

ОСОБЛИВОСТІ СТАТЕВИХ СТОСУНКІВ У ЧОЛОВІКІВ З АФЕКТИВНО- І СОЦІАЛЬНО- ТРИВОЖНИМИ РОЗЛАДАМИ ОСОБИСТОСТІ

КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Подано результати спостереження подружніх пар із сексуальною дезадаптацією, в яких у чоловіків визначено тривожні розлади особистості. Обстеження з допомогою методу системно-структурного аналізу сексуального здоров'я дало можливість виявити специфічні особливості становлення сексуальності та сексуальної поведінки чоловіків при зазначеній патології. Показано, що головною причиною розвитку сексуальної дезадаптації подружжя при афективно- і соціально-тривожних розладах особистості у чоловіків є порушення темпу психосексуального розвитку і характерні для цієї патології якості особистості, які визначають сексуальну поведінку хворих.

Ключові слова: сексуальна дезадаптація, афективно- і соціально-тривожні розлади особистості, психосексуальний розвиток.

Протягом життя тривожні розлади розвиваються приблизно в одній четверті популяції. Симптоми патологічної тривоги виявляються у 30–40% хворих, які звертаються до лікарів загальної практики, часто вони поєднуються з депресією, статевими порушеннями та різними (переважно психосоматичними) захворюваннями [1]. Невчасна діагностика тривожних розладів у загальній практиці призводить до того, що пацієнти впродовж тривалого часу не отримують адекватної терапії або не лікуються взагалі [2]. Статеві стосунки у чоловіків з афективно-тривожним і соціально-тривожним розладами (СТР) особистості великою мірою зумовлені девіаціями психоемоційного та психосексуального розвитку й сексуальної поведінки, які є, як правило, наслідками дизонтогенезу нервової системи й психіки [3]. Риси характеру осіб, які страждають на афективно-тривожний розлад особистості (F 60.6 за МКХ-10), — постійний неспокій, тривожне очікування можливого несхвалення, несміливість, настороженість до всього нового, обережність у контактах із незнайомими людьми — нерідко призводять до порушення комунікації [4–8], подружньої дезадаптації та послаблюють міцність шлюбу [9]. Проблему порушення сексуального здоров'я при аномаліях особистості у чоловіків, зокрема тривожному (унікаючому) розладі та СТР, вивчено доволі неповно та недостатньо висвітлено в літературі.

Метою нашої роботи було вивчення специфіки сексуального розвитку та сексуальної поведінки чоловіків, які хворіють на афективно-тривожний (унікаючий) і соціально-тривожний розлади особистості, та з'ясування ролі наявних порушень у генезі сексуальної дезадаптації подружньої пари.

Обстежено 28 подружніх пар із сексуальною дезадаптацією, в яких у чоловіків було діагностовано

тривожний розлад особистості та соціально-тривожний розлад. Вік подружніх пар становив від 22 до 45 років, тривалість подружнього життя — від 3 до 20 років. Сексуальна дисгармонія виникала у них із самого початку або протягом перших трьох років подружнього життя. Дослідження проводили методом системно-структурного аналізу сексуального здоров'я, який дає змогу виявити особливості психосексуального розвитку та сексуальності, встановити причини та механізми розвитку сексуальної дисгармонії подружньої пари [10–12].

Вивчення психосексуального розвитку показало, що усвідомлення своєї статевої приналежності відбувалося в чоловіків нормально — у віці двох-чотирьох років, проте фаза реалізації етапу формування статевої самосвідомості в більшості випадків запізнювалася на два-три роки. Притаманні таким особам порушення комунікації через надмірну тривожність виявлялися сповільненням пізнавальних сексуальних контактів, труднощами спілкування на статевої теми з ровесниками та дорослими.

