

## ПЕРВИЧНЫЕ ФОРМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН КАК ПРИЧИНА СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ И ВНЕБРАЧНОГО СЕКСА

Профессор О.А. КАДЕНКО

*Хмельницкий областной клинический кожно-венерологический диспансер*

**Рассмотрены первичные формы сексуальной дисфункции у женщин. Показаны причины, механизмы развития, клиническое течение этих форм и обусловленной ими вторичной супружеской дезадаптации. Приведена характеристика внебрачного секса жен. Полученные данные могут стать основой для разработки патогенетической системы психотерапии и психопрофилактики изученных форм нарушения сексуального здоровья.**

Первичная сексуальная дисфункция представляет собой самостоятельную патологию, не связанную с каким-либо соматическим или психическим заболеванием. При всем разнообразии причин первичных форм сексуальных расстройств — социогенных, психогенных, социально-психологических, соматогенных — и разных их клинических проявлениях для всех этих форм характерны первичность сексологической симптоматики и поражение вначале только сексуальной сферы. Однако это не исключает вовлечения в картину заболевания в дальнейшем нарушения других систем и функций организма.

Первичные расстройства сексуального здоровья сравнительно мало освещены в литературе. Обычно в имеющихся работах первичные и вторичные сексуальные нарушения не разделяются [1–3], несмотря на то, что есть принципиальная разница между ними, определяющая и лечебную тактику. В основном подход, учитывающий эти различия, характерен для представителей школы В.В. Кришталя, но более исследованными являются первичные и вторичные расстройства сексуальной функции у мужчин [4, 5]. Неизученным остается такой существенный аспект первичных нарушений сексуального здоровья, как внебрачные связи супругов при обусловленной этими нарушениями супружеской дезадаптации. В настоящей работе мы поставили задачу в определенной мере восполнить этот пробел.

Под нашим наблюдением находились 35 супружеских пар, в которых жены и мужья страдали первичной сексуальной дисфункцией и наблюдалась вторичная сексуальная дезадаптация супругов. Темой анализа стало изучение этой патологии у женщин. У 18 из них имелась паторефлекторная, у 13 — абстинентная форма дисфункции и у 4 — сексуальный фобический невроз.

Супруги были в возрасте от 23 до 45 лет (мужья входили в одну, охватывавшую 5 лет, возрастную группу с женами) и состояли в браке от 2 до 15 лет. Наибольшая длительность брака наблюдалась у супружеских пар с абстинентной формой сексуальной дисфункции у жены. Паторефлекторная форма сексуального расстройства и сексуальный фобический невроз проявлялись с самого начала супружеской жизни, сексуальная абстиненция у женщин — в разные сроки указанного выше периода.

Все больные женщины и их мужья были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья, результаты которого позволили решить основные задачи настоящего исследования — определить клинические формы сексуальной дисфункции у женщин и выявить их причины, механизмы, условия развития и клинические проявления.

В основе паторефлекторной формы сексуальной дисфункции, как показало изучение причин и условий ее развития, лежит срыв нервной регуляции полового акта с нарушением его физиологической программы и последующее закрепление нарушения по механизмам невротической фиксации с образованием патологического рефлекса. В большинстве случаев это патологическая фиксация на первом неудачном половом акте вследствие внешнего торможения. У наших пациенток к развитию данной формы первичного сексуального расстройства привели в основном неблагоприятные условия, в которых осуществлялся первый половой акт, в частности нахождение посторонних людей в соседней комнате в первую брачную ночь, внезапное воздействие сильных раздражителей (неожиданный громкий стук, яркий свет, окрик), а также резкие болевые ощущения при дефлорации. Но у трех женщин рассматриваемая форма сексуальной дисфункции возникла в результате патологической фиксации неудачи полового акта, обусловленной внутренним торможением. Причиной его были неправильная психологическая установка на половой акт вследствие чрезмерно строгого воспитания и несоответствие суммации раздражений при половых сношениях стереотипу ощущений, выработанному при мастурбации.

При всех указанных причинах основной рассматриваемой формы сексуальной дисфункции остается патологический рефлекс.

