

СЕКСУАЛЬНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ У ЖЕНЩИН С АФФЕКТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Доц. Л. В. КОЖЕКАРУ

SEXUAL DYSONTOGENESIS IN WOMEN WITH AFFECTIVE DISORDERS

L. V. KOZHEKARU

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Приводятся результаты исследования особенностей половой конституции, соматосексуального и психосексуального развития женщин, страдающих аффективными расстройствами.

Ключевые слова: женщины, аффективные расстройства, половая конституция, асинхронии полового развития.

The findings of the investigation of the peculiarities of sexual constitution, somatosexual and psychosexual development of women with affective disorders are reported.

Key words: women, affective disorders, sexual constitution, asynchrony of sexual development.

Под половой конституцией понимается совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе. Половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей на определенном уровне половой активности и характеризует индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, обладающих избирательностью к половой сфере [1, 2].

Современные представления о половой конституции включают параллелизм и взаимную обусловленность физического, психического и полового развития [3, 4].

Анализ конституциональных параметров человека предусматривает выявление особенностей сомато- и психосексуального развития на основе концепции психосексуального дизонтогенеза. Принципиальной посылкой этой концепции является представление о параллелизме и взаимной обусловленности физического, психического и полового развития как условия нормы; при наличии же патогенных воздействий в критические периоды развития возрастают частота и степень расхождений как в широком плане — в форме сдвигов между уровнями физического, психического и полового развития, так и в самом узком, например, в форме неоднозначности отдельных показателей сексологической антропометрии. Совершенно очевидно, что наряду с клиническими вариантами задержанного и патологически ускоренного развития необходимо учитывать и третий вариант — развития искаженного, дисгармоничного [5, 6].

Нормальное психическое развитие в постнатальном онтогенезе определяется синхронным и своевременным созреванием и развитием раз-

личных составляющих — функциональных систем. Закономерности своевременности и одновременности сложились в историческом развитии человека, закреплены в его генетической информации, а биологическая основа подвергается постоянной коррекции в ходе развития человеческого общества. Отклонения в своевременности и одновременности развития тех или иных функциональных систем от типичного для данного возраста и обуславливают асинхронии развития. Влияние последних наиболее велико в периоды возрастных кризисов, во время которых часто начинается формирование новых психических качеств индивида. Поэтому дальнейшая разработка концепции асинхроний полового созревания может оказаться чрезвычайно важной для анализа закономерностей нормального и патологического психического развития [3, 4, 6, 7].

Разделение психосексуального развития на этапы в известной степени условно, поскольку формирование полового самосознания, полового поведения и психосексуальной ориентации представляет собой непрерывный процесс, продолжающийся в течение последующей жизни. Наиболее частое нарушение психосексуального развития — его ретардация, которая является одним из вариантов асинхронии. Асинхронии, таким образом, отражают дисгармоничность полового созревания и расстройства становления сексуальности и представляют собой проявление психосексуального дизонтогенеза [7, 8].

Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей половой конституции и психосексуального развития женщин с аффективными расстройствами.

Под нашим наблюдением находились 236 женщин, страдающих аффективными расстройствами

психотического уровня. Среди них были выделены 4 диагностические группы: шизоаффективные расстройства (F25.1, F25.2) — у 19 больных (8,1%), постшизофреническая депрессия (F20.4) — у 98 (41,5%), рекуррентное депрессивное расстройство (F33.00, F33.10) — у 43 (18,2%), биполярное аффективное расстройство (F31, включая биполярное аффективное расстройство как таковое — F31.30, и циклотимию — F34.0) — у 76 пациенток (32,2%).

Больные были в возрасте от 15 до 48 лет. Пациентки более старшего возраста не включались в исследование в связи с возможностью у них органической (сосудистой) патологии. При оценке особенностей производственной деятельности больных оказалось, что среди пациенток преобладали лица, занятые умственным трудом.

