

ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ ЖЕНЩИН С МАНИАКАЛЬНЫМ СИНДРОМОМ БИПОЛЯРНОГО АФФЕКТИВНОГО РАСТРОЙСТВА

Доц. Л. В. КОЖЕКАРУ

HYPERSEXUALITY OF WOMEN WITH MANIAC SYNDROME OF BIPOLEAR AFFECTIVE DISORDER

L. V. KOZHEKARU

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Изучены клинические проявления гиперсексуальности у женщин с маниакальным синдромом биполярного аффективного расстройства и механизмы развития при этой патологии дезадаптации супружеской пары.

Ключевые слова: женщины, гиперсексуальность, маниакальный синдром, биполярное аффективное расстройство.

Clinical manifestations of hypersexuality in women with maniac syndrome of bipolar affective disorder and mechanisms of development of spouse dysadaptation in this pathology were investigated.

Key words: women, hypersexuality, maniac syndrome, bipolar affective disorder.

Проблема аффективных расстройств в современной клинической психиатрии остается одной из наиболее актуальных, что обусловлено постоянным ростом их частоты в общей популяции [1, 2]. Данные экспериментальной и клинической фармакологии, гистологии и нейрофизиологии свидетельствуют о доминирующем значении гипоталамо-эпифизарных структур лимбической системы мозга в возникновении фазной нейропсихотической и вообще аффективной симптоматики [3]. Однако если депрессивные расстройства постоянно находятся в поле зрения исследователей, то маниакальным состояниям, и в частности, их влиянию на супружескую адаптацию практически не уделяется внимания.

Патология гипоталамической области у женщин в зависимости от локализации, характера поражения и особенностей нейрогуморальных отношений в гипоталамо-гипофизарной системе может приводить как к ослаблению, так и к повышению сексуальной функции в любом возрасте. Нередко эта патология приводит также к аменорее или дисменорее. При маниакальном синдроме биполярного аффективного расстройства отмечается резкое повышение сексуальной функции, которая часто приобретает доминантное звучание в клинической картине заболевания, и хотя эта проблема давно известна, она по-прежнему далека от своего решения [4].

Клиническая феноменология маний не однотипна, о чем свидетельствуют практические наблюдения. Тем не менее механизмы развития и особенности сексуальной дисфункции у женщин, страдающих манией, недостаточно изучены и освещены в литературе. Авторы отдельных ра-

бот, косвенно затрагивающих данную проблему, не касаются сексуальной дезадаптации супружеской пары, обусловленной эндогенным психозом у жены, и не принимают во внимание его фазность, определяющую течение дезадаптации [6].

Таким образом, супружеская дезадаптация при рассматриваемой патологии у женщин практически не исследована, несмотря на то, что она является одной из самых частых причин распада семьи.

Цель нашей работы — изучение клинических особенностей и механизмов развития гиперсексуальности у женщин при маниакальном синдроме биполярного аффективного расстройства и обусловленной этой сексуальной дисфункцией дезадаптации супружеской пары.

В исследовании использован клинко-психопатологический метод с верификацией по метрической шкале YMRS, проведено психодиагностическое обследование больных (методика Кеттелла) с целью выявления особенностей личности, межличностных отношений, степени адаптации супругов, а также влияния этих характеристик на возникновение и течение сексуальной дезадаптации супружеской пары.

Под наблюдением находились 27 супружеских пар, в которых у жены имел место маниакальный эпизод биполярного аффективного расстройства, проявлявшийся главным образом симптомом гиперсексуальности. Заболевание у 11,1% женщин началось в возрасте до 20, у 60,8% — от 21 до 35, и у 28,0% — после 35 лет. Маниакальные эпизоды возникали внезапно и длились от 2 нед до 4-5 мес (средняя продолжительность эпизода — около 4 мес). Большинство женщин и их мужей были в возрасте от 30 до 45 лет, причем супруги каждой

супружеской пары входили в одну возрастную группу, составлявшую 5 лет.

