

## РАССТРОЙСТВО СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ, ОБУСЛОВЛЕННОЕ НЕСООТВЕТСТВИЕМ ПСИХОСЕКСУАЛЬНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ У СУПРУГОВ

Харьковский национальный университет им. В. Н. Каразина

**Описано расстройство сексуальных отношений, обусловленное несоответствием психосексуальных ориентаций у супругов. Выделено два типа несоответствия: при сочетании в паре бисексуальной женщины и гетеросексуального мужчины, гомосексуальной женщины и гетеросексуального мужчины.**

**Ключевые слова:** расстройство сексуальных отношений, психосексуальное несоответствие, девиации психосексуального развития.

Серьезные медицинские и социальные последствия расстройства сексуальных отношений (PCO) (риск развития коморбидных расстройств аффективного и аддиктивного спектров, повышение риска суицидального реагирования, снижение вероятности реализации репродуктивного потенциала) свидетельствуют об актуальности этой проблемы современной психиатрии. В МКБ-10 Disorder of sexual relations (DSR) — PCO включено в рубрику F66 «Психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и сексуальной ориентацией» кластера F6 «Расстройство зрелой личности и поведения у взрослых» [1]. Квалификационный признак PCO обозначен в МКБ-10 как имеющая место половая идентификация или сексуальная ориентация (гетеро-, гомо- или бисексуальная), приводящая к затруднениям в формировании или поддержании отношений с сексуальным партнером [1]. PCO относится к группе расстройств, которые не проходят самостоятельно по мере увеличения стажа партнерства, а требуют обязательного проведения специальных терапевтических и реабилитационных мероприятий. Именно поэтому вопросы медицинской помощи лицам с PCO, направленной как на его устранение, так и на предотвращение развития негативных медицинских и социальных последствий важны как никогда.

Цель исследования — изучение вариабельности клинических проявлений при PCO, обусловленном несоответствием психосексуальных ориентаций у партнеров.

На протяжении 2010–2013 гг. при условии информированного согласия под наблюдением находились 26 женщин, жительниц г. Харькова, с диагнозом «Расстройство сексуальных отношений» (в соответствии с МКБ-10 F66.2) (основная группа). Наряду с основным диагнозом квалифицировались другие расстройства и состояния:

смешанное тревожно-депрессивное расстройство (тревожная депрессия, легкая) (F41.2); проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства (Z63); состояние, потребовавшее консультации, касающееся сексуальных отношений, поведения и ориентации (Z70) (таблица).

### Распределение дополнительных диагностических шифров среди контингента пациентов с PCO

Дополнительные к F66.2. шифры контингента (квалификационный шифр расстройства или состояния по МКБ-10)	Абс. ч., чел.	%
Смешанное тревожно-депрессивное расстройство (тревожная депрессия, легкая) (F41.2)	12	46,15
Проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства (Z63)	4	15,39
Состояние, потребовавшее консультации, касающееся сексуальных отношений, поведения и ориентации (Z70)	10	38,46
Всего	26	100,00

У большинства (80,77±9%) женщин с PCO была установлена бисексуальная, у части из них (19,23±4,4%) — гомосексуальная, а у всех их половых партнеров-мужчин — гетеросексуальная ориентация. Наличие в женском контингенте неоднородной по признаку направленности психосексуальной ориентации позволило выделить в основной группе две клинические подгруппы: первую подгруппу составила 21 пара, где у женщин была отмечена бисексуальная ориентация (БИСО), во вторую подгруппу вошли 5 пар, у женщин которых определялась гомосексуальная ориентация (ГСО). Объединяющим признаком обеих подгрупп было наличие клинически выраженных затруднений

в поддержании ранее установленных отношений с сексуальным партнером. Контрольную группу составили 20 гетеросексуальных пар, не имевших затруднений при формировании или поддержании сексуальных отношений с партнером.

