

М. А. Денеко, канд. мед. наук

Полтавская областная психоневрологическая больница
им. А. Ф. Мальцева (г. Полтава)**ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ФОРМОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
И ТИПОМ СПЕЦИФИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН**

Специфические расстройства личности (СРЛ) — стойкие врожденные особенности склада личности, препятствующие полноценной адаптации к среде, встречаются с частотой от 3 до 135 случаев на 1000 населения [1]. Больных СРЛ отличает не только дисгармония характера, но и значительно большая (по сравнению с остальными людьми) ранимость, чувствительность к влиянию ряда внутренних (биологических — возрастные кризисы, роды и др.), соматогенных, психогенных и социальных факторов. Этими свойствами и обусловлено многообразие динамики расстройств личности [2].

Под нашим наблюдением находились 320 женщин, страдающих СРЛ разных типов, и их мужей. Эмоционально неустойчивый тип расстройства был диагностирован у 53 женщин, ананкастный — у 46, демонстративный — у 51, зависимый — у 53, шизоидный — у 45, диссоциальный — у 27, тревожный — у 15 и параноидный — у 30. Пациентки были в возрасте от 21 года до 46 лет, причем преобладали лица в возрасте от 31 года до 40 лет. Со своими мужьями они, как правило, входили в одну возрастную группу. Анализ анамнестических данных показал, что все больные находились на учете в психоневрологическом диспансере с детства или с подросткового возраста. При проведении исследования мы не смогли выделить контрольную группу, поскольку при расстройстве личности у женщин всегда возникала та или иная форма сексуальной дезадаптации.

Сложный феномен сексуальной дезадаптации требует системного подхода к его исследованию, в особенности, если учесть специфику разных типов расстройства личности у женщин. В связи с вышеизложенным, его

изучение проводилось нами с использованием метода системно-структурного анализа, разработанного проф. В. В. Кришталем [3]. Системно-структурный анализ проводили по его компонентам и составляющим, определяя состояние и долю участия нарушения каждого из них в генезе имеющейся у супругов сексуальной дезадаптации в зависимости от типа расстройства личности у женщин.

Сравнительный анализ выявленных форм дезадаптации супружеских пар и типов специфического расстройства личности у жен позволил установить, что существует закономерная связь между типом расстройства личности у женщин и формой сексуальной дезадаптации супругов.

Из полученных данных (см. таблицу) следует, что для супружеских пар с эмоционально неустойчивым расстройством личности у жены наиболее характерна коммуникативная форма сексуальной дезадаптации, для пар с ананкастным расстройством у женщин — полоролевая и сексуально-эротическая формы. При демонстративном расстройстве личности чаще всего отмечалась аверсионная, а при зависимом, как и при тревожном, — конституциональная форма дезадаптации. Диссоциальное и параноидное расстройства приводили большей частью к развитию коммуникативной и полоролевой ее форм.

Среди всех обследованных супружеских пар наиболее распространенными были коммуникативная и полоролевая формы сексуальной дезадаптации, реже развивались конституциональная и сексуально-эротическая и на последних местах по частоте были социокультурная и аверсионная формы дезадаптации супругов.

Зависимость формы сексуальной дезадаптации супругов от типа специфического расстройства личности у жены

Тип расстройства личности	Формы дезадаптации					
	коммуникативная, n = 123	полоролевая, n = 70	сексуально-эротическая, n = 35	социокультурная, n = 26	конституциональная, n = 50	аверсионная, n = 16
Эмоционально неустойчивый, n = 53	$\frac{10 \pm 3}{23 \pm 6}$	$\frac{40 \pm 6}{7 \pm 7}$	$\frac{6 \pm 4}{4 \pm 3}$	$\frac{23 \pm 8}{11 \pm 4}$	$\frac{2 \pm 2}{2 \pm 2}$	$\frac{25 \pm 11}{8 \pm 4}$
Ананкастный, n = 46	$\frac{15 \pm 3}{39 \pm 6}$	$\frac{21 \pm 5}{28 \pm 6}$	$\frac{20 \pm 7}{15 \pm 5}$	$\frac{15 \pm 7}{9 \pm 4}$	$\frac{4 \pm 3}{4 \pm 3}$	—
Демонстративный, n = 51	$\frac{24 \pm 3}{55 \pm 7}$	$\frac{8 \pm 3}{12 \pm 5}$	$\frac{14 \pm 6}{10 \pm 4}$	$\frac{15 \pm 7}{8 \pm 4}$	$\frac{6 \pm 3}{6 \pm 3}$	$\frac{38 \pm 12}{10 \pm 4}$
Зависимый, n = 53	$\frac{8 \pm 3}{19 \pm 5}$	$\frac{4 \pm 2}{6 \pm 4}$	$\frac{14 \pm 6}{9 \pm 4}$	$\frac{8 \pm 5}{4 \pm 3}$	$\frac{62 \pm 7}{61 \pm 7}$	$\frac{12 \pm 8}{4 \pm 3}$
Шизоидный, n = 45	$\frac{18 \pm 3}{46 \pm 8}$	$\frac{13 \pm 4}{20 \pm 6}$	$\frac{20 \pm 7}{15 \pm 6}$	$\frac{4 \pm 4}{2 \pm 2}$	$\frac{10 \pm 4}{11 \pm 5}$	$\frac{12 \pm 8}{4 \pm 3}$
Диссоциальный, n = 27	$\frac{12 \pm 3}{59 \pm 10}$	$\frac{7 \pm 3}{18 \pm 8}$	$\frac{8 \pm 5}{11 \pm 6}$	$\frac{12 \pm 6}{11 \pm 6}$	—	—
Тревожный, n = 15	$\frac{8 \pm 8}{7 \pm 7}$	$\frac{1 \pm 1}{7 \pm 7}$	$\frac{11 \pm 5}{27 \pm 12}$	$\frac{8 \pm 5}{12 \pm 7}$	$\frac{14 \pm 5}{47 \pm 13}$	—
Параноидный, n = 30	$\frac{13 \pm 3}{50 \pm 9}$	$\frac{4 \pm 2}{18 \pm 10}$	$\frac{6 \pm 4}{7 \pm 5}$	$\frac{15 \pm 7}{12 \pm 10}$	$\frac{2 \pm 2}{3 \pm 3}$	$\frac{10 \pm 10}{10 \pm 6}$
Всего, n = 320	39 ± 3	22 ± 3	11 ± 3	7 ± 3	16 ± 3	5 ± 3