При проведении системно-структурного анализа сексуального здоровья по его критериям выяснилось, что у 22±4% женщин имело место замедленное соматосексуальное развитие и у всех — ретардация психосексуального развития и сочетанные асинхронии полового развития. У их мужей эти нарушения отмечались значительно реже (до 44±8%). Полороевое поведение было гиперфемининным у 1/3 женщин. Информативность в области секса была недостаточной у всех супругов, и все они неправильно оценивали свои сексуальные проявления.

Имеющиеся у супругов типы сексуальной мотивации также не способствовали сексуальной гармонии: у всех женщин был генитальный, у всех мужчин — шаблонно-регламентированный, реже генитальный ее тип. Дисгармонирующим был и мотив полового акта — и у женщин, и у мужчин в основном получение оргазма, реже сексуальное самоутверждение.

Большинство женщин ( $67\pm 17\%$ ) принадлежало к среднему, остальные — к ослабленному среднему типу половой конституции, у мужчин ослабленная конституция отмечалась чаще ( $56\pm 18\%$ ). У такого же количества мужчин и  $1/3$  женщин были слабо выражены все виды либидо (платоническое, эротическое и сексуальное). Сексуальные фантазии отмечались только у женщин (также у  $1/3$  из них), и содержанием их был главным образом половой акт с воображаемым человеком. Чувство любви сохраняли чаще мужчины, чем женщины (соответственно  $78\pm 14$  и  $56\pm 18\%$ ), остальные женщины испытывали к мужу в основном привычку, мужья к жене — уважение.

Адекватные эрекции были ослаблены у всех мужей женщин с паторефлекторной формой сексуальной дисфункции. У  $1/3$  женщин отсутствовала лубрикация, а оргастичность ни у кого из женщин не превышала 30%. Сексуальная потребность возникала и у мужей, и у жен чаще всего 1–2 раза в неделю, но у  $1/3$  тех и других — один раз в 10 дней.

Тип сексуальной культуры у всех супругов был невротический, степень сексуальной привлекательности партнера у мужчин — высокая и средняя, у женщин — средняя и низкая. Диапазон приемлемости, проведение предварительного периода, техника и поза полового акта и активность партнера в половом акте не соответствовали у всех обследованных супругов.

Следует отметить, что патопластическими факторами развития паторефлекторной формы первичной сексуальной дисфункции служат патохарактерологический склад личности с превалированием аффективной неустойчивости и астенический тип соматической конституции. Клиническая симптоматика сексуального расстройства обнаруживает зависимость от типологических особенностей больных и их личностной реакции на возникшую патологию, в особенности симптоматика, обусловленная заострением характерологических черт больных. Очень часто у них наблюдаются раздражительная слабость, эмоциональная неустойчивость, различного рода навязчивости, в частности навязчивое ожидание неудачи при половых сношениях.

К абстинентной форме сексуальной дисфункции приводит вынужденное длительное половое воздержание, которое влечет за собой угасание условных рефлексов, участвующих в реализации физиологической программы полового акта. При использовании заместительной сексуальной активности эта форма сексуального расстройства может не возникать, а при ее отсутствии у женщин могут развиваться невротические расстройства. Интересно, что длительный перерыв в половой жизни, связанный с последним периодом беременности и родами, не приводит к формированию абстинентной формы сексуальной дисфункции. Это объясняется особым состоянием

половой сферы, нейрогуморальной перестройкой организма и появлением мощной доминанты материнства, которые определяют иной характер психофизиологических реакций организма на длительное половое воздержание [6]. В течении абстинентной формы сексуальной дисфункции есть своя особенность, которая заключается в том, что в начале вынужденного полового воздержания наблюдается усиление либидо и появление эротических сновидений, а затем либидо постепенно ослабевает и эротические сновидения исчезают. Течение сексуального расстройства чаще всего носит регрессионный характер, и сексуальная функция постепенно восстанавливается при возобновлении половой жизни.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья позволил установить, что соматосексуальное развитие всех обследованных нами супругов было нормальным, но в психосексуальном у всех женщин с данной формой дисфункции наблюдалась ретардация, а у  $19\pm 10\%$  из них имелись простые асинхронии полового развития. Полорольное поведение женщин в основном было нормативным, лишь у одной женщины — гиперфемининным.

