

Однак при даному дозуванні алкоголю серед пацієнтів, що приймали ціанамід, значно зростала частка осіб що мали ейфоричні відчуття, у той час як серед пацієнтів, що приймали дисульфірам, вона залишалася практично такою ж, як і при дозі менше 14 грамів абсолютного етанолу. Збільшення дози спиртного до 58—81 грамів абсолютного етанолу в I групі призводило до повного домінування аверсивних реакцій, у той час як в II групі зберігалася невелика частка осіб з нейтральною й навіть ейфорійною реакцією на алкоголь (див. табл. 5).

Таким чином, результати проведених досліджень дозволяють сформулювати такі висновки.

1. Використання будь-якого (з проаналізованих) варіантів протирецидивного лікування (варіант № 1 — дисульфірам у поєднанні з психосоціальною підтримкою за технологією «BRENDA»; варіант № 2 — ціанамід у поєднанні з психосоціальною підтримкою за технологією «BRENDA»; варіант № 3 — ізольована психосоціальна підтримка за технологією «BRENDA») в осіб з резистентною до терапії алкогольною залежністю та безперервним вихідним паттерном вживання спиртних напоїв (близько 365 «п'яних днів» на особу на рік) істотно знижує інтенсивність алкоголізації.

2. Серед пацієнтів, що продовжували перебування лікувальної програмі, зазначене зниження було достовірною ( $p < 0,05$ ) більшим в разі використання сенсibilізуючих засобів у поєднанні з психосоціальною підтримкою за технологією «BRENDA» (до 8,81 та 8,08 «п'яних днів» на особу на рік при варіантах лікування № 1 та № 2 відповідно), ніж при використанні ізольованої психосоціальної підтримки (до 16,57 «п'яних днів» на особу на рік при варіанті лікування № 3).

3. Перехід пацієнтів, що використовували варіанти лікування № 1 та № 2, від щоденного прийому сенсibilізуючих засобів до прийому «за потребою» (на 90-тій добі від початку терапії) не супроводжувався помітними змінами динаміки кількості «п'яних днів», що вказує на те, що, принаймні на цьому етапі лікування прийом сенсibilізуючих засобів «за потребою» нічим не поступається своєю протирецидивною ефективністю їхньому щоденному вживанню.

4. Достовірна ( $p < 0,05$ ) перевага комплексного лікування над ізольованою психосоціальною підтримкою щодо зниження інтенсивності алкоголізації зберігається при урахуванні осіб, що достроково припинили свою участь у лікувальній програмі (169,28; 104,45 та 210,24 «п'яних днів» + «днів поза програмою» на особу на рік при варіантах лікування № 1, № 2 та № 3 відповідно).

5. Тривале використання сенсibilізуючих до алкоголю засобів у з резистентною до терапії алкогольною залежністю і безперервною (на початку лікування) алкоголізацією, призводить не тільки до зазначених вище кількісних, а й до якісних змін паттерну вживання етанолу — формуються періодичні «спалахи» алкоголізації (своєрідні «небезпечні періоди» з підвищеною частотою «п'яних днів»), що поступово затухають протягом лікування.

6. Зазначені «спалахи» алкоголізації («небезпечні періоди» з підвищеною частотою «п'яних днів») в групах пацієнтів, які одержували різні сенсibilізуючі до алкоголю засоби, практично збігалися (коефіцієнт

кореляції між апроксимованими даними відповідних груп пацієнтів щодо динаміки кількості «п'яних днів» на одну особу становив  $r_{xy} = 0,8647$ , при  $p < 0,05$ ), що свідчить на користь гіпотези про те, що зазначена зміна паттерну алкоголізації є наслідком сенсibilізуючої терапії як такої (безвідносно особливостей хімічної побудови конкретного сенсibilізуючого засобу).