Примечание. В числителе — процент от числа обследованных с данной формой сексуальной дезадаптации, в знаменателе — процент от числа больных с данным типом расстройства личности

Как видно из таблицы, проведенное системное исследование показало, что дезадаптивное сексуальное поведение женщин при специфическом расстройстве личности может иметь разные формы, каждая из которых имеет свои причины, патопластические, усугубляющие дезадаптацию факторы, течение и клинические проявления. Рассмотрим их при каждом типе расстройства личности у женщин.

При эмоционально неустойчивом расстройстве личности (F 60.3) (ЭНРЛ) у больных наблюдалась ярко выраженная склонность действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях. Для них были типичны неустойчивость настроения, выражающаяся в непредсказуемых, ничем не обусловленных его изменениях, тенденция к эмоциональным вспышкам и неспособность контролировать «поведенческие взрывы». Для больных были характерны сварливость, конфликтность, они не выносили, если окружающие препятствовали их импульсивным действиям или выражали порицание.

У женщин с ЭНРЛ уже с детства можно было проследить, наряду с отклонениями в общем психическом, нарушения и психосексуального развития. Половое самосознание было адекватным и формировалось, в основном, вовремя — в 2—4 года. Но такие характерные для эмоционально неустойчивого расстройства личности черты, как агрессивность, жестокость по отношению к сверстникам, девочки проявляли уже с раннего возраста. С 6—7 лет у них все отчетливее обнаруживались аффективная взрывчатость, приступы дисфории, во время которых они издевались над животными, старались ударить или оскорбить каждого, с кем сталкивались в то время, когда испытывали психический дискомфорт. Такой способ разрядки психического напряжения приносил облегчение, вызывал положительные эмоции и, становясь стереотипом, способствовал развитию садистских наклонностей. Для больных ЭНРЛ характерно было ускоренное соматосексуальное и преждевременное психосексуальное развитие.

Типологические особенности личности — конфликтность, завышенный уровень притязаний и стремление к лидерству через подавление, отсутствие эффективных навыков коммуникации, упрощенные поведенческие схемы, стремление к немедленному удовлетворению собственных, нередко ситуационно возникающих потребностей, при вязкости, тугоподвижности, инертности всех проявлений психики, сосуществующих с сенситивностью и стремлением к лидерству, приводили к нарушению процесса социализации, в том числе и формирования полоролевого поведения. У девочек-подростков происходили частичная или полная его трансформация, формировалось маскулинное поведение.

Этап формирования психосексуальной ориентации отличался у больных ЭНРЛ структурной сложностью. У большинства из них редуцирована платоническая стадия либидо, почти у половины первый половой акт произошел очень рано — в 11—13 лет и сопровождался элементами принуждения со стороны более старших лиц из асоциальных групп. Обычно эти женщины и рано приобщались к спиртному. Раннее половое созревание, рано пробуждающиеся либидо и интерес к сексуальной сфере, ранние половые связи были типичны для женщин с ЭНРЛ, так же как агрессия, садизм, лесбиянство.

В детстве они выступали инициаторами сексуальных игр, у них отмечалась ранняя мастурбация, приводящая к оргазму, а эротические фантазии, ласки и игры через минимальные сроки трансформировались в сексуальные. Для этих больных были характерны безразличие к косметике, отсутствие женственности. Их интересы носили мужской характер, так же как и сексуальное поведение, в котором проявлялась агрессивность с садистскими элементами. Половая жизнь больных характеризовалась интенсивностью, склонностью к беспорядочности и к немедленной реализации влечения. Алкоголизация усугубляла сексуальные особенности больных, нередко у них возникали идеи ревности.

Описанные особенности психики и сексуальности женщин с ЭНРЛ обуславливали сексуальную и психологическую дезадаптацию их в браке. У мужей больных наблюдались эмоциональные сдвиги — ухудшение настроения перед половым актом и после него, а также ослабление либидо, притупление оргазма, часто возникала сексуальная аверсия к жене. Все эти нарушения имели относительный характер и обострялись в периоды декомпенсации расстройства личности у жены.

Большинство женщин с рассматриваемым типом расстройства личности относились к сильному типу половой конституции, реже — к среднему, слабой половой конституции не было ни у кого из наших пациенток.

Мотивация сексуального поведения больных чаще всего была агрессивно-эгоистическая, мотив полового акта — получение оргазма. Нередко встречающееся несоответствие этих характеристик у супругов способствовало развитию у них сексуальной дезадаптации. Столь же дезадаптирующую роль играл и тип сексуальной культуры больных — как правило, гиперролевой или оргиастический.