Затримка психосексуального розвитку обстежених пацієнтів була в основному зумовлена психопатологічними особливостями особистості. У більшій частині хворих у ранньому віці спостерігалися порушення комунікації з ровесниками, емоційного зв'язку з родичами при вираженому прагненні до спілкування, риси несміливості, надмірної обережності та боязливості, прояви емоційної рефлексії. Потяг до спілкування з ровесниками поєднувався з вибірковістю контактів, які в деяких випадках завершувалися встановленням дружніх стосунків, що мали, проте, нестійкий, поверхневий характер.

Дефіцит спілкування з оточуючими, вимушена відгородженість від зовнішнього світу, пригнічені емоційні реакції по відношенню до близьких та ровесників, неможливість підтримувати встановлені

соціальні контакти уже на етапі формування статевої самосвідомості призводили до блокування та спотворення становлення сексуальності. Формування стереотипу статевої поведінки у всіх обстежених характеризувалося структурною складністю та ретардацією.

У всіх чоловіків інтеріоризація нормативної статевої поведінки була повною, а іноді надмірно підкресленою, гіперболізованою. Типологічні особистісні характеристики у вигляді тривожних розладів та форма поведінки хворих, що ускладнювали рольову та статусну адаптацію в середовищі ровесників, які переважалили у структурі особистості, призводили до блокади комунікативних реалізацій при збереженні та навіть посиленні зацікавленості у спілкуванні, до порушення процесу соціалізації, в тому числі і її статевої аспекти. Сприйняття таких осіб оточуючими, особливо представницями протилежної статі як «надмірно несміливих», «нерішучих», «м'якотілих» ще більше посилювало їх тривожність, соціальну і діалогову фобію та ускладнювало реалізацію становлення цього етапу психосексуального розвитку.

Відзначалася також затримка у фазі установчого етапу формування сексуального лібідо, зумовлена нездатністю через риси несміливості та страху спілкування увійти у світ іншого, відсутністю практичних навичок у вираженні власних почуттів, некоммунікабельністю, особливо з особами протилежної статі. Мастурбація часто мала причепливий характер та супроводжувалася чутливим, образним фантазуванням.

У чоловіків, які страждали на тривожний розлад особистості, утрудненою була і реалізація еротичних фантазій, які часто набували цілком відірваний від реальності характер. Нерідко мастурбація поєднувалася з ідеями гріховності та онаніфобічними переживаннями, що служило додатковим дисгармонізуючим фактором у подружніх стосунках.

Обстежені нами чоловіки мали середній та слабкий типи статевої конституції.

Сексуальна активність у шлюбі відзначалася бідністю проявів, їх одноманітністю, що часто супроводжувалося відчуттям невдоволеності, яке спричиняло фруструюче очікування невдачі. Поінформованість подружжя у питаннях психогігієни статевого життя була при цьому достатньо високою.

Тип сексуальної мотивації хворих частіше за все був гомеостабілізуючим або шаблонно-регламентованим, що також не сприяло сексуальній адаптації подружньої пари. Рівень соціально-психологічної адаптації подружжя нерідко знижувався ще більше внаслідок несприятливого поєднання в подружній парі психосексуальних типів чоловіка і жінки. Негативно-доповнюючий та антагоніс-

тичний варіанти дезадаптивного типу подружніх стосунків було встановлено у всіх подружніх парах.

Дещо окремо від афективно-тривожних особистостей стоять особи із СТР, хоча вони дуже подібні за своїми проявами та структурою, а видимі відмінності містяться у перших у площині афекту, а у других — у соціальній сфері загалом.

Перші симптоми СТР як правило виявляються у віці від 10 до 19 років, частіше в ранньому підлітковому. Найімовірніше цьому сприяють як генетичні чинники, так і фактори оточуючого середовища, особливо неповні та проблемні сім'ї (алкоголіки, наркомани, злочинці), де діти відчувають себе покинутими, небажаними, де батьки мають віртуальний характер (вони ніби і є, але емоційного контакту, рефлексій такі діти не отримують). У генетичному сенсі дослідження мозку показали, що порівняно з іншими у людей із СТР спостерігається більша активність в міндаліні — зоні мозку, яка бере участь в обробці емоцій, особливо почуття страху (наприклад, під час публічних виступів, розглядання картин, на яких люди виглядають розлюченими чи переживають відразу).