7. Алкогольні ексцеси у пацієнтів, які одержували різні сенсibilізуючі до алкоголю засоби, мали вигляд серій «п'яних днів», своєрідних «мінізапоїв», «алкогольних сесій» протягом яких добові дози етанолу неухильно збільшувалися, при цьому психотропний ефект спожитих доз (оцінений за аналогово-візуальною гедонічною шкалою Алмаши — Дрбоглава) змінювався від емоційно нейтрального в перший день «алкогольної сесії», до аверсивного в останній день «алкогольної сесії» через отруєння альдегідом внаслідок уживання «критичної» дози етанолу, що було основною причиною формування характерного періодичного паттерну його вживання.

#### Список літератури

1. Ерышев О. Ф. Алкогольная зависимость. Формирование, течение, противорецидивная терапия / О. Ф. Ерышев, Т. Г. Рыбаков, П. И. Шабанов. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2002. — 192 с.
2. Руководство по наркологии / под. ред. Н. Н. Иванца. Т. 2. — М.: ИД Медпрактика, 2002. — 504 с.
3. Swift R. M. Лекарственная терапия алкогольной зависимости / R. M. Swift // Обзор современной психиатрии, 2001. — Вып. 3 (11). — С. 61—70.
4. Extending the Treatment Options in Alcohol Dependence: A Randomized Controlled Study of As-Needed Nalmefene / [K. Mann, A. Bladström, L. Torup et al.] // Biological Psychiatry, 2012. — Dec 10. — pii: S0006-3223(12)00942-0. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.10.020. [Epub ahead of print].
5. Kaempf G. The BRENDA Model: A Psychosocial Addiction Model to Identify and Treat Alcohol Disorders in Elders / G. Kaempf, C. O'Donnell, D. W. Oslin // Geriatric Nursing Volume, 1999. — 20, № 6. — P. 302—304.
6. Sobell, L. C. Alcohol Timeline Followback (TLFB) / L. C. Sobell & M. B. Sobell // In American Psychiatric Association (Ed.), Handbook of psychiatric measures (pp. 477—479). — Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
7. Алмаши К. К. Дегустация вин / К. К. Алмаши, Е. С. Дрбоглав. — М.: Пищевая промышленность, 1979. — 151 с.
8. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.
9. Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. — Киев: «Моріон», 2000. — 320 с.

Надійшла до редакції 09.07.2013 р.

**АРТЕМЧУК Кирило Анатолійович**, заочний аспірант Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, e-mail: kirill\_art@ukr.net

**ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович**, доктор медичних наук, керівник відділу профілактики та лікування наркоманій ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», e-mail: i\_linskiy@yahoo.com

**ARTEMCHUK Kyrylo Anatoliyovych**, Extra-mural Postgraduate Student of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, e-mail: kirill\_art@ukr.net

**LINSKIY Igor Volodymyrovych**, Doctor of Medical Sciences, the head of the Department of prevention and treatment of drug addictions of the SI "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine", e-mail: i\_linskiy@yahoo.com

*Р. І. Білобровка*  
**ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВОЇ ПОВЕДІНКИ ЧОЛОВІКІВ ПРИ ПСИХОПАТІЯХ**

*Р. И. Билобровка*  
**ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВОГО ПОВЕДЕНИЯ МУЖЧИН ПРИ ПСИХОПАТИЯХ**

*R. I. Bilobryvka*  
**FEATURES OF THE SEXUAL BEHAVIOR OF MEN WITH PSYCHOPATHY**

На підставі системно-структурного аналізу сексуального здоров'я виокремлені форми дезадаптивної сексуальної поведінки чоловіків, що страждають на психопатію. Показано залежність форм дезадаптивної поведінки від типу психопатії у чоловіка. Обґрунтовано необхідність системного підходу до диференціальної діагностики і корекції сексуальної дезадаптації.

