

М. В. Маркова, канд. мед. наук, ст. наук. співробітн., учений секретар, зав. сектором психотерапії, медичної психології та сексології

О. О. Зайцев, д-р мед. наук, доцент, пров. наук. співробітн. відділу судово-психіатричних проблем наркології
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (Київ)

РОЗЛАД СЕКСУАЛЬНИХ ВЗАЄМВІДНОСИН СЕРЕД СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ (клінічне дослідження)

Гармонійні сексуальні взаємовідносини є значною складовою частиною повноцінного існування людини. Їх дизгармонізація або порушення накладає помітний негативний відбиток на все життя та значно погіршує його якість [1, 2]. Між тим треба зазначити, що незважаючи на 10-річне успішне застосування діагностичних критеріїв МКХ-10 (ДК) в Україні, використання діагнозу розлад сексуальних взаємовідносин F 66.2 (PCB), не отримало розповсюдження серед лікарів практичної ланки охорони здоров'я. Така ситуація склалась внаслідок відсутності методико-практичного забезпечення використання ДК щодо РСВ в психіатричній та сексопатологічній практиці. Таким чином, на теперішній час актуальною проблемою сексології та медичної психології є формування адекватного діагнозу РСВ, основою якого повинно бути ретельне вивчення анамнезу, клініко-психопатологічного, патопсихологічного та сексологічного статусу. Без проведення усього комплексу вищезазначених заходів неможливим є визначення необхідного адекватного обсягу психотерапевтичних втручань на різних рівнях надання спеціалізованої медичної допомоги

Мета роботи — на основі вивчення принципово різних каузальних випадків РСВ встановити додаткові діагностичні ознаки та запропонувати терапевтичні підходи.

За умови інформованої згоди протягом 2001–2002 рр. було обстежено 450 студентів віком від 16 до 21 року, які навчалися на I курсі вузів м. Києва (150 — у Київському політехнічному університеті «КПІ», 150 — у Київському Національному університеті культури і мистецтва, 150 — у Національному медичному університеті ім. О. О. Богомольця). Середній вік досліджених складав $17,8 \pm 2,7$ року, з них 54 % (243 особи) були жінки; кількість юнаків складала 46 % (207 осіб). За діагностичними критеріями МКХ-10 стосовно психологічних та поведінкових розладів, які пов'язані зі статевим розвитком та сексуальною орієнтацією (F 66), у частки обстежених було верифіковано РСВ (F 66.2).

РСВ являє собою порушення, при якому статевая ідентифікація або сексуальна орієнтація індивіда призводить до перешкод у формуванні та/чи забезпеченні його відносин із сексуальним партнером. Загальним діагностичним критерієм РСВ є наявність у людини психосексуальних проблем у взаємовідносинах із сексуальним партнером, які пацієнт не може вирішити самостійно [3]. Саме неможливість самостійної гармонізації свого статевого життя стає тією довгостроковою стресовою ситуацією, на базі якої виникають різноманітні за клінічними ознаками психопатологічні, психологічні та сексуальні порушення.

Клінічна картина РСВ є поліморфною, мозаїчною та симптоматично насиченою та викликає труднощі в діагностиці. Далі наводяться клінічні випадки, які

яскраво демонструють різноманіття клінічних проявів РСВ.

Клінічний випадок № 1

Обстежений Р., 22 роки, студент КНУКіМ, скаржиться на знижений фон настрою, підвищену дратівливість, невпевненість в собі, зниження сексуальної активності, постійну фіксацію на переживаннях сексуального характеру, гіпоерекцію.

Анамнез життя. Єдина пізня дитина в сім'ї, де батьки посідали високі службові посади. Завжди був помисливим, соромливим, невпевненим у собі.

Тип виховання в родині — гіперпротекційний. В середній школі вчився відмінно (золота медаль). Закінчив художню та музичну (клас скрипки) школи. Брав участь у художній самодіяльності школи (грав у рок-групі на гітарі), але постійно відчував труднощі у спілкуванні з однолітками.

