

М. А. Денко, канд. мед. наук

Полтавская областная психоневрологическая больница
им. А. Ф. Мальцева

ПОЛОВОЕ РАЗВИТИЕ И СЕКСУАЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИН С ШИЗОИДНЫМ И ПАРАНОИДНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Специфическое расстройство личности, как проявление психического дизонтогенеза, влечет за собой нарушение становления сексуальности, полового, прежде всего психосексуального, развития и сексуального поведения больных [1]. Проблема сексуальных расстройств при этом страдании рассматривается во многих исследованиях, в основном у мужчин [2 — 5]. Тем не менее этиопатогенетические механизмы и особенности клиники нарушений сексуального здоровья при разных типах расстройства личности остаются недостаточно изученными, что препятствует успешной психокоррекции неизбежно возникающей при них супружеской дезадаптации.

В настоящем сообщении представлены результаты проведенного нами исследования полового развития и сексуальности женщин, страдающих расстройством личности шизоидного и параноидного типов.

Под наблюдением находились 45 супружеских пар с шизоидным и 30 — с параноидным расстройством личности у жены. Больные были в возрасте от 21 года до 36 лет и все состояли на учете в психоневрологическом диспансере с детства или с подросткового возраста. Продолжительность брака составляла от 2 до 15 лет, причем сексуальная дезадаптация возникла у супругов с самого начала супружеской жизни или через 1 — 2 года после ее начала.

Всех больных женщин, а также их мужей обследовали методом системно-структурного анализа сексуального здоровья по его интегральным критериям и по компонентам и составляющим [5]. Метод дает возможность выявить особенности сомато- и психосексуального развития, установить причины и механизмы формирования сексуальной дезадаптации супружеской пары.

При шизоидном расстройстве личности (F 60.1 по МКБ-10) [7] больные проявляют отгороженность от эмоциональных, социальных и других контактов, отдавая предпочтение индивидуальной деятельности, требующей уединения. Для них характерны фантазирование, склонность к интроспекции. Способность выражать свои чувства и ощущать удовольствие у этих больных в значительной степени ограничена. Им свойственны такие черты, как аутичность, патологическая замкнутость, робость, застенчивость, чрезмерная чувствительность и в то же время равнодушие, эмоциональная холодность, избирательная общительность, которые приводят к нарушению коммуникации, в том числе супружеской.

Параноидное расстройство личности (F 60.0) характеризуется такими чертами, как чрезмерная чувствительность к препятствиям и отказам; неспособность прощать обиды; подозрительность и искаженное восприятие реальных явлений с неправильной интерпретацией действий других людей, например, имеющих нейтральный или дружественный характер, — как демонстрацию враждебного или презрительного к ним отношения. Больным свойственны постоянно возникающие неоправданные подозрения в неверности,

обостренное сознание своих личностных прав и воинствующая, упорная готовность отстаивать их, нередко также гипертрофированное самомнение и стремление сопоставлять любые факты и явления действительности с собственными интересами и самим собой, особенно в сочетании с преувеличенным самомнением.

При исследовании полового развития находившихся под нашим наблюдением женщин по интегральным критериям сексуального здоровья были получены следующие данные.

Соматосексуальное развитие более чем у половины пациенток — $56 \pm 8\%$ с шизоидным и $44 \pm 9\%$ с параноидным расстройством личности — было замедленным. Психосексуальное развитие почти одинаково часто было либо задержанным, либо преждевременным: соответственно у $42 \pm 8\%$ и $40 \pm 8\%$ больных шизоидным и $37 \pm 9\%$ и $40 \pm 9\%$ — параноидным расстройством.

Осознание своей половой принадлежности и ее необратимости происходило у тех и других правильно и в срок (в 2—4 года). Однако фаза реализации этапа формирования полового самосознания в большинстве случаев существенно запаздывала — в среднем на 4—5 лет. Это проявлялось в более позднем проявлении интереса к половым различиям у сверстников и взрослых, к собственным половым признакам и условно-сексуальным играм, требующим различения своей принадлежности к соответствующему полу.