**Ключові слова:** психопатія, розлади особистості, дезадаптивна сексуальна поведінка, сексуальна дисгармонія

На основани системно-структурного аналізу сексуального здоров'я виділені форми дезадаптивного сексуального поведінки чоловіків, що страждають психопатією. Показана залежність форм дезадаптивного поведінки від типу психопатії у мужа. Обоснована необхідність системного підходу к диференціальной диагностике и коррекции сексуальной дезадаптации.

**Ключевые слова:** психопатия, расстройства личности, дезадаптивное сексуальное поведение, сексуальная дисгармония

Using structured analysis of sexual health author discriminated several forms of disadaptive sexual behavior of males with personality disorder. The relationship between various forms of disadaptive sexual behavior and personality disorder type was showed. The necessity of systemic approach for differential diagnostics and correction of sexual disadaptation was proved.

**Keywords:** psychopathy, personality disorders, maladaptive sexual behavior, sexual disharmony

Розладом особистості та поведінки, або ж психопатією, за МКХ-10 вважається важке порушення характерологічної конституції та поведінкових тенденцій індивіда, що завжди супроводжується особистісною та соціальною дезадаптацією. Особистісні розлади зазвичай виникають у дитячому або ж підлітковому віці й продовжують проявлятися протягом усього життя людини.

За П. Б. Ганнушкіним, особливе значення в діагностиці психопатій відводилось клінічним критеріям, що увійшли в психіатрію як триада Ганнушкіна — 1) тотальність, 2) стійкість характерологічних порушень, 3) порушення соціальної адаптації. А на вираженість цих критеріїв та їх вплив на особистість буде впливати їхня глибина та динаміка.

Відповідно ж до МКХ-10, діагностування патології особистості відбувається за виявленням таких критеріїв [1]:

а) помітна дисгармонія в особистісних позиціях і поведінці, що охоплює кілька сфер функціонування, афективність, збудливість, а також стиль відносин з іншими людьми;

б) хронічний характер аномального стилю поведінки;

в) аномальний стиль поведінки є всеосяжним, що зазвичай порушує адаптацію до широкого кола особистісних та соціальних ситуацій;

г) вищезгадані прояви завжди виникають із дитинства й продовжують своє існування в період зрілості;

д) розлад приводить до значного особистісного дистресу, але це може стати очевидним тільки на пізніх етапах його перебігу;

е) розлад може супроводжуватися істотним погіршенням професійного та соціального функціонування.

Проблемі вивчення соціальної дезадаптації осіб, що страждають на психопатію, та корекції аномальних особистісних порушень, що зумовлюють порушення

соціальної та сімейної адаптації, присвячено достатньо широка література [2—4 та ін.]. Проте дезадаптивна статеві поведінка за різних форм психопатій у чоловіків вивчена недостатньо повно, а причини та механізми розвитку і клінічні варіанти статевої дезадаптації подружньої (партнерської) пари за даної патології у чоловіків висвітлені неповно та фрагментарно [5].

Під нашим спостереженням перебували 282 чоловіки, які страждали на різні форми психопатій, та їхні дружини (партнерки). Пари були у віці від 20 до 46 років та перебували в шлюбі (партнерських стосунках) від 2 до 24 років. В усіх парах спостерігалися дисгармонічні статеві стосунки, і зокрема сексуальна дезадаптації виникала здебільшого з самого початку, рідше — протягом першого року стосунків.

За результатами дослідження методом системно-структурного аналізу сексуального здоров'я [6] у пар було виявлено шість форм сексуальної дезадаптації: комунікативна, статорольова, сексуально-еротична, соціокультурна, конституційна та аверсійна. Та був встановлений закономірний зв'язок між типом психопатії та формою сексуальної дезадаптації в парі, що ілюструє таблиця.