Информированность в области секса была недостаточной, оценка своих сексуальных проявлений — неправильной у всех супругов. Тип сексуальной мотивации и у мужчин, и у женщин был генитальный (чаще у женщин) и шаблонно-регламентированный, но у двух женщин — игровой. Половая конституция чаще всего была ослабленной средней и слабой, лишь у  $31\pm 12\%$  женщин и  $19\pm 10\%$  мужчин — средней. Соответственно у большинства супругов были слабо выражены и все виды либидо. Сексуальных фантазий у супругов не было, только у двух женщин они появлялись в виде представления полового акта с воображаемым партнером. Большинство женщин и особенно мужчин сохранили чувство любви друг к другу, однако  $19\pm 10\%$  жен испытывали к мужьям только привычку.

Адекватные эрекции у всех обследованных были ослаблены, нередко ( $43\pm 13\%$ ) наблюдалась преждевременная эякуляция. Оргастичность у женщин составляла от 10 до 30%. Сексуальную потребность большинство мужчин испытывали через день, остальные, как и большинство женщин, — 1–2 раза в неделю.

Тип сексуальной культуры у большинства супругов был невротический, значительно реже — либеральный. Сексуальная привлекательность партнеров у мужчин чаще была высокой, у женщин — средней. Диапазон приемлемости лишь у небольшого количества супругов соответствовал частично, у остальных не соответствовал, а проведение предварительного периода полового акта не соответствовало ни у одной супружеской пары, как и активность партнера в половом акте. Техника и поза полового акта также не соответствовали желаниям подавляющего большинства супругов.

Наблюдения показали, что у части больных сексуальная абстиненция приводит к возникновению гипотимической реакции и некоторому заострению характерологических черт, однако в большинстве случаев

невротические нарушения слабо выражены. Это объясняется тем, что установление факта наличия данной формы сексуального расстройства связано с возобновлением половой жизни, которое само по себе является положительным эмоциональным фактором.

Сексуальный фобический невроз у женщин проявляется, как известно, в форме дефлорациофобии, коитофобии, реже онанофобии. В нашей клинической практике он встретился всего в 4 случаях и только в форме коитофобии. Это расстройство представляет собой страх перед половым актом, который обостряется при попытке сношения и делает невозможным его осуществление. У наших пациенток фобия заключалась не в боязни собственно полового акта, а в страхе снова не достигнуть оргазма, который охватывал больных чаще всего после введения полового члена во влагалище и вынуждал их прекращать сношение. Коитофобия мучительна для женщины и очень тяжело переносится ею.

Для коитофобии, как и вообще для фобического невроза, характерны критическое отношение к страху, чуждость его личности, борьба со страхом при невозможности его преодоления. По существу она представляет собой навязчивую фобию. Причиной коитофобии является сексуальная психотравма, которой для наших пациенток служило постоянное отсутствие оргазма. Чаще эта форма сексуальной дисфункции возникает у истероидных личностей, обычно у молодых, не живших половой жизнью женщин.

В клинической картине заболевания преобладают эмоциональные нарушения, проявляющиеся сильным аффектом с переживанием чувства витальной угрозы, тревоги, беспокойства. Страх доминирует над доводами рассудка и резко возрастает при попытке совершить половой акт, вне такой попытки напряжение спадает, но отмечается снижение настроения. Это приводит к тому, что женщины под разными причинами уклоняются от побуждений к половому акту и часто полностью отказываются от половой жизни. Коитофобия не влияет на вступление женщин в брак, который не ослабляет это страдание.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья у наших пациенток с разной формой сексуального расстройства показал, что у  $42 \pm 15\%$  из них имели место ретардация психосексуального развития и асинхронии полового развития, чаще сочетанные, т.е. обусловленные социогенными и психогенными факторами. Полоролевое поведение больных в ряде случаев было гиперфемининным при том, что у большинства их мужей полоролевое поведение было трансформированным (фемининным). В большинстве случаев, таким образом, имело место неблагоприятное сочетание полоролевого поведения в супружеской паре. Все супруги были недостаточно осведомлены в вопросах секса, все мужчины и подавляющее большинство женщин неправильно оценивали свои сексуальные проявления.