Сексологічний анамнез. Відмічається ретардація соматостатевого та психосексуального розвитку. Полюції з 16 років (ойгархе у сні), частота — 1–2 рази на місяць до початку регулярного статевого життя. Мастурбація з 17 років компенсаторного характеру, на цей час випадки рідкі, замісні. Вік пробудження платонічного та еротичного лібідо збіглися (15 років), сексуального — 17 років. Статеве життя — з 20 років. Перший статевий акт — з жінкою, старшою за нього на 12 років, відбувся за її ініціативою та сценарієм, пройшов доволі успішно. На теперішній час має постійну 20-річну сексуальну партнерку, студентку цього ж вузу, з якою живе понад 1,5 року. Лібідональний гіператаксіс (max-excess) — 4, рік тому під час морського круїзу. Сексуальна активність спостерігалась 4–5 разів на тиждень, в останні півроку відмічається значне зниження сексуальної активності до 1–2 разів на місяць, на момент обстеження вже 1,5 місяці зовсім уникає статевих контактів. Близько року тому мав місце спалах сексуальної активності (виражений проміскуїтет на фоні алкохолізації).

Соматичний, у тому числі неврологічний та урологічний статус — без патологій.

Психічний статус. У бесіді доброзичливий, трішки знервований, соромливий, нерішучий, але досить відвертий, на всі запитання намагається дати повні інформативні відповіді. Фон настрою на момент обстеження рівний, але відмічається деяка роздратованість, нестриманість. Також: має місце невпевненість у собі, почуття невизначеної тривоги. Указує на часті зміни настрою, депресивне забарвлення, зневажливі думки про себе. Рівень інтелекту дуже високий, на фоні цього має місце підвищено критичне ставлення до себе та оточуючих.

При патопсихологічному дослідженні за методикою ПДО виявлена наявність чітко окреслених сенситивного, дещо менше конформного та лабільного радикалів, їх ступінь сягає рівня вираженої акцентуації характеру; тест Кеттела показав на деяку холодність, ревності, замкнутість, зайву замисленість, скептичність і, в той же час, на достатню гнучкість у відносинах з людьми, поступливість, залежність, високу конформність, орієнтованість на соціальне схвалення. Дані, що були отримані за допомогою статорольової АСЛ-шкали А. В. Heilbrun щодо маскулітних та фемінітних рис особистості на рівні Я-концепції, та психосексуальна

пропорція Dur-Moll L. Szondi (маскулінність на біогенному рівні) показали знижений індекс біогенної маскулінності, при цьому високий показник захисної (фасадної) маскулінності, а також високий показник фемінінності на рівні Я-концепції та знижену фемінінність на біогенному рівні, тобто в даному випадку спостерігається інфантильна статево-рольова модель і дискордантність (неузгодженість) між фасадною маскулінністю і біогенною фемінінністю. Шкала сексуальності W. E. Shell, D. R. Papini (1989) вказала на наявність сексуальної тривожності, настанову реагувати негативними емоціями на сексуальні ситуації, високу сексуальну стурбованість (тенденцію думати тільки про свої сексуальні негаразди), а також занижену оцінку власних сексуальних можливостей порівняно з можливостями інших, сексуальну депресію (переживання суму і зневіри з приводу власних здібностей у сексуальній сфері). За допомогою тесту Т. Лірі (T. Leary, 1957) виявлені деякі порушення у комунікативній сфері.

Сексологічний статус. Диференцировка статі, статево-самоусвідомлення — правильні. Має місце сполучена асинхронія статевого розвитку на ґрунті загальної ретардації соматостатевого та психосексуального розвитку. Також відмічається трансформація статево-рольової поведінки (фемінінна). Вторинні статеві ознаки виражені задовільно. Середньо-слабкий тип статевої конституції. Психосексуальна орієнтація — гетеросексуальна, її спрямованість обстежений неодноразово підкреслює. Однак, відмічає схильність до спілкування з особами богемного кола, які мають гомосексуальну орієнтацію, висловлює зацікавленість та свої сподобання щодо гомосексуальної субкультури та міжособистісних стосунків, які притаманні її носіям: «Вони дуже ввічливі, порядні, вірні в своїй дружбі та коханні, інтелектуальні та високохудожні натури...». Освіченість у питаннях психогієни статевого життя — достатня. Тип сексуальної мотивації — легковажно-безвідповідальний, мотив статевого акту — отримання оргазму. Тип сексуальної культури — ліберальний.