В качестве дисгармонирующего фактора выступало и неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, связанное с тем, что все больные ЭНРЛ женщины относились к агрессивному варианту типа женщина-женщина. Единственная возможность достижения относительной гармоничности супружеской пары при данном варианте психосексуального типа — тот случай, когда муж больной относился к пассивно-подчиняемому варианту типа мужчина-мужчина, поскольку лица агрессивного типа склонны к насилию, грубости, причинению боли, а лица пассивно-подчиняемые предпочитают агрессивности, силу, вплоть до испытывания боли. Все возможные другие сочетания психосексуальных типов с этим типом, характерным для наших пациенток с ЭНРЛ дисгармоничны как в психологическом, межличностном, так и в сексуально-эротическом плане. Однако среди мужей больных пассивно-подчиняемыми были лишь $11 \pm 4\%$.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим выявляет у всех супружеских пар сочетанное их поражение. Социальный компонент нарушен вследствие недостаточной и неправильной информированности супругов в области психогигиены половой жизни, несоответствия их мировоззрения, уровня общей и типов сексуальной культуры, установок личности, морально-этических и эстетических норм. Психологический компонент сексуального здоровья поражен у всех больных из-за наличия у них внутрличностного конфликта и типичных

для них черт характера — повышенной возбудимости, агрессивности, злобности, приводящих к частым конфликтам и психологической дезадаптации; нарушение социально-психологического компонента связано с межличностным конфликтом супругов. Искажение полоролевого поведения больных приводило к сексуально-поведенческой дезадаптации супругов.

Анатомо-физиологический компонент сексуального здоровья был поражен у всех женщин за счет его психической составляющей вследствие их основного заболевания — ЭНРЛ. Его стержневое поражение наряду со стержневым поражением психологического компонента становилось непосредственной причиной сексуальной дезадаптации супружеской пары при данной психопатологии у жены. Нейрогуморальная составляющая этого компонента нарушена у подавляющего большинства больных в результате преждевременного полового созревания, нейрорегуляторная и генитальная составляющие сохранились.

Таким образом, основную роль в генезе сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает ЭНРЛ, играли личностные особенности больных, препятствующие сексуально-эротической и психологической адаптации.

Для ананкастного расстройства личности (F 60.5) (АРЛ) были характерны постоянная неуверенность в себе, сомнения, стремление к совершенству в любой деятельности (перфекционизм), чрезмерная добросовестность, потребность в проведении многократных проверок, озабоченность деталями и такие черты как осторожность, упрямство и ригидность. Некоторых больных преследовали назойливые, неприятные мысли или побуждения, иногда достигающие такой степени выраженности, как при обсессивном расстройстве.

У наших пациенток имели место нарушения психосексуального развития, а именно — раннее (в 10—11 лет) пробуждение либидо и интенсивная мастурбация. В половом развитии большинства из них ($52 \pm 8\%$) преобладали сложные асинхронии, обусловленные ускоренным соматосексуальным и задержанным психосексуальным развитием. На этом фоне действие психогенных и социогенных факторов, как правило (в $89 \pm 5\%$ случаев), нарушалось становление стереотипа полоролевого поведения, а иногда — в $4 \pm 2\%$ — и психосексуальной ориентации. У подавляющего большинства больных формировалось гиперролево поведение. Психогенные задержки были обусловлены нарушением становления психики больных, наличием у них таких черт характера как робость, мнительность, впечатлительность, застенчивость, препятствующих общению со сверстниками, и особенно с лицами противоположного пола; социогенная ретардация являлась следствием неправильного воспитания (чаще всего гиперопеки — у $68 \pm 7\%$ обследованных). Эти патогенные факторы при нормальном соматосексуальном и задержанном психосексуальном развитии обуславливали сочетанные асинхронии. У подростков нарушалась фазность психосексуального развития, в некоторых случаях фаза выработки установки была сохранена, но фаза научения и закрепления установки у всех больных выпадала. Детские полоролевые игры переносились на более поздний возраст. Среди психогенных причин задержки психосексуального развития решающее значение принадлежало личностной

аномалии. Хронологически процесс психосексуального развития совпадал с началом структурирования расстройства личности, когда все более четко проявлялись его типологические особенности. Девочки либо избегали игр, требующих различия полоролевого поведения, либо играли преимущественно с подругами, более маскулинно ориентированными, занимая в играх подчиненное, зависимое положение.

Этап формирования психосексуальной ориентации, определяющий выбор объекта влечения и формы реализации психосексуальных потребностей, хронологически совпадал с этапом завершения формирования АРЛ, когда его типологические особенности оформлялись в структуру с установлением определенной фазности состояния компенсации и декомпенсации. На этом этапе обожание, платонические мечты и фантазии носили у наших пациенток типичный для данного типа расстройства личности оттенок обсессивности и в силу высокой психической ригидности больных приобретали устойчивый характер с избирательной направленностью. У подавляющего большинства женщин ($76 \pm 6\%$) наблюдалась растянутость во времени стадии платонического либидо, у половины из них фаза реализации этой стадии отсутствовала. Эротические фантазии, включаясь фрагментарно в нереализованные платонические тенденции, приводили к аутоэротизму — формировалась патологическая мастурбация. Нередко она сопровождалась депрессивными реакциями больных, самоуничижением, мыслями о своей порочности и т. п. Все более выраженной становилась некоммуникабельность женщин, их неспособность устанавливать продуктивные межличностные отношения.

Наблюдающаяся у женщин с АРЛ рассогласованность идеальной и реальной самооценки сглаживалась путем образования вторичных компенсаторных личностных черт, что на поведенческом уровне проявлялось прежде всего в мотивации избегания: больные избегали контактов с мужчинами, компаний и ситуаций, где эти контакты были неизбежны. Трудности в общении и выраженность либидо приводили к возникновению раннего типа мастурбации.