Все мужчины и женщины в обследованных парах находились в возрастном диапазоне от 18 до 35 лет (их средний возраст составил  $26,50 \pm 2,10$  года). Большинство обследованных обоего пола в основной и контрольной группах находились в возрастном интервале 21–25 лет (14 (53,85%) и 13 (65,00%) соответственно). Все пары контрольной группы и часть (34,62%) основной группы состояли в зарегистрированном браке. Большинство (65,38%) пар с РСО находились в гражданском браке. Средний стаж совместного проживания в основной группе —  $1,20 \pm 2,10$  года, в контрольной —  $2,30 \pm 1,80$  ( $p > 0,01$ ). У большинства пар (90,00%) контрольной и только у 23,08% пар основной группы были дети ( $p < 0,01$ ). Различий между группами сравнения по образовательному цензу и социальному положению не было: большинство мужчин и женщин имели высшее образование и принадлежали к категории служащих ( $p > 0,01$ ).

В комплекс клинического обследования входили изучение соматического состояния каждого из супругов, в том числе урологического статуса мужчин, гинекологического статуса женщин, исследование неврологического и психического состояния мужей и жен, их специальное сексологическое обследование. Психические и поведенческие расстройства квалифицировались на основании диагностических критериев МКБ-10 [1].

Для выявления причин и условий развития нарушений сексуального здоровья (СЗ) у супругов нами был использован системно-структурный анализ СЗ, разработанный научной школой проф. В. В. Кришталя [2]. Тип половой конституции у мужчин определяли по векторной шкале Г. С. Васильченко [3], у женщин — по шкале И. Л. Ботневой [4].

Эффективность важнейших эрогенных зон и сочетаемость их эрогенных показателей (ЭРП) у партнеров изучали по методике, предложенной В. И. Здравомысловым [5]. Топическую адекватность и функциональность эрогенных зон у супругов оценивали по М. В. Екимову [6]. Изучение культурально-детерминированных сексуальных сценариев у брачных партнеров проводили с помощью «Методики нарративного анализа» А. Темкиной [7]. Индивидуальные (интраперсональные) сексуальные сценарии супругов оценивали по критериям, предложенным Л. Б. Шнейдер [8]. Для изучения межличностной аттракции в супружеской паре использовалась адаптированная для

русскоязычной популяции версия «Шкалы любви и симпатии» З. Рубина [9]. При статистической обработке полученных данных применялись следующие методы: 1) вариационной статистики с оценкой закона распределения (с использованием критерия Колмогорова — Смирнова) и расчетом относительных (интенсивных, экстенсивных показателей, показателей наглядности, соотношения) и средних (среднее арифметическое, медиана, среднее геометрическое, ошибка средней, стандартное отклонение, коэффициент вариации) величин; 2) корреляционный (с расчетом коэффициентов парной корреляции Пирсона и ранговой корреляции Спирмена) и дисперсионный анализы; 3) оценка достоверности различий с использованием параметрических (Стьюдента, Фишера) и непараметрических (Вилкоксона — Манна — Уитни — Пирсона) критериев; 4) факторный анализ; 5) регрессионный и дискриминантный анализы [10].

На момент образования партнерской (супружеской) пары как в основной группе, так и в контрольной были установлены сексуальные отношения в форме генито-генитального интравагинального коитуса. На момент исследования сексуальные отношения во всех парах с РСО отсутствовали ( $p < 0,01$ ). Во всех случаях РСО достоверно предшествовало смешанному тревожно-депрессивному расстройству (тревожной депрессии) (F41.2) ( $p < 0,01$ ). Тревожная депрессия встречалась исключительно у женщин с бисексуальной ориентацией ( $p < 0,001$ ). Проведенное изучение значимых корреляций позволило сделать заключение, что во всех случаях развитие тревожной депрессии (невротического уровня) было связано с особенностями сексуального функционирования женщин с РСО и сексуальным взаимодействием с половым партнером ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,01$ ). Трудности в поддержании сексуальных отношений с партнером у всех женщин с ГСО проявлялись в первый месяц половой жизни, у женщин с БИСО — в первые шесть месяцев брака и выражались, прежде всего, в нарушении качественных параметров индивидуальных и партнерских копулятивных циклов. По мере развития состояния сексуальной дезадаптации в паре у всех женщин формировался синдром дезактуализации сексуального функционирования (СДСФ) (Н. К. Липгарт и соавт., 1985). На феноменологическом уровне это проявлялось в алибидемии, потере интереса к половой жизни и отказе от продолжения сексуальных отношений с партнером.