Клинико-психопатологическое исследование позволило установить, что у всех обследованных пациенток отмечалась маниакальная симптоматика без продуктивных симптомов. По шкале YMRS количество баллов колебалось от 27 до 35, что соответствует диагностическим критериям выраженного маниакального эпизода.

Гиперсексуальность в маниакальном состоянии у большинства больных протекала пароксизмально, в виде кризов, выражавшихся в резком повышении полового влечения и половом возбуждении, нарастающем до оргазма. Возбуждение имело место независимо от направленности полового влечения. Оно характеризовалось сильными специфическими ощущениями в области половых органов (чувство переполнения кровью, увеличения объема) и повышением их чувствительности. Иногда к этому присоединялись чувство жара, переполнения мочевого пузыря, учащенные позывы к мочеиспусканию, часто сопровождавшиеся болевыми ощущениями внизу живота и в пояснице.

Либи́до, которое иногда становилось императивным, могло быть гетеро-, гомо- или бисексуальным. У части наших пациенток отмечалась расторможенность сексуального влечения с направленностью на необычные объекты и с перверсными тенденциями, которые проявлялись в сексуальных фантазиях, но по тем или иным причинам не реализовались. У 7,0% женщин половое влечение вообще не имело какой-либо направленности и ощущалось ими как общее беспокойство, тревога, больные, по их словам, «не находили себе места». Подобное явление, как известно, может наблюдаться при систематическом подавлении сексуальности чрезмерно строгим воспитанием или самоограничением в связи с осознанием какой-либо болезни [6].

У всех женщин с гиперсексуальностью наблюдалась мультиоргастичность, они испытывали подряд несколько ярких оргазмов. Оргазм мог возникнуть при эротических сновидениях и даже под воздействием неадекватных раздражителей, а в тяжелых случаях — при любой форме стимуляции (половой акт, петтинг, мастурбация) с самого ее начала или даже без стимуляции при нарастании возбуждения, причем длился до 1 ч и более, принимая волнообразный характер. Удовлетворение в виде разрядки и спада возбуждения или наступало ненадолго (от нескольких часов до нескольких минут), или вовсе не наступало. В этих случаях возбуждение с каждым оргазмом нарастало. Такое состояние у 71,0% женщин на фоне подъема настроения, гиперактивности нередко приводило к забвению этических и нравственных норм поведения.

Пароксизмы полового возбуждения возникали либо под влиянием присутствия мужчин, разговоров на сексуальные темы, эротических сцен в кино, при чтении литературы с элементами эротики,

либо при воздействии неадекватных раздражителей (например, мелькание изображения на экране телевизора, вибрация в транспорте, любые отрицательные эмоции, физические нагрузки).

У 11,1% больных повышение сексуальности приводило к асоциальному поведению множеством случайных половых связей и алкоголизацией. Асоциальное поведение чаще отмечалось у тех больных, у которых заболевание началось в подростковом или юношеском возрасте, когда личность еще не сформировалась и возникающий психический инфантилизм не дает возможности противостоять болезненно повышенному влечению. Отклонения в поведении этих больных рассматривались как сексуальная распущенность. В тех случаях, когда заболевание развивалось в более старшем возрасте (88,9%), когда человеком уже усвоены и осознаются моральные и социальные нормы, внезапное повышение сексуальной функции в период обострения заболевания впоследствии (в период ремиссии) служило для больных психической травмой.

Психодиагностическое исследование с использованием характерологического опросника Кеттела проводилось нами в период нормализации аффективного статуса пациенток. Основными диагностическими шкалами опросника Кеттела, по которым анализировали результаты патопсихологического обследования, были шкалы А, С, G, H, I, O, Q2, Q3, Q4. Выделение именно этих шкал опросника определялось соответствием характера их оценки типовым клиническим проявлениям аффективного маниакального расстройства.

При обследовании у 50% женщин было выявлено сочетание таких признаков, как эмоциональная нестабильность (С), слабость супер-Эго (G), высокая сенситивность (I) и завышенная Эго-напряженность (Q4).