У подавляющего большинства пациенток ($78 \pm 6\%$) был выявлен средний тип половой конституции. У $13 \pm 5\%$ из них отмечались сексуальные перверсии или перверсные тенденции, в большинстве случаев — лезбианство и мазохизм, которые входили в структуру либидо и личности.

У мужей больных половое развитие протекало в основном нормально, тип половой конституции чаще всего был средним, но в $18 \pm 5\%$ — сильным.

В генезе сексуальной дезадаптации супружеской пары при рассматриваемой патологии у жены большую роль играло несоответствие типов сексуальной мотивации, наблюдавшееся у $78 \pm 6\%$ супругов, а также часто встречавшееся (у $68 \pm 7\%$) неблагоприятное сочетание в паре психосексуальных типов мужчины и женщины (больные чаще всего принадлежали к типу женщина-дочь и пассивно-подчиняемому варианту типа женщина-женщина, а их мужья — к тому же варианту типа мужчина-мужчина и типу мужчина-сын).

Сексуальная дисфункция проявлялась у женщин гиполибидемией, сексуальной гипестезией, снижением процента оргастичности или аноргазмией. У их мужей

отмечались снижение сексуальной предприимчивости и активности, некоторое ослабление эрекции, притупление оргастических ощущений. Имеющиеся у больных сексуальные расстройства и их личностные особенности определили наличие при АРЛ у жены двух вариантов дисгармоничного супружества — псевдопозитивно-дополняющего и антагонистического.

Проведенный системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим позволил установить у обследованных супружеских пар сочетанное их нарушение. При этом было выявлено стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента у всех больных, которое явилось непосредственной причиной сексуальной дезадаптации. Нейрогуморальная составляющая этого компонента также была нарушена у всех больных вследствие ускоренного соматосексуального развития, психологический и социально-психологический компоненты оказались ослабленными в результате наличия внутрличностного конфликта у больных женщин и межличностного конфликта супругов, а также во многих случаях из-за несоответствия их ролевых позиций. Эти нарушения способствовали развитию и усугубляли течение сексуальной дезадаптации супругов. Низкий уровень информированности в области психогигиены половой жизни встречался у наших больных относительно редко — у $23 \pm 6\%$.

Таким образом, развивающаяся при АРЛ у женщин сексуальная дезадаптация имела, как и при эмоциональном неустойчивом, многофакторную обусловленность.

Демонстративное расстройство личности (F 60.4) (ДРЛ) характеризовалось поверхностностью и лабильностью эмоций у больных, их склонностью к самодраматизации, театральности, преувеличенно интенсивному выражению чувств, внушаемостью, эгоцентричностью, потворством своим желаниям и потаканием слабостям. Больные были невнимательны к другим людям, постоянно стремились быть объектом внимания, вызывать восхищение и одобрение окружающих, типичен для них был также поиск новых возбуждающих впечатлений.

У наших пациенток с данным типом расстройства личности этап формирования полового самосознания протекал без особых нарушений, но этап формирования стереотипа полоролевого поведения оказался растянутым во времени в среднем на 3—4 года. В этот период происходило структурирование расстройства личности и уже отчетливо проявлялось его патогенное влияние. Характерные для данного типа расстройства эгоцентричность, демонстративные формы самовыражения и утверждения, склонность к аффективным действиям, неспособность предвидеть последствия своих поступков при сниженной самокритичности обуславливали формирование у девочек-подростков искаженной половой роли. У них наблюдалась полная или частичная трансформация полоролевого стереотипа с некритичным использованием элементов женского поведения, повышающих эротическую привлекательность, — злоупотребление косметикой, предпочтение яркой, броской одежды, сексуально провоцирующее поведение и т. п. В то же время эта гротескная гиперфемининность сочеталась у подростков с андроподобным поведением — повышенной влюбчивостью, недолговечностью привязанностей, частой сменой и поиском новых

объектов увлеченности, стремлением к доминированию. Все это способствовало дезадаптации девочек в микросоциуме и приводило к усвоению неадекватных способов коммуникации с лицами противоположного пола, блокаде фазы реализации, что проявлялось уже на этапе платонических установок.

На этапе формирования психосексуальной ориентации влияние ДРЛ становилось особенно выраженным. Проявления психического инфантилизма (импульсивность, незавершенность действий, нереальность мотивов, слабость волевых сдержек) наряду с идеализацией и искаженным восприятием себя и окружающего мира обуславливали неадекватное отношение к объекту платонической увлеченности. В результате попытки реализации платонических установок, предпринимаемые пациентками на основе нереалистических переживаний и ожиданий, без учета реальных условий и интересов потенциального партнера, чаще всего заканчивались неудачей. Это приводило к отказу от дальнейших попыток, демонстративной смене объекта влюбленности, нередко — к установлению платонических отношений одновременно с несколькими сверстниками или лицом старшего возраста. Неизбежные при подобных контактах неудачи, сопровождающиеся чувством разочарования в избраннике, влекли за собой формирование избегающего поведения, которое в свою очередь способствовало остановке развития на уровне платонического фантазирования, со временем обогащавшегося эротическими и сексуальными элементами. Разрыв между фантазированием и реализацией установок у женщин с трансформацией полоролевого стереотипа в ряде случаев ($14 \pm 5\%$) обуславливал эпизоды гомосексуальной активности, формирование нарциссических и фетишных тенденций.