Діагноз. Розлад сексуальних взаємовідносин F 66.2. Трансформація статево-рольової поведінки, латентна гомосексуальність, відносна гіпоерекція у сенситивної особистості на фоні вираженої акцентуації характеру, ліберальний тип сексуальної культури, відносна психосексуальна незадоволеність.

Клінічний випадок № 2

Обстежена І., 21 рік, студентка університету «КПІ», скаржиться на виражену незадоволеність своїм сексуальним життям, підвищену дратівливість та збудженість, порушення сну.

Анамнез життя. Народилась першою дитиною в сім'ї, має двох братів-близнюків. Мати — сильна вольова жінка, батько страждає на алкоголізм. Тип виховання в родині — гіпопротекційний. В дитинстві вважала за краще брати участь у хлоп'ячих іграх, активно займалася спортом (легка атлетика, жіночий футбол, хокей на траві). В школі вчилася посередньо, хоча вчителі відзначали в неї досить високі потенціальні здібності. Добре володіє англійською мовою. стосунки з однолітками завжди були нецікаві, прагнула до спілкування з більш старшими за віком особами.

Сексологічний анамнез. Має місце складна асинхронія статевого формування: прискорений соматосексуальний та нормальний психосексуальний розвиток. Менархе з 12 років, відразу регулярні. Платонічний та еротичний компоненти лібідо не розвинуті, вік пробудження сексуального компонента — 14 років. Початок статевого життя — у 14 років з 52-річним чоловіком, органічного задоволення не отримала. Перший оргазм відчувала у 15 років під час прийняття душу після виснажливого тренування. Мастурбація з 15 років. З 16-літнього віку протягом двох років мала постійні сексуальні стосунки з 38-річним чоловіком, який був пов'язаний із криміналітетом. Після цього мала серію короткочасних зв'язків (тривалістю не більше 2 місяців) із різними особами, старшими за себе віком. Мали місце не-

адекватні умовам сексуальні провокації, що проявлялися у зовнішньому вигляді та поведінці (гацала гола на мотоциклі; вдалася до проміскуїтарних коїтусів на центральній площі міста у нічний час). На теперішній час має постійного сексуального партнера, 46-річного бізнесмена, з яким зустрічається вже півроку. За останні три місяці сексуальна активність знизилась від 6–7 разів на тиждень до 1 разу за два тижні, за її ініціативою. Оргазм відчуває тільки під час мастурбації.

Соматичний, у тому числі **неврологічний** та **гінекологічний статус** — без патології. Має два невеличких художньо досконалих татуювання на сідницях, а також пірсинг на *areola mammaris dextra*. На правому передпліччі — сліди самопорізів.

Психічний статус. До вербального контакту вступає охоче, на поставлені питання дає вичерпні емоційно забарвлені відповіді, намагається якомога ретельніше пояснити своє ставлення до проблеми. На момент обстеження фон настрою дещо екзальтований, має місце манерність, театральність. Фіксована на своїх скаргах, які пояснює «...антагонізмом до чоловічої статі як до зоокультури взагалі». Виявляє досить високі розумові здібності, ерудованість, широке коло інтересів.

Під час патопсихологічного дослідження за методикою ПДО визначений високий рівень психопатизації, делінквентності, яскраво виражена реакція емансипації та превалювання істероїдного й епілептоїдного особистісних радикалів. За тестом Кеттела — високий рівень внутрішньої агресії, нонконформізм. Спостерігається трансформація статево-рольової поведінкової стереотипу на рівні Я-концепції (за даними статево-рольової ACL-шкали А. В. Heilbrun) та високий індекс фемінінності на біогенному рівні (за даними шкали Dur-Moll L. Szondi). Результати за шкалою W. E. Shell, D. R. Papini (1989) — високий рівень сексуальної тривожності, реагування негативними емоціями на сексуальні ситуації, висока сексуальна стурбованість, занижена оцінка власних сексуальних можливостей порівняно з можливостями інших, відсутність сексуальної депресії; за допомогою тесту Т. Лірі (T. Leary, 1957) виявлені значні порушення у комунікативній сфері.