Типы сексуальной мотивации и их сочетание в паре также не способствовали сексуальной гармонии супругов: у мужчин и  $2/3$  женщин наблюдались генитальный и шаблонно-регламентированный ее типы, а у  $1/3$  женщин — игровой тип. То же можно сказать

и о мотивах полового акта: у всех женщин — получение оргазма, у мужчин — в основном сексуальное самоутверждение. Половая конституция у мужчин была ослабленной средней и слабой, у женщин чаще всего средней. Все виды либидо были слабо выражены у  $1/3$  женщин и у всех мужчин. Сексуальные фантазии отмечались только у женщин ( $25 \pm 10\%$ ), причем в основном они воображали орально-генитальный половой акт. В то же время большинство супругов сохранили чувство взаимной любви, хотя  $17 \pm 11\%$  жен испытывали к своим мужьям только привычку.

У всех мужей больных женщин были снижены адекватные эрекции, а женщины никогда не испытывали оргазма. В то же время у супругов возникала сексуальная потребность либо через день (чаще у женщин), либо 1–2 раза в неделю (чаще у мужчин).

Тип сексуальной культуры у всех мужчин был невротический, у женщин — невротический, либеральный или примитивный. Степень привлекательности сексуального партнера у мужчин была в основном высокой, у женщин — средней.

Такие показатели сексуальности и сексуального поведения, как диапазон приемлемости, проведение предварительного периода, самого полового акта, коитальные позиции и активность партнера в половом акте, не соответствовали у супругов; лишь последний показатель частично соответствовал желаниям двух женщин.

Таким образом, большинство критериев сексуального здоровья у женщин с первичной сексуальной дисфункцией было нарушено, что приводило к формированию супружеской дезадаптации и психосексуальной неудовлетворенности.

Анализ по компонентам и составляющим сексуального здоровья выявил у всех обследованных супругов стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента: у женщин — обусловленное угасанием полового рефлекса и явлениями детренированности сексуальной функции, и у мужчин и у женщин — невротическими реакциями на сексуальную дезадаптацию. Стержневое поражение указанной составляющей послужило непосредственной причиной сексуальной дезадаптации супружеской пары при рассмотренных формах первичного сексуального расстройства у жены. Ослабление других компонентов и составляющих сексуального здоровья — социального из-за низкого уровня сексуальной культуры и информированности в области секса, психологического из-за имеющегося у женщин и части мужчин внутриличностного конфликта и социально-психологического вследствие нарушения сексуального общения и связанной с этим нарушением неадекватной общей коммуникации супругов — способствовало формированию супружеской дезадаптации и усугубляло ее.

Изучение частоты и характера внебрачных связей женщин с первичной сексуальной дисфункцией показало, что такие связи имели  $78 \pm 10\%$  пациенток с паторефлекторной и  $77 \pm 13\%$  — с абстинентной ее формами. У женщин с сексуальным фобическим неврозом внебрачного секса по понятным причинам не было. Обследование с помощью разработанного нами

специального опросника позволило установить, что основной причиной супружеских измен у женщин с обеими указанными формами дисфункции была неудовлетворенность сексом с мужем, причем женщины одинаково часто указывали такие конкретные причины внебрачных связей, как неудовлетворенная сексуальная потребность и восполнение недостаточной сексуальной активности мужа. Все женщины при этом объясняли свои внебрачные связи поисками «полноценного секса», а одна женщина с паторефлекторной формой сексуальной дисфункции назвала свою измену шагом отчаяния. Женщины с абстинентной формой дисфункции иногда называли также желание доказать себе, что старость еще не наступила. Однако довольно много — 1/3 женщин — совершили измену только потому, что представилась такая возможность.