Ретардация психосексуального развития, наблюдавшаяся у $82 \pm 5\%$ наших больных (особенно задержка на фазе формирования эротического либидо), способствовала закреплению незрелых форм удовлетворения сексуальных потребностей, нарастанию диссоциации между отдельными компонентами либидо. Сексуальный его компонент оказывался у них фактически не сформированным. Нарушение структуры либидо у больных ДРЛ являлось одним из признаков психосексуального инфантилизма и проявлялось, в частности, в неспособности примирить образ любимого мужчины-«рыцаря» с сексуальной ситуацией. Больные не умели программировать и соответствующим образом корректировать свое поведение в процессе общения с потенциальным сексуальным партнером. Большинство наших пациенток в ситуации сексуального общения испытывали страх и вели себя неадекватно: могли неожиданно рассмеяться или заплакать, повести себя агрессивно и т. п.

На основании своих наблюдений мы считаем характерными для ДРЛ следующие особенности психосексуального развития: тотальную дисгармоничность, проявляющуюся в нарушении стадийности, этапности и фазности развития; сочетанные асинхронии полового развития, обусловленные психогенными и социогенными факторами; полифакторную обусловленность ретардации развития при ведущем психогенном факторе; общую тенденцию к максимальной задержке на этапе формирования психосексуальной ориентации, придающей характер незавершенности всему процессу становления

сексуальности женщин и обусловливающей их психосексуальный инфантилизм. При этом наблюдается прямая зависимость перечисленных нарушений от этапности развития собственно расстройства личности.

Полученные в исследованиях данные позволяют считать, что континуальными сексопатологическими характеристиками при ДРЛ у женщин являются психосексуальный инфантилизм, патологическая унсолидация, нарциссизм.

Психосексуальный инфантилизм представляет собой устойчивое состояние, при котором роль взрослого сексуального партнера интернализирована личностью частично или формально, причем наблюдается расхождение между степенью зрелости сексуальной сферы и личности в целом. Однако психосексуальный инфантилизм может входить в структуру психического инфантилизма. Женщины с проявлениями психосексуального инфантилизма получают сексуальное удовлетворение лишь в результате незрелых форм сексуальной активности — эротической игры, петтинга.

При патологической унсолидации — устойчивом, не зависящем от полноты сексуального удовлетворения состоянии, женщины постоянно стремятся к смене сексуальных партнеров, но ни с одним из них не может установить продолжительные и устойчивые отношения. Патологическая унсолидация имела место преимущественно при сильной половой конституции, которая наблюдалась у $10 \pm 4\%$ наших пациенток.

При нарциссизме (направленности полового влечения на себя) половое возбуждение возникало у больных при рассматривании себя в зеркале, любовании собственным телом, половыми органами, что сопровождалось мастурбацией и получением оргазма.

Сексуальная дисфункция у обследованных нами женщин проявлялась в ограниченной способности к переживанию оргазма, независимо от смены сексуального партнера или изменения характера эротической стимуляции. Как правило, у них отсутствовала истинная потребность в сексуальном общении и в то же время имела место выраженная тенденция к эротизации межличностных отношений и установлению контроля за сексуальным партнером.

Тип сексуальной мотивации у женщин с ДРЛ — в основном генитальный или шаблонно-регламентированный, в ряде случаев ($14 \pm 5\%$) — агрессивно-аверсионный, мотив полового акта — получение оргазма и сексуальное самоутверждение; тип сексуальной культуры — невротический.

Таким образом, состояние сексуальной функции больных женщин в подавляющем большинстве случаев отклонялось от нормативных показателей и, следовательно, способствовало сексуальной дезадаптации супругов.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья супружеских пар по его компонентам и составляющим позволил установить сочетанное их нарушение при ДРЛ у жены. Стержневым, т. е. причиной сексуальной дезадаптации супругов, оказалось поражение социально-психологического компонента, обусловленное их межличностным конфликтом, психологического компонента, связанное с имеющимся у больных внутриличностным конфликтом, и психической составляющей анатомо-физиологического компонента вследствие

расстройства личности у жены. Нарушение нейрогуморальной составляющей этого компонента, отражающее ретардацию психосексуального развития у $82 \pm 5\%$ женщин, способствовало возникновению и усугубляло сексуальную дезадаптацию. Такую же патопластическую и дезадаптирующую роль играло нарушение социального компонента: информационно-оценочной его составляющей (у $77 \pm 6\%$ женщин и $59 \pm 7\%$ мужчин) из-за недостаточной и неправильной информированности в вопросах секса и социокультурной составляющей (у $80 \pm 6\%$ супругов) — из-за несоответствия в паре типов сексуальной культуры.

Дисгармонирующим фактором служило также несоответствие типов сексуальной мотивации супругов, поскольку у женщин, как отмечалось выше, наблюдались генитальный, шаблонно-регламентированный и агрессивно-аверсионный ее типы, тогда как у их мужей — большей частью игровой и взаимно-альтруистический коммуникативно-гедонический ее типы. Не способствовали сексуальной гармонии и характерные для женщин с демонстративным расстройством личности и имевшиеся у них мотивы полового акта. Свой вклад в генез сексуальной дезадаптации вносило также неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, поскольку подавляющее большинство больных относились к агрессивному варианту типа женщина-женщина, для которого единственно гармоничным является сочетание с пассивно-подчиняемым мужчиной, тогда как среди их мужей преобладали лица психосексуального типа мужчина-отец.

Таким образом, в основе сексуальной дезадаптации супружеской пары при демонстративном расстройстве личности у жены лежат связанная с нарушением психосексуального развития неадекватность сексуального поведения больных и аномальная структура их личности, препятствующие продуктивной общей и сексуальной коммуникации супругов.