У чоловіків з істероїдною та шизоїдною формами психопатій, як випливає з таблиці, найбільш характерною виявилася комунікативна форма статевої дезадаптації, для хворих з епілептоїдною психопатією — статорольова. Психастенічна форма психопатії найбільшою мірою супроводжувалася комунікативною формою дезадаптації (40 %) та статорольовою (28 %). Сексуально-еротична та соціокультурна форми дезадаптації майже однаковою мірою спостерігалися при різних видах психопатій, особливо в тих парах, де спостерігався низький рівень поінформованості в сфері психогігієни статевого життя. А як вторинне порушення дезадаптивних форм сексуальної гармонії в парах найчастіше спостерігалася статорольова форма за епілептоїдною, психастенічною та шизоїдною психопатією — 50 %, 28 % і 21 % відсотків випадків, тоді

**Залежність форми сексуальної дезадаптації від типу психопатії**

Тип психопатії	Форма дезадаптації											
	комунікативна		аверсійна		соціокультурна		конституційна		статоворольова		сексуально-еротична	
	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%	абс. к.	%
Істероїдна (n = 58)	36	62 ± 3	5	8 ± 7	6	10 ± 3	3	5 ± 3	4	7 ± 6	4	7 ± 6
Шизоїдна (n = 52)	26	50 ± 2	1	2 ± 4	5	10 ± 5	3	6 ± 7	11	21 ± 4	6	11 ± 7
Епілептоїдна (n = 60)	13	27 ± 7	7	12 ± 7	7	12 ± 7	1	2 ± 8	30	50 ± 2	2	3 ± 4
Астенічна (n = 59)	15	25 ± 7	2	3 ± 5	7	12 ± 6	31	53 ± 7	—	—	4	7 ± 6
Психастенічна (n = 53)	21	40 ± 6	—	—	7	13 ± 4	3	6 ± 7	15	28 ± 4	7	13 ± 4
Усього (n = 282)	111	39 ± 5	15	5 ± 4	32	11 ± 4	41	15 ± 7	60	21 ± 4	23	8 ± 3

як при астенічній психопатії це була конституційна форма дезадаптації — 53 %. Сексуальна аверсія виникала частіше за істероїдної та епілептоїдної форми психопатії у чоловіків (аверсія спостерігалась в 14 жінок, частіше в жінок, де в чоловіків відмічалась істероїдна психопатія). Найчастішою формою дезадаптації була комунікативна, за астенічної форми — конституційна, а найбільш рідкою — аверсійна. У жінок, де партнер мав психопатію, як правило, спостерігались невротичні реакції на конфліктну ситуацію та статеву дисгармонію.

Основними причинами комунікативної форми статевої дезадаптації, що розвинулась в 111 парах, були внутрішньоособистісний конфлікт у чоловіків та міжособистісний конфлікт пари. Конфлікти виникали внаслідок характерологічних рис чоловіків, що страждають на психопатію, які утруднювали спілкування, — агресивності, нетерпимості, відгородженості, тривожності, сором'язливості, або через невміння подружжя розв'язувати сімейні проблеми, розходження їх ціннісних орієнтацій, поглядів, ідеалів, сімейно-рольових позицій та порушення статоворольової поведінки чоловіка (його трансформації, або гіперрольової поведінки).

За інтегральними критеріями аналіз сексуального здоров'я показав, що в чоловіків із вказаними вище рисами характеру, які утруднюють спілкування, соматосексуальний розвиток здебільшого був у межах норми, а психосексуальний — із затримкою; статоворольова поведінка — маскулінна або гіпермаскулінна. При збереженні платонічного лібідо практичне та сексуальне були слабо виражені. Статева конституція — слабка або середня. З розвитком сексуальної дезадаптації сексуальні відчуття чоловіків притуплялися, виникала гіпоерекція, прискорена еякуляція, а в деяких випадках — коїтофобія та невроз очікування сексуальної невдачі. Тип сексуальної мотивації в більшості випадків був генітальним або шаблонно-регламентованим, мотив статевого акту — зняття статевого напруження. Тип сексуальної культури — невротичний.