В ретардации психосексуального развития основную роль играл психогенный фактор, связанный с психопатологическими особенностями личности наших пациенток. Так, практически у всех обследованных уже в возрасте 2—4 лет можно было отметить нарушение игровой коммуникации со сверстниками и эмоциональной связи с родителями, у больных с шизоидным расстройством личности проявлялось стремление к уединению. Черты аутичности у таких детей сочетались с робостью, застенчивостью, обидчивостью, ранимостью, избирательностью в контактах, склонностью к собственным, мало понятным для окружающих играм. В частности, довольно часто наблюдалось так называемое патологическое игровое перевоплощение — в животных, предметы, фантастических героев. Сверстники в такие игры, как правило, не допускались, и если пытались войти в игру, встречали сопротивление, вплоть до ее прекращения. В возрасте примерно 8—9 лет у девочек иногда транзиторно возник феномен утраты сознания собственного пола, продолжающийся от нескольких дней до двух недель. Они начинали ощущать себя мальчиками, соответствующим образом вели себя и отзывались только на выбранные или придуманные ими самими мужские имена.

При параноидном расстройстве личности у детей в этом возрасте уже достаточно четко проявлялись свойственные этой патологии черты — подозрительность и высокое самомнение.

У $40 \pm 8\%$ больных шизоидным расстройством личности интерес к половым различиям проявился рано. Однако из-за отсутствия необходимых навыков

общения и затруднений в выражении своих чувств этот интерес был слишком рационалистичен и приобретал вычурный характер.

Раннее проявление личностной аномалии, выражающееся у шизоидных личностей в недостаточности или полном отсутствии потребности в контактах с окружающими, отгороженности от внешнего мира, слабости эмоциональных реакций по отношению к близким и сверстникам, а у параноидных, как указывалось, — в патологической подозрительности и гипертрофированном самомнении, уже на этапе формирования полового самосознания оказывало блокирующее или искажающее действие на становление сексуальности.

Этап формирования стереотипа полоролевого поведения у всех больных характеризовался структурной сложностью и ретардацией. Асинхронии полового развития, отмечавшиеся более чем у 70 % пациенток, чаще всего были сочетанными, обусловленными социогенными и психогенными факторами.

Интериоризация нормативного полоролевого поведения практически у всех женщин носила фрагментарный или формальный характер. Наличие описанных выше типологических личностных черт и форм поведения, затрудняющих ролевую и статусную адаптацию в среде сверстников, доминирование в структуре личности больных аутических радикалов, отсутствие заинтересованности в общении приводили к нарушениям процесса социализации разного характера и различной степени выраженности, в том числе и к нарушению ее полоролевых аспектов. В результате шизоидные подростки воспринимались окружающими как «странные», «инакие», что еще более усиливало их аутичность и затрудняло реализацию установочных тенденций данного этапа психосексуального развития. И у этих, и у параноидных подростков в большинстве случаев (40 ± 8 и 47 ± 9 % соответственно) формировалось гиперролевое поведение, значительно реже (9 ± 4 и 7 ± 5 % — трансформированное).

У 1/3 женщин перенос условных полоролевых игр на более поздние сроки при качественно ином уровне гормонального обеспечения приводил к фиксации неадекватных форм реализации либидо и формированию гомосексуальной направленности полового влечения. При этом гомосексуальное поведение было транзиторным, возникая в определенных ситуациях.

Дефекты развития становятся наиболее заметными на этапе формирования психосексуальной ориентации. Эмоциональная неадекватность, некоммуникабельность, особенно с лицами противоположного пола, неспособность к эмпатии и нежелание войти в мир другого человека, отсутствие навыков в выражении своих чувств в большинстве случаев приводили к длительной задержке на фазе выработки установки этапа формирования сексуального либидо. Характерное для шизоидных больных яркое, образное фантазирование сопровождалось мастурбацией. Нередко наблюдались также элементы визионизма. У параноидных пациенток эти нарушения были выражены в меньшей степени.