Больные с шизоидным расстройством личности (F 60.1) (ШРЛ) проявляли отгороженность от эмоциональных, социальных и других контактов, отдавая предпочтение индивидуальной деятельности, требующей уединения. Для них были характерны фантазирование, склонность к интроспекции. Способность выражать свои чувства и ощущать удовольствие у этих больных в значительной степени была ограничена. Им были свойственны такие черты как аутичность, патологическая замкнутость, робость, застенчивость, чрезмерная чувствительность и в то же время — равнодушие, эмоциональная холодность, избирательная общительность, которые приводили к нарушению коммуникации, в том числе супружеской.

Параноидное расстройство личности (F 60.0) (ПРЛ) характеризовалось 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 были свойственны постоянно возникающие неоправданные подозрения в неверности, обостренное сознание своих личностных прав и воин-

ствуюча, упорная готовность отстаивать их, нередко также гипертрофированное самомнение и стремление сопоставлять любые факты и явления действительности с собственными интересами и самой 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 ШРЛ и у $44 \pm 9\%$ с ПРЛ — было замедленным. Психосексуальное развитие почти одинаково часто было либо задержанным, либо преждевременным: соответственно у 42 ± 8 и $40 \pm 8\%$ больных ШРЛ и 37 ± 9 и $40 \pm 9\%$ — ПРЛ. 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 появлении 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 возникал 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 ПРЛ у детей в этом возрасте уже достаточно четко проявлялись свойственные этой патологии черты — подозрительность и высокое самомнение.

У $40 \pm 8\%$ больных ШРЛ 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, выражавшееся 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», 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 $47 \pm 9\%$ соответственно) формировалось гиперролевое поведение, значительно реже (9 ± 4 и $7 \pm 5\%$) — 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 становились 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 ШРЛ, 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 неспособностью 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 ($61 \pm 5\%$) присутствовали различные перверсные

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 ПРЛ эти нарушения не наблюдались.

У обследованных нами больных преобладал средний тип половой конституции, но у части из них — $18 \pm 6\%$ с шизоидным и $24 \pm 8\%$ с ПРЛ — 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 ПРЛ 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 наблюдавшееся неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины: и при ШРЛ, и при ПРЛ — агрессивный вариант типа женщина-женщина в сочетании с типами мужчина-отец и агрессивным вариантом мужчина-мужчина.

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 внутрличностного конфликта, и социально-психологического, обусловленного межличностным конфликтом супругов, способствовало развитию супружеской дезадаптации и усугубляло ее.

В целом для большинства больных ШРЛ и ПРЛ женщин характерны нарушения полового развития и практически всех критериев сексуального здоровья. При этом в сложный генез супружеской дезадаптации при рассматриваемой патологии вносили свой вклад нарушения взаимодействия супругов на всех вероятных уровнях.

При зависимом типе расстройства (F 60.7) (ЗРЛ) очень рано, уже в возрасте 3—4 лет, проявлялись такие характерные черты, как робость, застенчивость, невыносливость к физическим и психическим нагрузкам, повышенная впечатлительность, ранимость, сенситивность, т. е. черты, затрудняющие общение. Учитывая это, родители старались создать в семье щадящие условия и всячески оберегали ребенка от травмирующих его внешних влияний. Известно, что в таких случаях между детьми и родителями устанавливается особый тип

эмоциональной связи — чрезмерная привязанность ребенка к одному из родителей, способствующая формированию социально-инфантильной личности и снижающая способность растущего человека к социальной адаптации.

У подавляющего большинства детей в этих условиях наблюдалось ускоренное интеллектуальное развитие, что было прямым следствием их постоянного контакта с родителями, которые при этом стремились воплотить в воспитании ребенка свои честолюбивые устремления. В то же время дети, постоянно находясь среди взрослых, отставали не только в развитии моторики, но и в навыках общения со сверстниками. Они избегали игр с соревновательным началом, в которых неизбежно проявлялись их неловкость, сниженная выносливость и быстрая утомляемость.

Нарушение становления психики приводило к задержке психосексуального развития, которая нередко сочеталась с отставанием в соматосексуальном развитии, а также с социогенной ретардацией, обусловленной неправильным воспитанием. В результате у наших пациенток с ЗРЛ очень часто — у $84 \pm 7\%$ — имели место сочетанные асинхронии; значительно реже (у $16 \pm 4\%$) отмечались сложные асинхронии, характеризующиеся преждевременным психосексуальным развитием и задержкой соматосексуального созревания.

В коллектив сверстников такие дети из-за воспитания в описанных семейных условиях попадали, как правило, уже в школьные годы и с трудом адаптировались к новому окружению. Их попытки перенести в новую среду усвоенные дома навыки общения и поведения обычно заканчивались неудачей. При этом стремление занять особое положение и добиться признания, к которому они привыкли в родительской семье, не основанное на реальных качествах лидера, приводило к открытым конфликтам, которые нередко требовали экстренных мер (перевода в другую школу, смены места жительства и т. п.). Вмешательство родителей в разрешение таких статусных конфликтов лишь усугубляло положение детей с формирующимся ЗРЛ. Мир сверстников они воспринимали как враждебный и либо ограничивались общением с родителями, либо искали общения с младшими по возрасту детьми, играя вместе с ними в их условно-ролевые игры и всегда выбирая фемининную половую роль.

Интерьеризация нормативного полоролевого поведения, происходящая в подростковом возрасте, обычно носила у больных фрагментарный или формальный характер, что способствовало формированию у них гиперролевого (гиперфемининного) поведения.

На этапе формирования психосексуальной ориентации, который при формировании ЗРЛ отличался структурной сложностью и значительной продолжительностью, происходило выпадение целых стадий и фаз, что в конечном счете придавало этому этапу характер незавершенности.