Проводились анамнестический анализ, клинические наблюдения, клинко-психопатологическое обследование больных, а также математическая обработка полученных данных с помощью критерия Стьюдента при уровне доверительной вероятности $p = 0,05$.

При изучении психосексуального развития обследованных женщин учитывали их половое самосознание, полоролевое поведение, психосексуальную ориентацию. Исследование соматосексуального и психосексуального развития проводилось в соответствии с концепцией психосексуального дизонтогенеза [1]. Зависимость характера и особенностей сексуальных нарушений от стадий копулятивного цикла изучали по шкале СФЖ (сексуальная формула женская). Тип половой конституции женщин определяли по методике И. Л. Ботневой [1].

Анализ данных шкалы СФЖ позволил установить, что у всех женщин имело место нарушение психической регуляции копулятивного цикла, у 68,5% из них — сочетанное нарушение нейроморальной и психической регуляции. Кроме того, у 59,2% и у 36,3% пациенток наблюдались соответственно нарушения нейрорегуляторной и генитальной составляющих биологического компонента сексуального здоровья [5].

У 59,2% обследованных женщин была определена слабая половая конституция, у остальных — ослабленная и средняя.

Изучение половой конституции больных постшизофренической депрессией показало, что дисгармония векторов Кф имела место у 30,0% из них, дисгармоничность векторов, составляющих Кг, — у 34,7%. С учетом дисгармонии векторов, характеризующих сексуальную активность, несоответствие их было выявлено у 54,0% женщин.

Частота дисгармоничности векторов половой конституции у женщин, больных постшизофренической депрессией, была большей у женщин с шизоаффективными расстройствами и биполярным аффективным расстройством. Распространенность последних двух диагностических категорий — соответственно 47,4 и 44,2% больных — достоверно не различалась ($p < 0,05$). Среди больных с шизоаффективными расстройствами дисгармония по векторам Кф была выявлена у 36,8%, а по векторам генотипического ряда — у 31,6% ($p < 0,05$). В рамках рекуррентного депрессивного расстройства дисгармония по Кф наблюдалась в 32,6% случаев, по Кг — в 20,9% ($p > 0,05$). Как можно видеть, у больных рекуррентным депрессивным расстройством пропорции генотипической составляющей половой конституции были нарушены реже, чем при постшизофренической депрессии и шизоаффективных расстройствах.

В целом исследование показало большую распространенность дисгармонических вариантов половой конституции среди психически больных женщин — более чем у 1/3 из них.

Изучение полового развития женщин, страдающих аффективными расстройствами, позволило установить значительную частоту имеющих у них асинхроний полового развития и различные их варианты. Были выявлены следующие варианты асинхроний: I и II — простые асинхронии, соответственно задержка психосексуального развития при нормальном соматосексуальном и преждевременное психосексуальное развитие при нормальном соматосексуальном; III и IV — сложные асинхронии, соответственно задержанное психосексуальное при ускоренном соматосексуальном и задержанное соматосексуальное при преждевременном психосексуальном развитии; V — сочетанные асинхронии — задержанное и соматосексуальное развитие.

Характеристика асинхроний полового развития у больных с разными аффективными расстройствами (данные в %)

Диагноз по МКБ-10	Типы асинхроний					Асинхроний нет
	I	II	III	IV	V	
Шизоаффективное расстройство, F25.1; F25.2, $n = 19$	10,0	19,3	24,2	23,2	18,1	5,2
Постшизофреническая депрессия, F20.4, $n = 98$	10,7	10,0	24,4	12,6	23,0	19,3
Рекуррентное депрессивное расстройство, F33.00; F33.10, $n = 43$	11,2	2,3	23,2	18,3	21,0	24,0
Биполярное аффективное расстройство, F31.30; F34.0, $n = 76$	13,3	48,2	13,0	8,4	7,0	10,1

Зависимость между вариантом асинхронии полового развития и нозоформой психического заболевания женщин иллюстрируется данными приводимой таблицы.