Тоді, коли причиною комунікативної форми сексуальної дезадаптації був міжособистісний конфлікт, відмічався чіткий зв'язок зниження сексуальної спроможності чоловіка з конфліктами, які виникали між подружжям. У чоловіків виникала сексуальна гіпестезія, гіпо- та анерекція, зниження лібідо. Ці порушення мали відносний характер, проте з часом вони могли приводити до негативного ставлення чоловіків до статевої активності жінки та розвитку в останніх невротичних розладів. Сексуальна культура, сексуальна мотивація чоловіків, як і мотиви сексуального акту, з розвитком

статевої та сексуальної дезадаптації змінюються в бік примітивізації.

За даної форми сексуальної дезадаптації аналіз компонентів та складових сексуального здоров'я виявив стрижневе ураження психологічного та соціально-психологічного компонентів як причину сексуальної дисгармонії подружньої пари, а також ослаблення психічної складової анатомо-фізіологічного компонента внаслідок психопатії у чоловіка та невротичної реакції дружини як фактор, що обтяжує перебіг дисгармонії.

В 60-ти пар в результаті девіації статоворольової поведінки чоловіка виникала статоворольова форма сексуальної дезадаптації, яка проявлялася у 30 чоловіків фемінінної і у 30 — гіпермаскулінної поведінкою.

В чоловіків з фемінінною поведінкою спостерігалась нерішучість, залежність, несамостійність, відсутність ініціативи, конформність. У більшості з них спостерігались пізній початок статевого життя, відсутність петтінгу, ігнорування прелюдії статевого акту, вузький діапазон сприйнятливості, відсутність статевої ексцесів, стертий оргазм, тип сексуальної мотивації здебільшого був генітальний або шаблонно-регламентований, паралельно з цим відмічався слабкий тип статевої конституції. В з гіпермаскулінным типом поведінки, навпаки, спостерігався ранній початок статевого життя, випадкові та хаотичні статеві стосунки, здебільшого з особами старшими за віком, в сексуальній поведінці нерідко домінували садистичні елементи, статева конституція була середньою або сильною.

Фемінна поведінка чоловіків, тобто редукція чоловічих паттернів статоворольової поведінки, характеризувалась появою жіночих типів реагування, пасивністю, безініціативністю, несамостійністю, залежністю, боязливостю, нерішучістю, побоюваннями, конформністю. В інтимному житті це призводило до відсутності напору, згладжування аж до втрати еротичних реакцій та фантазування. Діапазон прийнятності таких чоловіків здебільшого залежав від вимог жінки. В їх сексуальній поведінці часто відмічалися мазохістські тенденції та прояви.

Майже в усіх чоловіків з фемінною формою поведінки спостерігалась затримка статевого дозрівання і дуже часто — поєднані асинхронії. У чверті чоловіків спостерігалась бісексуальна орієнтація, тип сексуальної мотивації частіше був генітальним, мотив статевого акту — зняття статевого напруження. Статева конституція чоловіків була слабкою або середньою, сексуальне лібідо слабо виражене, еротичне дуже часто відсутнє. В третини чоловіків спостерігалась гіпоерекція та

прискорена еякуляція. Тип сексуальної культури здебільшого був невротичний або гіперрольовий.

За даної форми сексуальної дезадаптації в усіх чоловіків була вражена соціокультурна складова соціального компонента сексуального здоров'я, психологічний його компонент та психічна складова анатомо-фізіологічного компонента, в більшості випадків був порушений теж і соціально-психологічний компонент сексуального здоров'я.