На этапе формирования либидо при общении, ограниченном семейным кругом и фактической изоляцией в женском коллективе (мать, одноклассницы, подруги по играм), психосексуальное развитие задерживалось на фазе платонического либидо. Больные не предпринимали каких-либо попыток, направленных на реализацию своих мечтаний с противоположным полом.

Мастурбация, которая при формировании ЗРЛ часто представляла самостоятельную находку, редко сопровождалась эротическим фантазированием. Свойственные таким подросткам астенические черты — психическая вялость, безынициативность, бледность побуждений (в том числе и эротического плана), слабость волевых начал, склонность к депрессивным реакциям, постоянное ощущение психофизиологического дискомфорта, стремление избегать любых усилий и ситуаций, вызывающих напряжение, робость, стыдливость, неумение общаться с представителями противоположного пола — в конечном счете приводили к формированию избегательного поведения.

У обследованных нами женщин с ЗРЛ первая влюбленность наступила поздно — в возрасте 19—20 лет, и была направлена на более старших лиц, товарищей или учителей с выраженной маскулинной ролью. При этом влюбленность, как правило, останавливалась на платонической стадии, насыщаясь со временем элементами привнесенного эротизма, но фаза реализации платонических и эротических установок часто не наступала.

Задержка и дисгармоничность процесса психосексуального развития на первых двух его этапах была не особенно выражена. Однако нарушение коммуникативности с раннего детства и сохраняющийся в течение многих лет парциальный психический инфантилизм при почти постоянной астении существенно тормозили становление сексуальности женщин на важнейшем этапе — этапе формирования психосексуальной ориентации. Сочетанный характер асинхроний полового созревания, преимущественно с ретардацией психосексуального развития, определял продолжительную остановку развития на стадии формирования платонического либидо. Эротический компонент либидо оказывался редуцированным до элементарных проявлений, а сексуальный компонент оставался у женщин с ЗРЛ несформированным.

Психосексуальный инфантилизм был характерен практически для всех больных с рассматриваемым расстройством личности. Начало половой жизни у наших пациенток относилось в среднем к возрасту 28—30 лет. Партнером, как правило, был старший по возрасту и опытный мужчина, который умел создать желаемый для больной платонический контекст интимных отношений. Затруднения в установлении взаимоотношений с представителями мужского пола были связаны не только с коммуникативной некомпетентностью больных, но и с их типологическими особенностями: крайней обидчивостью, впечатлительностью, сенситивностью и ранимостью. При этом женщины реагировали на затруднения в межличностных отношениях снижением настроения, слезами, уходом в себя, т. е. проявляли особенность реагирования астенической личности, которую П. Б. Ганнушкин называл «мимозностью». Среди девиаций психосексуального развития женщин отмечалось гиперфемининное поведение.

Сексуальность больных характеризовалась ослабленным либидо, низкой половой активностью, сексуальной гипестезией, гипо- или, нередко, аноргазмией.

Однако нарушение сексуального здоровья супружеской пары было связано не только с этими особенностями. Системно-структурный анализ его по

компонентам и составляющим позволил установить, что у супружеских пар имело место их сочетанное нарушение. Стержневым, т. е. причиной сексуальной дезадаптации супругов, явилось поражение психологического компонента вследствие имеющегося у больных внутриличностного конфликта и психической составляющей анатомо-физиологического компонента по причине расстройства личности у женщин. Нарушение социально-психологического компонента сексуального здоровья было обусловлено межличностным конфликтом супругов. Нейрогуморальная составляющая была ослаблена у всех женщин вследствие ретардации полового развития. С этим связано то обстоятельство, что женщины, больные ЗРЛ, как правило, относились к слабому типу половой конституции. В тех случаях, когда у их супругов отмечалась средняя или сильная половая конституция, это способствовало возникновению сексуальной дисгармонии и усугубляло ее. Нарушение социально-психологического компонента и нейрогуморальной составляющей анатомо-физиологического способствовали дезадаптации супругов и усугубляли ее.

Дезадаптирующую роль играло и преобладание у больных ЗРЛ женщин шаблонно-регламентированного и гомеостабилизирующего типов сексуальной мотивации. Они наблюдались у 74 ± 6 % обследованных нами женщин и большей частью не соответствовали сексуальной мотивации их мужей, нередко игровой и коммуникативно-гедонической (38 ± 7 %). Не способствовали сексуальной гармонии и мотивы полового акта, у женщин — получение оргазма или снятие сексуального напряжения, а также расхождение типов сексуальной культуры: у всех женщин был невротический тип, у мужчин преобладал либеральный.

Дисгармонирующим фактором служило и то обстоятельство, что подавляющее большинство женщин принадлежало к пассивно-подчиняемому варианту типа женщина-женщина и к типу женщина-дочь, при которых супружеская гармония возможна лишь при сочетании с агрессивным вариантом типа мужчина-мужчина и типом мужчина-отец, а при рассматриваемом расстройстве личности у женщин такое сочетание встречалось в сравнительно небольшом числе случаев — 20 ± 4 %.

В целом нарушение сексуального здоровья при ЗРЛ у женщин определялось характерными для этой патологии континуальными сексопатологическими образованиями, обуславливающими специфические особенности сексуальности и, в частности, сексуального поведения женщин. В то же время эти образования могли служить патопластическими факторами развития у больных при неблагоприятных условиях дискретных сексуальных нарушений.

Характерные для диссоциального расстройства (F 60.2) личностные черты определяли общее и сексуальное поведение женщин. Это черствое, равнодушное отношение к людям, несоответствие поступков общепринятым социальным нормам, низкая толерантность к фрустрациям, легкое высвобождение агрессивных импульсов и т. п. У большинства женщин были нарушены темпы полового развития: имели место ускоренное соматосексуальное и преждевременное психосексуальное развитие (соответственно 74 ± 8 и 70 ± 9 %). Все пациентки с данным типом расстройства отличались трансформированным (маскулинным) полоролевым

поведенням и все неправильно оценивали свои сексуальные проявления.

