. И. Психология сексуальности // Сексология и андрология.— Киев: Абрис, 1997.— С. 67–77.
3. Щеглов Л. М. Основные проблемы полоролевой социализации // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика и лечение.— М., 1999.— С. 197–198.
4. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация.— М.: Едиториал УРСС, 2004.— 256 с.
5. Рожков В. С. Сексуальная дисфункция и дезадаптация при неврозе у мужчин.— Харьков: Основа, 2000.— 296 с.
6. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Пер Се, 2002.— 897 с.
7. Чинник І. В. Соціокультурна форма сексуальної дезадаптації подружжя (Механізми розвитку, клініка, психотерапевтична корекція): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харків, 2003.— 20 с.
8. Сапрыкин А. В. Развитие сексуальной дезадаптации при слабых вариантах половой конституции у женщин // Нові технології в медицині.— Харків, 2000.— С. 50–51.

Поступила 10.12.2007