Структурный анализ индивидуальных копулятивных циклов супругов в контингенте с РСО [3] позволил охарактеризовать их на момент установления половой пары как тотально нарушенные

и искаженные — у всех гомосексуальных женщин, парциально нарушенные и искаженные — у всех бисексуальных женщин, сохранные — у всех мужчин. Кроме того, все женские копулятивные циклы характеризовались как редуцированные (за счет частичной редукции двух и более облигатных стадий). Достоверно установлено, что уже на фазе формирования сексуальных отношений с половым партнером имели место алибидемия (у всех женщин с ГСО) и гиполибидемия у большинства женщин с БИСО. У всех женщин с ГСО и большинства (57,69 %) женщин с БИСО также было отмечено отсутствие контрекции (т. е. стремления к телесному контакту с представителем противоположного пола). Половое/брачное партнерство большинство женщин с РСО устанавливало по меркантильным соображениям: все женщины с ГСО и большинство женщин с БИСО вступали в брачные отношения (узаконенные или гражданские), для того чтобы быть принятыми в своих семьях или родить ребенка, получить изменение в социальном статусе или улучшить собственное материальное положение. Только 6 женщин с БИСО в качестве мотива замужества назвали любовь.

Изучение динамических характеристик РСО показало следующее: с самого начала половой жизни в актуальном партнерском союзе степень психоэротической готовности к коитусу была недостаточной у большинства бисексуальных и всех гомосексуальных женщин, что определяло неполноценность всех последующих стадий в индивидуальном копулятивном цикле. На сенсорно-ирритативной стадии отмечалась недостаточность lubrication, во фрикционной — отсутствовал нормативный феномен нарастающего сексуального возбуждения, на оргастической — с самого начала брака у всех бисексуальных женщин диагностировались гипооргазмия, олигооргазмия, у гомосексуальных — аноргазмия. У всех гомосексуальных женщин наблюдалась редукция оргастической и сенсорно-резидуальной стадий. Искажения в женских циклах проявлялись в нарушении стадийности цикла: парциальной редукции психической и сенсорно-ирритативной стадий у гомосексуальных и бисексуальных жен, полной редукции оргастической и сенсорно-резидуальной стадий у гомосексуальных жен.

Партнерский копулятивный цикл во всех парах на момент установления партнерства характеризовался как имеющийся, континуальный (непрерывный), регулярный, рассогласованный (несовпадение оргастической стадии в мужских и женских циклах) и дисметричный (женские циклы короче из-за редукции облигатных стадий) ( $p < 0,01$ ). На момент исследования во всех парах с РСО была выявлена акумуляция — отсутствие

партнерского (ранее установленного) копулятивного цикла, что однозначно расценивалось как признак выраженной сексуальной дезадаптации ( $p < 0,01$ ). Нарушение параметров копулятивного цикла детерминировало развитие психосексуальной неудовлетворенности у всех женщин с РСО и обуславливало тип их реагирования в форме редукции установленного в паре стереотипа сексуальных отправлений. Редукция половой активности являлась значимым фрустрационным фактором для всех мужчин в парах с РСО ( $p < 0,001$ ). Все они испытывали психосексуальную неудовлетворенность и пытались вернуться к привычному режиму удовлетворения половой потребности ( $p < 0,001$ ). Женщины как с ГСО, так и с БИСО реагировали на эти попытки аффективно, уклонялись от сексуальной близости, расценивали сексуальную активность мужей как насилие. Все указанное приводило к дальнейшей эскалации напряженности в межличностных отношениях. Структурный анализ составляющих копулятивного цикла в контингенте с РСО на момент исследования выявил поражение психической составляющей у всех женщин в форме расстройств: сексуального влечения (алибидемия), сексуального возбуждения (недостаточность генитальной реакции) и оргазма (аноргазмия), обусловленных нарушением психосексуальной ориентации по полу объекта в виде парафилических БИСО у бисексуальных и гомосексуальных ориентаций у гомосексуальных женщин. Кроме того, у 12 (46,15 %) женщин с РСО исключительно с бисексуальной ориентацией поражение психической составляющей происходило за счет развития тревожной депрессии невротического регистра.