Почти у половины пациенток наблюдались агрессивные типы сексуальной мотивации, у остальных — в основном шаблонно-регламентированный ее тип, что, естественно, не способствовало сексуальной гармонии, как и имевшийся у всех женщин мотив полового акта — получение оргазма. Половая конституция при данном типе расстройства личности была средней или сильной, платоническое либидо — слабо выраженным, в сексуальных фантазиях преобладала замена партнера, иногда имелись элементы садизма. Достаточно часто — у $26 \pm 9\%$ женщин — отмечался мультиоргазм, у остальных оргастичность составляла до 100 %. Сексуальная культура при диссоциальном расстройстве личности была дисгармоничная или девиантная (большей частью либеральный, реже оргиастический ее типы).

Системно-структурный анализ состояния сексуального здоровья выявил у пациенток, как и при других типах расстройства личности, в качестве причины дезадаптации сочетанное стержневое поражение психологического, социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента, обусловленное указанными выше факторами; кроме того, у всех женщин была нарушена информационно-оценочная составляющая социального компонента, что способствовало формированию сексуальной дезадаптации и усугубляло ее.

Дисгармонирующим отношения супругов при данном типе расстройства личности фактором служило также расхождение направленности личности: в частности, большинство женщин в проведении досуга предпочитали развлечения, тогда как их мужья — отдых или самосовершенствование. При этом $82 \pm 8\%$ пациенток принадлежали к агрессивному варианту психосексуального типа женщина-женщина, который очень плохо сочетался с таким же вариантом или с типом мужчина-отец у мужа.

Подытоживая вышесказанное, можно утверждать, что существует закономерная связь между типом расстройства личности у женщин и формой развивающейся у супругов сексуальной дезадаптации. Для супружеских пар с эмоционально неустойчивым расстройством у жены наиболее характерны коммуникативная и социокультурная форма дезадаптации, для пар с ананкастным расстройством у женщин — полоролевая и сексуально-эротическая формы. При демонстративном расстройстве чаще всего отмечается аверсионная, а при зависимом и тревожном — конституциональная форма дезадаптации. Диссоциальное и параноидное расстройства личности приводят большей частью к развитию коммуникативной и полоролевой ее форм.

В то же время полученные данные убедительно подтверждают, что при специфическом расстройстве личности у женщин основной причиной супружеской дезадаптации служит сочетанное стержневое поражение психологического, социально-психологического компонентов и психической составляющей биологического компонента, однако своеобразие этой причине при каждом типе расстройства придают характерные для него черты личности больных. Эти черты определяют также и механизмы развития, течение дезадаптации и ее клинические проявления.

Список литературы

1. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика. — М.: Медицинская книга, 2007. — 124 с.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
3. Кришталь В. В., Кришталь Е. В., Кришталь Т. В. Сексология: навч. посібник: в 4-х ч. — Харків: Фоліо, 2008. — 990 с.

Надійшла до редакції 23.01.2009 р.

М. О. Денек

Взаємозв'язок між формою сексуальної дезадаптації та типом специфічного розладу особистості у жінок

Полтавська обласна психоневрологічна лікарня
ім. О. Ф. Мальцева
(м. Полтава)

На підставі дослідження 320 подружніх пар, в яких жінка страждає на специфічний розлад особистості, встановлено чітку залежність порушень статевого розвитку хворих від типу розладу особистості. Сомато- та психосексуальний розвиток є прискореним при емоційно нестійкому, дисоціальному і уповільненому — при тривожному, залежному, демонстративному, ананкастному розладах. У 66 % жінок порушена, частіше трансформована, статево-рольова поведінка. Статева конституція є слабкою у 94 % залежних, у них, а також у шизоїдних та тривожних хворих дуже низький відсоток оргастичності, а в дисоціальних, параноїдних та емоційно нестійких хворих спостерігається мультиоргастичність. У всіх жінок із розладом особистості має місце дисгармонійний або девиантний тип сексуальної культури.

Причиною сексуальної дезадаптації, як показав системно-структурний аналіз сексуального здоров'я, є сукупне стрижневе ураження в усіх жінок його психологічного, соціально-психологічного компонентів та психічної складової біологічного компонента, а у 8 % — також соціокультурної складової соціального і у 16 % — нейрогуморальної складової біологічного компонента.

М. О. Денек

The interconnection between a sexual disadaptation form and a type of a specific personality disorder in women

Regional psychoneurological hospital named after A. Ph. Mal'tsev
(Poltava)

On the basis of research of 320 married couples, in which wives suffered from a specific personality disorder, a clear dependence between disorders of a sexual development of patients and a type of personal disorder was found out. Somato- and psychosexual development is accelerated in emotionally unstable, dissocial disorders and slowing down in anxious, dependent, demonstrative, and anancastic ones. 66 % of women have an impaired and more frequently transformed gender-role behavior. A sexual habitus is weak in 94 % dependent persons. They and also schizoid and anxious patients have a very low part of orgasticity, and dissocial, paranoid, and emotional unstable patients demonstrate multiorgasticity. All the women with personal disorder have disharmony or deviant types of a sexual culture.

According to results of a system-structural analysis of a sexual health, a cause of a sexual disadaptation is a combined core impairment of sexual health psychological, social-psychological components and a psychic part of the biological component in all the women, 8 % have also impairment of a sociocultural part of the social component and 16 % have impairments of a neurohumoral part of the biological component.