Как следует из таблицы, наиболее распространенным был III вариант полового развития, т. е. ретардация психосексуального при ускоренном соматосексуальном. Клинически ретардация психосексуального развития проявлялась поздним пробуждением сексуальности; отсутствием в анамнезе данных, свидетельствующих о наличии лютробытства, связанного с полом, полоролевых игр; задержкой пробуждения платонического, эротического и сексуального либидо. При биполярном аффективном расстройстве ретардация психосексуального развития проявлялась в 47,0% случаев у женщин в депрессивной фазе заболевания и в 20,0% — при маниакальной его фазе.

IV вариант полового развития, т. е. замедленное сомато- и ускоренное психосексуальное развитие, наблюдался по всему диагностическому спектру с некоторым преобладанием при шизоаффективных расстройствах. II вариант — преждевременное психосексуальное развитие на фоне нормального соматосексуального развития чаще всего встречался при биполярном аффективном расстройстве и был на втором месте по частоте при шизоаффективных расстройствах в маниакальном состоянии. Клинически эта асинхрония характеризовалась ранним становлением сексуальности, причем либидо значительно опережало все другие ее проявления: в 30% случаев оно впервые проявилось уже на этапе формирования полового самосознания и к 10 годам достигало уровня сексуальных фантазий. У этих женщин отмечались суррогатные формы половой активности.

При анализе типов асинхроний выяснилось, что простые асинхронии в форме ретардации психосексуального развития встречались во всех

диагностических группах. При биполярном аффективном расстройстве в большинстве случаев наблюдались простые и сочетанные асинхронии психосексуального развития (13,3 и 48,2% соответственно). Психогенной причиной ретардации психосексуального развития было нарушение общего психического развития, при этом общее физическое и соматосексуальное развитие не отклонялось от возрастных норм. Ретардация психосексуального развития социогенной природы в большинстве случаев (70%) являлась результатом неправильного полового воспитания. Максимальное количество сложных дизонтогенетических вариантов полового развития было выявлено у женщин с шизоаффективными расстройствами (47,4%) и с рекуррентным депрессивным расстройством (41,5%).

В целом полученные в исследовании данные позволяют сделать заключение, что у психически больных женщин часто наблюдаются дисгармоничные варианты половой конституции, и дизонтогенез сексуальной сферы является характерной чертой женщин, страдающих эндогенными психозами.

Клинические проявления нарушений психосексуального развития женщин при шизоаффективных и биполярном аффективном расстройствах зависят от фазы заболевания: ретардация психосексуального развития наблюдается преимущественно у женщин, перенесших депрессивную фазу заболевания, а преждевременное развитие — у тех, кто перенес манию.

Выявленные закономерности сексуального дизонтогенеза у женщин, страдающих аффективными расстройствами, отражают нарушения сексуальной сферы, способствующие формированию супружеской дезадаптации, и должны учитываться при ее диагностике и психотерапевтической коррекции.

Л и т е р а т у р а

1. Общая сексопатология: Руков. для врачей.— Изд. 2-е, перераб. и доп. / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977.— С. 487.
2. Частная сексопатология: Руков. для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2.— С. 332.
3. Арестов Ю. М. Определение степени индивидуального полового развития подростков по вторичным половым признакам // Теория и практ. физ. культуры.— 1970.— № 1.— С. 35–37.
4. Соловьев В. С. Формирование вторичных половых признаков в связи с общим развитием организма подростка // Вопр. антропологии.— 1964.— Вып. 16.— С. 87–98.
5. Кристаль В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Пер Се, 2002.— 879 с.
6. Сапрыкин А. В. Нарушение сексуальной коммуникации при несоответствии половой конституции супругов // Арх. психиатрии.— 2002.— № 3–4 (30–31).— С. 87–90.
7. Луценко А. Г. Асинхронии психосексуального развития.— Харьков: Основа, 1996.— 207 с.
8. Ушаков Г. К. Проблемы постнатального соматопсихического развития.— М.: Медицина, 1974.— 315 с.

Поступила 08.05.2007.