Системно-структурный анализ состояния сексуального здоровья по критериям [2] позволил установить правильное половое самосознание у всех супругов в контрольной группе и подгруппах сравнения; правильную гетеросексуальную ориентацию у всех мужей и нарушенную (бисексуальную и гомосексуальную) у всех жен, а также несоответствие сексуальных ориентаций у всех половых партнеров в контингенте с РСО.

Соматосексуальное развитие у всех супругов в контрольной группе и большинства партнеров в контингенте с РСО (92,31 %) было правильным и своевременным. Полоролевой стереотип у всех мужчин основной группы характеризовался как нормативно маскулинный. У всех бисексуальных и большинства (60,00 %) гомосексуальных женщин — как фемининный, у части гомосексуальных женщин — как акцентуированный (гиперфемининный, непатологический).

У всех женщин с РСО установлены деформация III этапа психосексуального развития (этапа

формирования психосексуальной ориентации по Г. С. Васильченко, 1984) в форме нарушения психосексуальной ориентации по полу объекта, а также незавершенность этапа за счет искажения нормативного течения его третьей стадии (формирования сексуального либидо) у всех гомосексуальных женщин. Основным критерий завершенности стадии — закрепление на практике. У всех бисексуальных жен имелся добрачный сексуальный опыт с однополыми и разнополыми партнерами. У всех гомосексуальных жен была нарушена фазность этапа — имело место выпадение второй фазы III этапа (сформирована гомосексуальная установка, но отсутствовал опыт сексуальных отношений с однополым партнером). Все гомосексуальные жены на момент заключения брака были девственницами.

Крайние полярные сочетания половых конституций в парах с РСО отсутствовали. У всех мужчин и большинства женщин был установлен средний тип половой конституции. У всех гомосексуальных жен — ослабленный вариант среднего типа. Среднее интегральное значение индекса половой конституции у мужчин — 5 (4,60–5,50), у женщин — 3,60. Среднее по группе значение индекса конституционального полового соответствия — 0,72 (при норме — 0,5–1,00) ( $p < 0,001$ ). Сочетание однотипных половых конституций в паре трактовалось как конституциональное соответствие.

Анализ эффективности эрогенных зон и расчет их эрогенных показателей (ЭПЗ) по В. И. Здравомыслову [5] позволили установить, что главной эрогенной зоной у всех жен был клитор (ЭПЗ +2). Следует отметить, что высокие значения ЭПЗ клитора у гомосексуальных жен отмечены исключительно при его аутоstimуляции в сочетании с гомоэротическим фантазированием. Главной эрогенной зоной у всех мужей являлась головка полового члена (ЭПЗ +3). Максимальное значение ЭПЗ генитально расположенной зрелой (оргазмозапускающей) эрогенной зоны у супругов формально расценивали как признак ее топической адекватности.

Анализ топической адекватности и функционального состояния (зрелость/незрелость) эрогенных зон по М. В. Екимову [6] позволил установить у всех супругов топическую и функциональную адекватность эрогенных зон ( $p < 0,01$ ). У всех жен эрогенная зона характеризовалась как генитально расположенная, была связана с механизмами оргазма.

У всех мужчин и бисексуальных женщин был установлен коитально сформированный, а у всех гомосексуальных женщин — внекоитально сформированный стереотип предпочитаемых

сексуальных ощущений. Топическое эрогенное соответствие при аккордантности стереотипов предпочитаемых эротических ощущений расценивалось как частичное эрогенное соответствие. В целом, психосексуальное развитие характеризовалось как правильное, гармоничное и завершенное у всех мужчин в контингенте пар с РСО; как неправильное, негармоничное и завершенное — у бисексуальных и неправильное, негармоничное и незавершенное — у гомосексуальных женщин. У всех пациенток с РСО были сформированы девиантные сценарные и тактильные сексуальные предпочтения, а у гомосексуальных женщин, кроме того, оказался незавершенным процесс формирования тактильных сексуальных предпочтений.

При системно-структурном анализе СЗ по его интегральным критериям было установлено сочетанное нарушение его компонентов и составляющих. У всех женщин было отмечено нарушение биологического компонента СЗ за счет поражения его психической составляющей — наличия девиации психосексуального развития и невротического расстройства ( $p < 0,001$ ).