Опрошенные с абстинентной формой сексуальной дисфункции имели от одного до 5 внебрачных партнеров, с паторефлекторной — столько же или несколько больше. Продолжительность знакомства до первого сексуального контакта составляла в первом случае от одного дня до недели, во втором — 2–3 недели, причем инициатором связи примерно одинаково часто были и женщины, и мужчины. Продолжалась внебрачная связь от считанных дней, особенно у женщин с паторефлекторной формой дисфункции, до недель, в исключительных случаях — 2–3 месяца и прекращалась из-за разочарования женщин с этой формой, которые так и не смогли получить сексуального удовлетворения, из-за потери интереса у женщин с абстинентной формой дисфункции и в ряде случаев — из-за заражения венерической болезнью.

Но следует отметить, что все женщины, совершавшие супружеские измены, излишне либерально воспринимали сексуальные отношения, обладали безусловно недостаточным чувством долга по отношению к супругу и семье, проявляли легкомыслие и безответственность к своему собственному здоровью. В целом внебрачные связи не приносили женщи-

нам ни сексуального, ни морального удовлетворения и лишь усугубляли супружескую дезадаптацию.

Рассмотрение вариантов и степени дезадаптации показало, что при паторефлекторной форме сексуальной дисфункции и сексуальном фобическом неврозе у женщин дезадаптация была дебютантной, а при абстинентной форме дисфункции — приобретенной. В первом случае дезадаптация соответствовала в большинстве случаев второй степени, когда женщины получали оргазм не более чем в 30% половых актов; во втором — дезадаптация достигала у 2/3 супружеских пар третьей степени, когда женщины вообще не получали оргазма. В третьем случае, т.е. при абстинентной форме сексуальной дисфункции у женщин, имела место вторая степень дезадаптации. При этом у значительной части супружеских пар, особенно при абстинентной форме дисфункции — 43±17%, наблюдалась псевдоадаптация — разновидность дезадаптации, при которой жены скрывали от мужей свою сексуальную неудовлетворенность, имитируя при половых актах или заместительных формах половой активности, которые практиковали супруги (петтинг, интрафеморальный коитус), переживание оргазма и сексуальное удовлетворение.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить причины, условия развития, клиническое течение разных форм первичной сексуальной дисфункции у женщин и обусловленной ею вторичной супружеской дезадаптации. Оно показало также, что внебрачный секс ни в коей мере не может решить проблему сексуальной неудовлетворенности самих женщин и дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает первичной сексуальной дисфункцией.

Полученные данные следует, по нашему мнению, использовать в качестве основы для разработки системы патогенетической психотерапии изученных нарушений сексуального здоровья и их психопрофилактики, в том числе для психопрофилактики внебрачного секса.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Святош А.М.* Неврозы и их лечение.— 2-е изд.— М.: Медицина, 1971.— 356 с.
2. *Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С.* Функциональная женская сексопатология.— Алма-Ата: Казахстан, 1985.— 271 с.
3. *Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.* Основы сексологии: Пер. с англ.— М.: Мир, 1998.— 692 с.
4. *Рожков В.С.* Причины и механизмы развития первичных форм сексуальных расстройств при неврозе у мужчин // Арх. клин. и эксп. медицины.— 1999.— Т. 8, вып. 6.— С. 14–17.
5. *Скрипников А.Н.* Удовлетворенность половой жизнью супружеской пары при психопатии у мужа // Вісн. пробл. біол. і мед.— 1998.— № 16.— С. 68–71.
6. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.

Поступила 17.11.2004

## PRIMARY FORMS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN WOMEN AS A CAUSE OF SPOUSES DEADAPTATION AND EXTRAMARITAL SEX

O.A. Kadenko

### S u m m a r y

Primary forms of sexual dysfunction in women are discussed. The causes, mechanisms of development, clinical course of these forms and the resultant secondary marital deadaptation were shown. The characteristics of extramarital sex in wives is given. The obtained data can be the basis for working out the pathogenetic system of psychotherapy and psychoprophylaxis of the studied forms of sexual disorders.