У 23 подружніх парах спостерігалася сексуально-еротична форма дезадаптації, яка виникала внаслідок розбіжностей в діапазоні прийнятності, невідповідності проведення статевого акту бажанням обох партнерів, сексуальної поведінки жінки, що не відповідала очікуванням або бажанням чоловіка. Однією з частих причин цього була невідповідність сексуальної мотивації чоловіка типу сексуальної мотивації жінки. У переважній більшості чоловіків був шаблонно-регламентований або генітальний тип сексуальної мотивації, тоді як у жінок — здебільшого ігровий або комунікативно-гедоністичний. Невідповідність у подружжя сексуальної поведінки, що приводила до розвитку сексуально-еротичної форми сексуальної дезадаптації, в деяких випадках була зумовлена несприятливим поєднанням в подружній парі психосексуальних типів чоловіків та жінок, особливо в однакових — пасивно-підлеглих або агресивних їх варіантів.

В психосексуальному та соматосексуальному розвитку більше ніж в половини чоловіків з даною формою сексуальної дисфункції відмічалась ретардація і характерними були також поєднані асинхронії статевого дозрівання. У біля третини хворих відмічалась трансформація статево-рольової поведінки. Статева конституція чоловіків здебільшого була слабкою, рідше — середньою, а сексуальне лібідо слабо виражене, платонічне та еротичне були збережені. Сексуальні відчуття мали притуплений характер, були характерними гіпоерекція та прискорена еякуляція. Тип сексуальної культури — невротичний або примітивний.

Сексуально-еротична дезадаптація починалася з перших статевих актів. При цьому в чоловіків розвивалась сексуальна гіпестезія та гіпоерекція, до яких в подальшому приєднувалось зниження лібідо аж до алібідемії. Чоловіки негативно відносились до статевої активності жінки, у них знижувався настрій до та після статевого акту, спостерігалось знесилення.

За даної форми дезадаптації у одного або обох із подружжя як правило виявлялися риси егоїзму, егоцентризму, самозакоханості. Сприяє виникненню сексуально-еротичної дезадаптації і такі особливості особистості подружжя, як пасивна підлеглисть, інфантильність, замкнутість, безініціативність, тривожність. Як правило, ця форма дезадаптації розвивається за низького рівня поінформованості в сфері психогігієни статевого життя. За сексуально-еротичної дезадаптації, як і за комунікативної форми, спостерігається обернено пропорційна залежність її частоти від віку, життєвого та подружнього досвіду, а також від загального культурного рівня подружжя.

В усіх чоловіків з сексуально-еротичною формою дезадаптації були виражені соціокультурна та інформаційно-оціночна складові соціального компонента сексуального здоров'я, порушені психологічний, соці-

ально-психологічний компоненти та психічна складова анатомо-фізіологічного компонента.

В 32 подружніх парах відмічалась соціокультурна форма сексуальної дезадаптації, що виникала внаслідок невідповідності загальної та сексуальної культури в чоловіка та жінки, особливо за дисгармонічного та девіантного її варіантів у чоловіків. Сексуальна дисгармонія, як правило, розвивалась навіть в тих випадках, коли в дружини був гармонічний варіант сексуальної культури (аполонівський або містичний її тип).

За соціокультурної дезадаптації ставлення чоловіка до своєї дружини великою мірою залежало від його психосексуального типу. Так, чоловік-батько намагався «навчити» свою дружину правильному, на його думку, ставленню до сексу, агресивний чоловік протестував проти поведінки дружини, пасивно-підлеглий намагався навчитися, щоб досягти гармонійних стосунків; чоловік-син виконував свій подружній обов'язок, роблячи вигляд, що навчається «правильній» сексуальній поведінці.

У чоловіків з дисгармонічним або девіантним типом сексуальної культури відмічались і сповільнені, і передчасний психосексуальний розвиток, частими були також поєднані асинхронії. Характерною була недостатня поінформованість в інтимній сфері, зумовлена неправильним статевим вихованням чоловіків, що зумовлювало формування неправильної сексуальної настанови. Тип сексуальної мотивації пацієнтів був шаблонно-регламентованим або генітальним, статева конституція — слаба або ослаблена середня. Сексуальне лібідо у половини чоловіків було слабо вираженим, еротичне часто було відсутнім. Сексуальні відчуття майже у половини обстежених були ослаблені, і у всіх з самого початку статевого життя відмічались проблеми з ерекцією, досягненням оргазму або прискорена еякуляція.