У 9 пациенток (33,3%) было установлено такое сочетание признаков: А (шизотимия/аффектотимия), H (решительность), O (уверенность), Q3 (повышенная самооценка). Этим больным были свойственны повышенная коммуникативность, готовность к случайным знакомствам, повышенное волнение, низкий самоконтроль. У 35,7% имела место такая комбинация признаков, как эмоциональная нестабильность (С), слабость супер-Эго (G), повышенная самооценка (Q3).

Анализ отклонений исследуемых шкал опросника выявил у 30,9% пациенток сочетание заниженных показателей по шкалам А, H, O и Q3. Эти больные отличались эмоциональной холодностью, осторожностью и избирательностью коммуникаций, конфликтностью и низким самоконтролем, негибкостью в отношении к окружающим.

Таким образом, как показали результаты исследования по методике Кеттела, у большинства (76,9%) обследованных наблюдалась дестабилизация показателя эмоциональной стабильности (шкала С, $p < 0,01$), которую можно считать патопсихологическим маркером данного расстройства.

Мужья больных с тревогой и озабоченностью относились к неожиданному для них резкому повышению сексуальной функции жен, нередко осуждали их сексуальное поведение, объясняя его моральной «распушенностью», подозревали, что новый стереотип сексуального поведения был усвоен в результате супружеских измен и говорили о том, что лучше, когда жена находится в депрессивном состоянии. Такое отношение в 81,0% случаев приводило к возникновению супружеских конфликтов, что требовало проведения рациональной психотерапии, целью которой было разъяснение мужчинам болезненного состояния их жен и убеждение их в возможности излечения. В то же время 19,0% мужчин, относящихся к сильному типу половой конституции, с одобрением воспринимали повышение половой активности своих жен, и адаптация супругов в этих случаях не нарушалась.

При исследовании сексуальной функции мужчин у 1/3 из них были выявлены те или иные расстройства, чаще всего преждевременное се-

мяизвержение и гиполибидемия либо их сочетание с гипозрекцией. Они отмечались в основном у мужчин более старшего возраста — от 35 до 44 лет. У 21±1% мужчин сексуальная активность была повышена в связи с повышением сексуальной активности их жен. В то же время у двух человек возникла сексуальная аверсия к женам из-за того, что они вступали в случайные половые связи. Помимо перечисленных клинических проявлений сексуальной дисфункции, у супругов отмечалась психосексуальная неудовлетворенность.

Нарушение супружеской адаптации, таким образом, имеет сложный генез и находится в тесной зависимости от психического статуса больных женщин, черт их характера и межличностных отношений в браке. Это диктует необходимость комплексного подхода к лечению больных, которое должно представлять собой систему мероприятий, направленных, с одной стороны, на ликвидацию маниакального синдрома, с другой — на психотерапевтическую коррекцию связанной с основным заболеванием женщин супружеской дезадаптации.

Литература

1. *Дикая В. И., Корнеев А. Н., Бологов П. В.* Дифференцированный подход к терапии шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Шизофрения: Новые подходы к терапии / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка.— Харьков, 1995.— Т. 2.— С. 30–32.
2. *Wittchen H-U.* Epidemiological research in mental disorders: Lessons for the next decade of research // Acta Psychiatr. Scandinav.— 2000.— Vol. 101.— P. 2–10.
3. *Glenda M., MacQueen G., Young T.* Bipolar II Disorder: Symptoms, Course and Response to Treatment // Psychiatr. services.— 2001.— Vol. 52, № 3.— P. 358–361.
4. *Здравомыслов В. Н., Анисимова З. Е., Либих С. С.* Функциональная женская сексопатология.— Алма-Ата: Казахстан, 1985.— 272 с.
5. *Кришталь В. В., Гульман Б. Л.* Сексология. Т. 4. Клиническая женская сексология Харьков: Акад. сексол. исслед., 1997.— 352 с.
6. *Ботнева И. Л.* Нарушения половых функций при патологии гипоталамуса у женщин // Сексопатология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— С. 349–353.

Поступила 30.11.2007