Дорослі із СТР бояться, що вони зганьблять себе перед іншими людьми (хоча визнають, що цей страх є надмірним). Типовими проявами такого неспокою у дорослих є посилене серцебиття, сухість у роті, зривання мови, почервоніння, тремтіння, потовиділення (гіпергідроз рук, ніг, пахвинних ділянок, усього тіла) і нудота.

У маленьких дітей прояви у вигляді криків, істерики, надмірної дратівливості спостерігаються під час соціальних заходів, тоді як підлітки страждають від «нападів» сором'язливості, невпевненості або соціальної незручності. Часто вони намагаються справитися самостійно за допомогою уникання потенційно напружених або неприємних ситуацій, проте здебільшого всі спроби закінчуються значним погіршенням розвитку їх соціального та комунікативного функціонування. Такі підлітки пропускають школу, мало займаються ігровими видами спорту, їм важко познайомитися з дівчиною, а якщо знайомство все ж відбулося, то вони відчувають скутість, внутрішнє напруження, надмірний контроль над проявами своїх емоцій та їх вербалізацією, що практично унеможливило подальше спілкування та розвиток стосунків.

До симптомів СТР можна віднести:

а) постійний страх перед ситуаціями, у яких беруть участь незнайомі люди, чи соціально значущою ситуацією (знайомство, розвиток стосунків, освідчення в коханні, імпровізації, перші статеві стосунки). Цей страх виявляється тривогою та неспокоєм (який сягає рівня панічного чи генералізованого тривожного розладу), що все закінчиться ганьбою або приниженням;

б) напади тривоги, неспокою або панічної атаки у дорослих, а в дітей — плач, вибухи гніву або соціального уникання, до чого призводить ситуація, якої вони бояться;

в) визнання дорослими, що їх страх, неспокій та переживання є надмірними, тоді як діти цього визнати ще не можуть;

г) уникання ситуацій, які можуть спричинити неспокій, а коли немає змоги їх уникнути, є відчуття катастрофи;

д) вплив проблеми на всі форми соціального та міжіндивідуального функціонування: на навчання, спілкування, якість роботи та інтимні стосунки;

е) соціальний неспокій, не спричинений прийомом медикаментів, наркотиків чи іншим медичним або психічним порушенням.

Лікування зазначених розладів складається із психотерапії, психотерапії, поєднаної із фармакотерапією, та суто фармакологічного. Оскільки достовірних даних щодо лікування цих розладів методами психотерапії у нас немає, зупинимося на фармакотерапевтичних впливах.

Найефективнішими є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СІЗЗСН), а також бензодіазепіни або β -блокатори для певних осіб із зазначеними розладами.

Нейротрансмітер серотонін є невід'ємною складовою нейросіток мозку, які включені в регуляцію настрою, сну, апетиту та відчуття болю. Зниження рівня серотоніну призводить до тривоги (як і до депресії). СІЗЗС, такі як циталопрам, пароксетин та сертралін, підвищують рівень серотоніну, що змінює функціонування критичних нейросіток, та сприяють полегшенню симптомів. Венлафаксин із групи СІЗЗСН націлений не тільки на серотонін, але й на норепінефрин (відомий як адреналін), який бере участь у регуляції реакцій страху та стресу, включає фізіологічні реакції — звуження кровоносних судин та підняття кров'яного тиску. Поліпшення загального психоемоційного стану та статевого життя у пацієнтів із тривожними розладами особистості спостерігалось після прийому венлафаксину (велаксину 37,5 і 75 мг) через 4–6 тиж лікування, а в осіб із СТР — через 8–12 тиж.

Проведене дослідження показало, що розвиток сексуальної дезадаптації за тривожних розладів

особистості у чоловіків зумовлений наявними в них порушеннями психосексуального розвитку та пов'язаними з цією патологією особливостями особистості й сексуальної поведінки.