У чоловіків з соціокультурною формою дезадаптації за допомогою системно-структурного аналізу виявлялось стрижневе ураження соціокультурної складової соціального компонента і психічної складової анатомо-фізіологічного компонента сексуального здоров'я. порушені були також психологічний та соціально-психологічний його компоненти.

У 41 подружньої пари відмічалась конституційна форма сексуальної дезадаптації причиною якої була невідповідність слабкої або ослабленої середньої статевої конституції чоловіка типу статевої конституції жінки.

У більшості чоловіків з даною формою дезадаптації відмічався сповільнений соматосексуальний розвиток, спостерігались також поєднані асинхронії. Поінформованість з питань статевого життя була недостатньою. Тип сексуальної мотивації всіх чоловіків — шаблонно-регламентований або генітальний, мотив статевого акту частіше всього — виконання подружнього обов'язку. Еротичне лібідо в більшості випадків було відсутнім, сексуальне було слабо вираженим. Сексуальне бажання виникало рідко — один-два рази на місяць, а якщо статеві акти здійснювались частіше, то супроводжувались ослабленою ерекцією або анеякуляцією. Тип сексуальної культури чоловіків здебільшого був примітивним.

Невідповідність статевої конституції подружжя проявлялася з самого початку статевого життя, як правило,

у вигляді несумірної статевої потреби та активності кожного з подружжя, поєднаного зниження статевого потягу, статевої чутливості та потенції у чоловіка, які нерідко досягали ступеня алібідемії, гіпоерекції та анерекції. Більше половини чоловіків з даною формою сексуальної дезадаптації мали астеничну конституцію, вторинні статеві ознаки в них були виражені слабо, психофізіологічні процеси відзначались інертністю.

За допомогою системно-структурного аналізу сексуального здоров'я виявили в цих випадках стрижневе ураження нейрогуморального та психічного складової анатомо-фізіологічного компонента, порушення інформаційно-оцінної складової соціального компонента та в переважній більшості випадків — психологічного та соціально-психологічного компонентів.

У 15 подружніх пар була виявлена аверсійна форма сексуальної дезадаптації. Вона проявлялась крайнім негативним ставленням чоловіків до статевого життя з дружиною чи взагалі до сексу, розвитку якої сприяла постійна психосексуальна невдоволеність жінки через несприйняття сексуальної поведінки чоловіка, невідповідність у подружжя сімейно-рольових позицій, відсутність почуттів, розходження сексуальної мотивації, недотримання жінкою гігієни тіла.

У  $35 \pm 6\%$  дружин за наявності хронічних психологічних конфліктів спочатку розвивалась психологічна аверсія, яка пізніше поширювалась і на сексуальну сферу. У решти чоловіків постійне психосексуальне невдоволення приводило до сексуальної аверсії, яка потім переходила в аверсію психологічну.

Аналіз проявів перебігу даної форми сексуальної дезадаптації у чоловіків показав, що вона проходила в своєму розвитку три фази. В першій фазі чоловік йшов на інтим з обов'язку. При цьому в них знижувалась сексуальна активність (яка і так була невисокою), звужувався діапазон прийнятності, вони ігнорували прелюдію. Мотивом статевого акту було тільки виконання подружнього обов'язку, і чоловіки не відчували психосексуального задоволення. В другій фазі сексуальні стосунки ставали негативними. Чоловіки з різних причин ухилялися і навіть повністю відмовлялись від статевих актів. У них виникала алібідемія, сексуальна гіпестезія, гіпоерекція, а іноді формувалась коїтофобія.