У женщин, страдающих шизоидным расстройством личности, реализация эротических фантазий очень затруднена. У части наших больных платоническая влюбленность отличалась стойкостью, приобретая со временем все более оторванный от реальности характер. Внешне женщины производили впечатление асексуальных, но это объяснялось в основном неспо-

собностью адекватно выражать свои чувства. Многие из них мастурбировали с образным представлением самых немыслимых эротических сцен, практикуя мастурбацию параллельно с половой жизнью в браке. У части больных мастурбация сочеталась с чувством вины, онанофобическими и дисморфоманическими переживаниями, что еще более усугубляло сексуальную дезадаптацию.

В гетеросексуальных контактах у большинства больных (61 ± 5 %) присутствовали различные первичные элементы. Такие недостатки развития как неумение переводить платоническое общение с партнером в эротическое и сексуальное, неадекватность самовосприятия в условиях эротического контакта, формальное усвоение роли взрослого сексуального партнера, инфантильность сексуальных установок при имеющейся некоммуникабельности приводили к тому, что женщины проявляли полную или частичную сексуальную неадекватность. У пациенток с параноидным расстройством эти нарушения не наблюдались.

У обследованных нами больных преобладал средний тип половой конституции, но у части из них — 18 ± 6 % с шизоидным и 24 ± 8 % с параноидным расстройством личности имела место сильная половая конституция.

Степень осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни у подавляющего большинства супругов была низкой. Тип сексуальной мотивации обычно гомеостабилизирующий, шаблонно-регламентированный или генитальный, а при параноидном расстройстве в ряде случаев агрессивно-эгоистический, в свою очередь способствовал сексуальной дезадаптации супругов, как и наиболее часто встречавшийся у больных мотив полового акта — получение оргазма, и невротический тип сексуальной культуры. Уровень адаптации супругов снижался и довольно часто наблюдалось неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины: и при шизоидном, и при параноидном расстройстве личности — агрессивный вариант типа женщина-женщина в сочетании с типами мужчина-отец и агрессивным вариантом мужчина-мужчина.

Все обследованные больные и их мужья испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

Проведенный нами системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим позволил установить сочетанное их нарушение при обоих типах расстройства личности у женщин. При этом стержневым, т. е. непосредственной причиной супружеской дезадаптации, явилось поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента, обусловленное расстройством личности у женщин. Нарушение социального компонента, главным образом его информационно-оценочной составляющей, связанное с недостаточной и неправильной осведомленностью в области секса, психологического компонента, как следствие имеющегося у больных внутриличностного конфликта, и социально-психологического, обусловленное межличностным конфликтом супругов, способствовало развитию супружеской дезадаптации и усугубляло ее.

В целом проведенное исследование показало, что для большинства больных шизоидным и параноидным расстройством личности женщины характерны нарушения полового развития и практически всех остальных критериев сексуального здоровья. Полученные данные

свидетельствуют также о сложном генезе супружеской дезадаптации при рассматриваемой патологии, в который вносят свой вклад нарушения взаимодействия супругов на всех вероятностных уровнях, что следует учитывать при диагностике и психотерапевтической коррекции.

Список литературы

1. Маслова В. М., Ботнева И. Л., Васильченко Г. С.. Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология. — М.: Медицина, 1983. — С. 27—108.
2. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Медгиз, 1933. — 186 с.
3. Личко А. Е.. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
4. Crooks R., Baur K.. Our Sexuality. — The Benjamin Cummings Publishing Company, 1990. — 850 p.
5. В. Л. Зелонджев. Нарушение сексуального здоровья при психопатии шизоидного типа: Метод. пособие для врачей-сексологов. — Сочи, 1988. — С. 85—90.
6. Кристаль В. В., Григорян С. Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. — 1998. — 441 с.

Надійшла до редакції 16.08.2007 р.