Нарушение социального компонента СЗ проявлялось в поражении информационно-оценочной составляющей у всех супругов и выражалось в неправильной и недостаточной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни, неправильной оценке собственных и партнера сексуальных проявлений ( $p < 0,001$ ). Социокультурная составляющая компонента была ослаблена у большинства брачных партнеров. В процессе социализации сексуальности у большинства бисексуальных жен был сформирован статусно-преформационный, у части — гедонистический сексуальный сценарий, а у всех их мужей — брачно-пронатальный (по типологии А. Темкиной). У всех гомосексуальных женщин был установлен коммуникативный, у их партнеров — романтический сексуальный сценарий. Сочетание разнотипных нормативных сценариев (романтического и коммуникативного) расценивалось как частичное сексуальное сценарное соответствие на культуральном уровне. Сочетание в парах разнотипных сценариев, один из которых нормативный (брачно-пронатальный), а другой девиантный (статусно-преформационный), расценивалось как сценарное несоответствие на культуральном уровне.

Ослабление социально-психологического компонента СЗ выражалось в отсутствии согласованного желания у всех супругов, а также в глубокой эмоциональной супружеской связи. На момент исследования по «Шкалам симпатии и любви» З. Рубина были установлены низкие значения у всех женщин и средние — у всех мужчин, что позволило охарактеризовать супружескую

аттракцию в парах с PCO как рассогласованную и слабо выраженную.

Нарушение психологического компонента СЗ было обусловлено несоответствием сексуального поведения супругов на интерперсональном уровне и рассогласованностью у них сексуальной мотивации и мотивов полового акта: у всех мужчин установлен шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, у всех женщин — девиантофильный. У всех мужчин мотив осуществления полового акта — получение оргазма, а у большинства бисексуальных женщин — способ достижения внесексуальных целей; у всех гомосексуальных жен — способ коммуникации. Индивидуальный интерперсональный сексуальный сценарий характеризовался у гомосексуальных женщин как простой, ригидный, девиантный (гомосексуальный) и синтонный с низкой степенью реализованности ( $p < 0,01$ ), а у их партнеров — как простой, ригидный, конвенциональный (гетеросексуальный, нормативно-коитальный) и синтонный с низкой степенью реализованности ( $p < 0,01$ ); у бисексуальных жен — как сложный, гибкий, девиантный (бисексуальный) и синтонный с реализованностью низкой степени, а у их половых партнеров — как простой, ригидный, конвенциональный (гетеросексуальный, нормативно-коитальный) и синтонный с реализованностью низкой степени.

Партнерские сценарии при наличии в паре гомосексуальной женщины были рассогласованы по критерию конвенциональности (у мужей сценарий конвенциональный, у жен — девиантный), при наличии в паре бисексуальной женщины — по критериям сценарной простоты/сложности, ригидности/гибкости, конвенциональности (у мужей сценарий конвенциональный, у жен — девиантный). Во всех парах с PCO отмечена низкая сценарная реализованность ( $p < 0,001$ ). Тотальная рассогласованность по большинству сценарных критериев в парах с бисексуальными женами и рассогласованность по критериям конвенциональности и удовлетворительности в парах с гомосексуальными женами расценивались как сценарное несоответствие (аконкордантность) на интерперсональном уровне сексуального взаимодействия.

Рассогласованность воображаемой и реализуемой сексуальной активности в индивидуальном интерперсональном сценарии у супругов мы трактовали как признак фрустрации на интрапсихическом уровне, а отсутствие сценарной реализованности — как детерминанту развития психосексуальной неудовлетворенности.

Общая сквозная категория женских интерперсональных сексуальных сценариев — низкая сценарная реализованность свидетельствовала не только о фрустрированной сексуальной

потребности в актуальном брачном союзе, но и наличии интрапсихического конфликта, в основе которого лежит объективная необходимость в регулярном поддержании сексуальных отношений с «несоответствующим» или «частично соответствующим» по объекту влечения партнером. Попытка женщин с атипичной сексуальной ориентацией разрешить интрапсихический конфликт путем редукции сложившегося в паре сексуального стереотипа через уклонение от сексуальных контактов с партнером обуславливает развитие и эскалацию межличностного напряжения в паре, невротизацию и сексуальную афункциональность женщин, углубляя сексуальную дезадаптацию. Невротическое расстройство (в форме тревожной депрессии) и сформированный в его рамках СДСФ на субъективном уровне «снимают» остроту имеющегося сексуального ориентационного несоответствия в паре, камуфлируя истинную причину, лежащую в его основе, — нарушение индивидуального психосексуального развития у женщин в виде нарушения психосексуальной ориентации по полу объекта.