Сексологічний статус. Диференцировка статі, статево-самоусвідомлення — правильні. Має місце складна асинхронія статевого розвитку та трансформація статево-рольової поведінки (маскулінна). Вторинні статеві ознаки розвинуті. Сильний тип статевої конституції. Психосексуальна орієнтація — гетеросексуальна. Освіченість з питань психогієни статевого життя — достатня. Тип сексуальної мотивації — агресивно-егоїстичний, мотив статевого акту — отримання оргазму. Тип сексуальної культури — гіперрольовий.

Діагноз. Розлад сексуальних взаємовідносин F 66.2. Аноргазмія на ґрунті абсолютної психологічної і сексуальної аверсії в особи з демонстративним розладом особистості (істероїдною психопатією), порушення статево-рольової ідентичності, гіперрольовий тип сексуальної культури. Абсолютна психосексуальна незадоволеність.

Таким чином, вищенаведені клінічні випадки наочно демонструють поліморфність РСВ, проте, відповідність ДК МКХ-10 стосовно вищезазначеної патології [4]. Але, на наш погляд, вони не охоплюють усіх нюансів та тонкощів РСВ. Ми вважаємо, що загальновідомі ДК стосовно діагностики даного порушення повинні бути доповнені виявленням таких провідних клінічних ознак:

а) виражена незадоволеність своїм сексуальним життям внаслідок порушення статевої приналежності або сексуальної переваги;

б) відносна або абсолютна психосексуальна незадоволеність;

в) пошук альтернативних способів реалізації статевого потягу;

г) можливий проміскуїтет, або, навпаки, психологічна асексуальність;

д) відносна або абсолютна аноргазмія у жінок та відносна або абсолютна еректильна і/або еякуляторна дисфункція у чоловіків;

е) відносна або абсолютна сексуальна аверсія;

ж) психічні розлади невротичного рівня (тривожні, депресивні, тривожно-депресивні, фобічні) на ґрунті РСВ;

з) фіксація на своїх психосексуальних проблемах аж до їх глобальної актуалізації;

і) соціальна дезадаптація.

Наступним кроком у тактиці ведення пацієнтів з РСВ є формування стратегії лікування. Найважливішою складовою комплексних терапевтичних заходів при вищезазначеній патології є психотерапія. Виходячи з літературних даних, саме визначення необхідного адекватного обсягу психотерапевтичних втручань на різних рівнях надання спеціалізованої медичної допомоги є найбільш дискусійним питанням та потребує подальшої розробки. На нашу думку, особливістю терапії даного розладу є етапність, комплексність та одночасність застосування медикаментозних та психотерапевтичних засобів.

Етапність у лікуванні полягає в послідовному застосуванні лікарських засобів із дотриманням термінів застосування — базового (2–3 тижні), стабілізуючого (2–4 місяці) та підтримуючого (до 1 року) під спостереженням фахівців-сексопатологів, психотерапевтів, медичних психологів диспансеру (поліклініки). За умови браку ефекту на стабілізуючому чи підтримуючому етапах можливе повторне проведення базового курсу.

Під час лікування даної патології на II, III та IV рівнях надання спеціалізованої медичної допомоги використовується медикаментозна терапія. На II рівні використовується індивідуально-орієнтована раціональна і сімейна психотерапія. На III рівні додаються сугестивна, поведінкова та групова психотерапія, аутогенне тренування і психоаналітично орієнтована психотерапія. На IV рівні — рольовий психосексуальний тренінг, орієнтаційний психосексуальний тренінг, сексуально-еротичний тренінг, а також персоналістична та сексуальна психотерапія.

Основні принципи медикаментозного лікування психологічних та поведінкових розладів, які пов'язані зі статевим розвитком та сексуальною орієнтацією (F 66), розглянуті нами у попередніх роботах [5].