М. А. Денеко

Стегвий розвиток і сексуальність жінок з шизоїдним та параноїдним розладом особистості

*Полтавська обласна психоневрологічна лікарня
ім. А. Ф. Мальцева
(Полтава)*

Показано особливості статевого розвитку і сексуальної сфери жінок за шизоїдного та параноїдного розладу особистості. Виявлено причини, механізми розвитку і прояви подружньої дезадаптації за тієї чи іншої патології у жінки.

М. А. Deneko

Sexual development and sexuality in female patients with schizoid and paranoid personality disorders

*Poltava Regional Psychoneurological Hospital
named after A. F. Maltsev
(Poltava)*

Peculiarities of a sexual development and a sexual sphere in female patients with schizoid and paranoid personality disorders. Causes, mechanisms of development and manifestation of a marriage disadaptation in both pathologies in a wife.

УДК 616.89-008.442:616.89-008.454-055.2

Л. В. Кожекару, канд. мед. наук, доцент

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

СЕСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ І СУПРУЖЕСЬКА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЯХ У ЖЕНЩИНАХ

Патогенез и клинические проявления сексуальной дисфункции у женщин при различных формах невротических расстройств рассматриваются в ряде работ [1, 3, 5], предлагаются и методы ее лечения [1, 6]. Однако в этих работах исследуется преимущественно вторичное вовлечение в патологический процесс сексуальной функции при невротических расстройствах, обусловленных различными психотравмирующими ситуациями, причем в большинстве случаев принимается во внимание только состояние сексуальной функции самого больного и, как правило, недостаточно учитывается парный и многоуровневый характер сексуальной функции и тот факт, что ее нарушение у жены ведет к возникновению сексуальных расстройств у мужа и, следовательно, к развитию у них невротической реакции на нарушение сексуальной функции у жены и на супружескую дезадаптацию [1].

Разработка и внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции дезадаптации супружеской пары представляет собой весьма сложную проблему [1, 2]. Сложность ее связана с многообразием причин нарушения супружеской адаптации, полиморфностью ее проявлений и, главное, с тем, что в генезе супружеской дезадаптации едва ли не определяющее значение имеют особенности личности каждого из супругов и их сочетание в супружеской паре [1, 3, 7]. А то обстоятельство, что супружеская дезадаптация является одной из самых частых причин распада семьи, придает этой проблеме и социальное звучание.

Согласно международной классификации психических и поведенческих расстройств 10-го пересмот-

ра невротические депрессии относятся к рубрике F 34.1 и определяются как хроническое депрессивное настроение, которое в настоящее время не отвечает описанию рекуррентного депрессивного расстройства, легкой или умеренной тяжести (F 33.0 или F 33.1) ни по тяжести, ни по длительности отдельных эпизодов (хотя в прошлом могли быть отдельные эпизоды, отвечающие критериям легкого депрессивного эпизода, особенно в начале расстройства) [4].

Целью настоящей работы было изучение нарушений сексуального здоровья при невротических депрессиях, как одной из наиболее часто встречающихся форм невротического расстройства у женщин.

Под нашим наблюдением находились 93 супружеские пары, в которых у женщин в ходе комплексного обследования был установлен диагноз невротической депрессии. У 79 (85 ± 4 %) из них имела место супружеская дезадаптация, у остальных (15 ± 4 %) дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие невротической депрессии у женщин. Эти супруги были обследованы в качестве контрольной группы. По данным первоначального и контрольных обследований, невротическая депрессия отмечалась на протяжении 2-х лет.

При изучении взаимосвязи сексуального нарушения с фазой невротического расстройства у женщин было установлено, что у 55 ± 5 % из них сексуальная дисфункция наблюдалась в период невротического расстройства, у остальных — и вне его, но носила при этом менее выраженный характер.

Все находившиеся под нашим наблюдением женщины были подвергнуты всестороннему комплексному обследованию, которое включало клинико- и психо-