На основании результатов проведенного исследования можно сделать выводы:

1. Установлена клиническая гетерогенность PCO.

2. Выделено два клинических варианта PCO: 1) наличие в паре у женщины бисексуальной, а у мужчины — гетеросексуальной ориентации; 2) наличие в паре у женщины гомосексуальной, а у мужчины — гетеросексуальной ориентации. Первый вариант PCO встречался в 4,2 раза чаще.

3. При системно-структурном анализе СЗ у лиц с PCO по его интегральным критериям (В. В. Кришталь, 2007) установлено сочетанное и тотальное нарушения его компонентов и составляющих. Степень выраженности нарушения СЗ была максимальной в первой клинической подгруппе пар с PCO, в которых у женщин наблюдалась БИСО.

#### Л и т е р а т у р а

1. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. С глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (ИДК) / [сост. и ред. Дж. Э. Купер; пер. с англ.].— К.: Сфера, 2000.— 441 с.
2. Кришталь В. В. Сексологія: навч. посіб. у 4 ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь.— Харків: Фоліо, 2008.— 990 с.
3. Васильченко Г. С. Конституциональные варианты норм половых проявлений / Г. С. Васильченко // Сексопатология: справочник / [под ред. Г. С. Васильченко].— М.: Медицина, 1990.— С. 64–81.

4. *Ботнева И. Л.* Шкала векторного определения половой конституции у женщин / И. Л. Ботнева // Сексопатология: справочник / [под ред. Г. С. Васильченко].— М.: Медицина, 1990.— С. 77–81.
5. Краткая сексология: руководство для врачей / [под ред. С. С. Либиха].— СПб.: Ольга, 1998.— 148 с.
6. *Екимов М. В.* Мастурбация и сексуальные дисфункции / М. В. Екимов.— СПб.: ХОКА, 2006.— 128 с.
7. *Темкина А.* Сценарии сексуальности и гендерные различия // В поисках сексуальности / [под ред. Е. Здравомысловой, А. Темкиной].— СПб.: Дмитрий Буланин, 2002.— С. 559–587.
8. *Шнейдер Л. Б.* Семейная психология: учеб. пособ. для вузов / Л. Б. Шнейдер.— 2-е изд.— М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2006.— 768 с.
9. *Навайтис Г.* Семья в психологической консультации / Г. Навайтис.— М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «Модэк», 1999.— С. 45–46.
10. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К.: Моріон, 2000.— 320 с.

## РОЗЛАД СЕКСУАЛЬНИХ СТОСУНКІВ, ОБУМОВЛЕНИЙ НЕВІДПОВІДНІСТЮ ПСИХОСЕКСУАЛЬНИХ ОРІЄНТАЦІЙ У ПОДРУЖЖІ

В. І. ПОНОМАРЬОВ

**Описано розлад сексуальних стосунків, обумовлений невідповідністю психосексуальних орієнтацій у подружжі. Виділено два типи невідповідності: при сполученні в парі бісексуальної жінки й гетеросексуального чоловіка, гомосексуальної жінки й гетеросексуального чоловіка.**

*Ключові слова:* розлад сексуальних стосунків, психосексуальна невідповідність, девіації психосексуального розвитку.

## SEXUAL RELATION DISORDER DUE TO MISMATCH OF PSYCHOSEXUAL ORIENTATION IN THE COUPLE

V. I. PONOMAREV

**A disorder of sexual relations due to mismatch of the couple psychosexual orientation is described. Two types of mismatch, combination in a couple of a bisexual woman and a heterosexual man, a homosexual woman and a heterosexual man were distinguished.**

*Key words:* sexual relation disorder, psychosexual discrepancy, deviation of psychosexual development.

Поступила 25.03.2013