Список літератури

1. *Марута Н.* Особенности диагностики и терапии тревожных расстройств невротического и органического генеза / Н. Марута, Т. Панько // Укр. вісник психоневрології.— 2013.— № 21 (74).— С. 75–82.
2. *Колоцкая Е. В.* Тревожные расстройства: диагностика и терапия / Е. В. Колоцкая // Русс. мед. журн.— 2005.— Т. 13, № 15.— С. 1009–1011.
3. *Маслова В. М.* Нарушение психосексуального развития / В. М. Маслова, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко // Частная сексопатология.— М.: Медицина, 1983.— С. 27–108.
4. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков / А. Е. Личко.— Л.: Медицина, 1977.— 208 с.
5. *Ганнушкин П. Б.* Клиника психопатий, их статистика, динамика и систематика / П. Б. Ганнушкин.— М.: Медгиз, 1933.— 186 с.
6. *Crooks R. Baur K.* Our Sexuality / R. Crooks.— The Benjamin Cummings Publishing Company.— 1990.— 850 p.
7. *Кабаков М. М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М. М. Кабаков, А. Е. Личко, В. М. Смирнов.— Л.: Медицина, 1983.— 311 с.
8. *Білобровка Р. І.* Варіанти порушень сексуальних функцій у чоловіків, які страждають невротичними депресіями / Р. І. Білобровка // Архів психіатрії.— 2013.— Т. 19, № 4 (75).— С. 84–86.
9. *Кришталь В. В.* Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: учеб. пособ. / В. В. Кришталь.— Сочи, 1988.— 118 с.
10. *Кришталь В. В.* Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья / В. В. Кришталь // Актуальные вопросы сексопатологии: тез. докл. I Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.— С. 7–9.
11. *Пшук Н. Г.* Психотерапевтична корекція подружньої дисгармонії при уявних сексуальних розладах у жінок / Н. Г. Пшук, В. Р. Сандаця // Вісн. Вінницького держ. мед. ун-ту.— 1999.— № 31.— С. 109–110.
12. *Білобровка Р. І.* Особливості статевої поведінки чоловіків при психопатіях / Р. І. Білобровка // Укр. вісн. психоневрології.— 2013.— Т. 21, вип. 4 (77).— С. 79–82.

ОСОБЕННОСТИ ПОЛОВЫХ ОТНОШЕНИЙ У МУЖЧИН С АФФЕКТИВНО- И СОЦИАЛЬНО-ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ

Р. И. БИЛОБРЫВКА, А. Р. ПАНАС

Представлены результаты наблюдения супружеских пар с сексуальной дезадаптацией, в которых у мужей определены тревожные расстройства личности. Обследование с помощью метода

системно-структурного анализа сексуального здоровья дало возможность выявить специфические особенности становления сексуальности и сексуального поведения мужчин при данной патологии. Показано, что главной причиной развития сексуальной дезадаптации супругов при аффективно- и социально-тревожных расстройствах личности у мужчин является нарушение темпа психосексуального развития и характерные для этой патологии качества личности, которые определяют сексуальное поведение больных.

Ключевые слова: сексуальная дезадаптация, аффективно- и социально-тревожные расстройства личности, психосексуальное развитие.

**THE FEATURES OF SEXUAL RELATIONS IN MEN
WITH AFFECTIVE-ANXIETY AND SOCIAL-ANXIETY TRAIT DISORDERS**

R. I. BILOBRYVKA, A. R. PANAS

The authors present the results of investigation of married couples with sexual maladjustment in which the husbands have anxiety trait disorders. Systemic structural analysis of the sexual health allowed to find out specific peculiarities of forming sexuality and sexual behavior of males with this pathology. It was shown that the main cause of sexual maladjustment development in couples in case of male affective-anxiety trait disorders was abnormality of the rate of psychosexual development and typical for this pathology traits of personality, which form sexual behavior of the patients.

Key words: sexual maladjustment, affective-anxiety and social-anxiety trait disorders, psychosexual development.

Надійшла 23.09.2016