В першій і другій фазі свого розвитку сексуальна аверсія мала відносний характер. В третій фазі у чоловіків проявлялась відраза до статевого життя взагалі, негативне ставлення до протилежної статі. Подружжя відмовлялись від інтимної близькості. Сексуальна аверсія набувала абсолютного характеру.

Ступінь вираженості сексуальної аверсії залежав від фази її розвитку і від того, якою мірою в її формування були втягнуті психологічні та сексуальні фактори. Приєднання до сексуальної аверсії психологічної не спостерігалось у подружніх пар з достатньо високим рівнем психологічної адаптації та малою значимістю сексуальної функції. Але значно частіше психологічна аверсія поширювалась на сексуальну сферу, особливо за низького рівня загальної та сексуальної культури подружжя, зниження чи повної відсутності у них платонічного і еротичного лібідю.

У частини чоловіків даної форми сексуальної дезадаптації був сповільнений соматичний розвиток, але

частіше мали місце порушення психосексуального розвитку, особливо його ретардація та поєднані асинхронії. У біля третини чоловіків відмічалась фемінна статевої поведінка. Статева конституція в більшості випадків була слабою, рідше спостерігалась ослаблена середня. В сексуальних фантазіях домінувала заміна партнерки, сексуальні відчуття здебільшого були стерті, що й приводило їх до гіпоерекції, анерекції та гіпооргазмії. Тип сексуальної мотивації в усіх чоловіків був агресивно-аверсійним, мотив статевого акту — виконання подружнього обов'язку, подеколи досягнення несексуальних цілей. Тип сексуальної культури — невротичний, примітивний, іноді — ліберальний.

Сексуальна дезадаптація в формі аверсії розвивалась, як правило, поступово. У жінок, по відношенню до яких чоловіки переживали сексуальну аверсію, часто відмічались тривожно-помислові та астеничні риси.

За аверсійної форми сексуальної дезадаптації у чоловіків здебільшого був уражений соціально-психологічний компонент сексуального здоров'я, дещо рідше порушувався психологічний його компонент та психічна складова анатомо-фізіологічного компонента.

Загалом системно-структурне дослідження за В. В. Кришталею у подружніх пар, де чоловіки страждають на психопатію, дезадаптивна сексуальна поведінка чоловіків може набувати різних форм, де кожна з яких має свої моделюючі причини та патопластичні фактори, які її поглиблюють, і специфічні прояви. При цьому існує закономірний зв'язок між типом психопатії та формою сексуальної дезадаптації, яка при ній виникає. Це вимагає необхідності системного підходу до діагностики та диференційованої корекції дезадаптивних форм сексуальної дисгармонії подружніх пар із врахуванням типу психопатії у чоловіка.

#### Список літератури

1. Textreferat.com Психопатії, <http://ua.textreferat.com/> 2008-02-17 02:47:48
2. Васильченко Г. С. Семейно-сексуальные дисгармонии (дисгамии) / Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега. В кн.: Частная сексопатология / под ред. Г. С. Васильченко. Т. 2. — М. : Медицина, 1983. — С. 293—304.
3. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / С. Кратохвил ; пер. с чеш. А. Ф. Гордиенко, В. Ф. Кобеляцкого. — М. : Медицина, 1991. — 335 с.
4. Сексология и андрология / под ред. А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. — К. : Абрис, 1997. — 873 с.
5. Нарушения сексуального здоровья при неврозах и психопатиях : метод. рекоменд. / под ред. проф. В. В. Кришталея. — Сочи, 1988. — 118 с.
6. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, Б. Л. Гульман. — Т. 1. Нормальная сексология. — Харьков : Академия сексологических исследований, 1997. — 352 с.

Надійшла до редакції 17.09.2013 р.

**БІЛОБРИВКА Ростислав Іванович**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, e-mail: r.bilobryvka@gmail.com

**BILOBRYVKA Rostyslav Ivanovych**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Psychology and Sexology Danylo Halytsky's Lviv National Medical University, e-mail: r.bilobryvka@gmail.com