Нами пропонуються такі підходи до психотерапії РСВ: вона повинна базуватися на принципах комплексності, диференційованості, послідовності та складатися з інформаційного, емоційного і поведінкового компонентів. На нашу думку, психотерапевтичне втручання при РСВ має складатися з трьох етапів:

1) *формування нових психологічних настанов:*

- раціональна психотерапія (3 рази на тиждень протягом 2,5–3 місяців),

- психотерапевтична корекція дезінформації (3–4 рази на тиждень протягом місяця),

- бібліотерапія (протягом усього курсу лікування),

- пряме або опосередковане навіювання (2 рази на тиждень протягом місяця),

- можливе застосування плацебо-терапії (2–4 рази на тиждень протягом 1,5 місяців або кількома курсами протягом усього курсу лікування);

2) *усунення невротичної симптоматики:*

- сугестивна терапія (1–2 рази на тиждень від 2 до 6 тижнів),

- аутотренінг (3 місяці),

- когнітивно-біхевіоральна психотерапія (1 раз на тиждень протягом 2–3 місяців),

- групова патогенетична психотерапія (1 раз на тиждень протягом 1–2 місяців),

- комунікаційний тренінг (1 раз на тиждень 2–3 тижні),

- короткострокова психоаналітично орієнтована психотерапія (1 раз на тиждень протягом 1–1,5 місяців);

3) *формування гармонічної сексуальної поведінки, остаточна дезактуалізація психотравмуючого внутрішньоособистісного конфлікту:*

- групова підтримуюча психотерапія (1 раз на тиждень протягом від 4 до 12 місяців; можливе довгострокове продовження курсу при вираженому позитивному ефекті),

- сімейна терапія (1 раз на тиждень на початку курсу, після 10 сеансів — 1–2 рази на місяць протягом від 6 до 12 місяців),

- сексуальна терапія (У. Мастерс, В. Джонсон, 1970) (за необхідністю — протягом усього курсу лікування);

- персоналістична терапія (10–12 сеансів).

Корекція сексуально-поведінкової дезадаптації повинна здійснюватись шляхом проведення:

а) рольового психосексуального тренінгу (етапи: інформаційно-роз'яснювальний; психологічної аверсії; реконструктивний; власне статево-рольовий тренінг; підтримуючий) 1 раз на тиждень протягом до 2 місяців;

б) орієнтаційного психосексуального тренінгу (1 раз на тиждень 3 місяці);

в) сексуально-еротичного тренінгу (1 раз на тиждень 2 місяці).

Висновки. Узагальнюючи вищевикладене, можна стверджувати, що у вітчизняній сексології і медичній психології вивчення проблеми постановки діагнозу та лікування РСВ потребує подальшої розробки та обговорення. Запропоновані нами діагностичні та лікувальні підходи оптимізують надання спеціалізованої медичної допомоги. Діагностика РСВ повинна враховувати виділені нами додаткові клінічні ознаки, на яких будується комплексна медикаментозна та психотерапевтична тактика.

Список літератури

1. Кришталь В. В., Григорян С. Ф. Сексологія: Уч. посіб. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.

2. Критерій качества жизни в психиатрической практике: Монография / Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. и др.; Под общ. ред. Маруты Н. А. — Харьков: РИФ Арсис, ЛТД, 2004. — 240 с.

3. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих / За ред. проф. Волошина П. В., проф. Пономаренка В. М., проф. Напреев О. К., проф. Марути Н. О. та ін. — Харків: РВФ Арсис, ЛТД, 2000. — 303 с.

4. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (UDK) / Сост. и ред. Дж. Э. Купер. — К.: Сфера, 2000. — 441 с.

5. Маркова М. В., Зайцев О. О. Розлад статевого дозрівання: клініка, діагностика та психотерапевтична корекція // Архів психіатрії. — 2004. — Т. 10. — № 3 (38). — С 173–176.

Надійшла до редакції 10.04.2006 р.

М. В. Маркова, А. А. Зайцев

**Расстройство сексуальных взаимоотношений
среди студенческой молодежи
(клиническое исследование)**

*Украинский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины (Киев)*

В работе описана полиморфная симптоматика расстройства сексуальных взаимоотношений (РСВ), установлены ведущие клинические признаки РСВ, определена этапность оказания медицинской помощи, а также принципы и содержание психотерапии.

М. V. Markova, A. A. Zaytsev

**Disorder of sexual relations among student
young people (clinical research)**

*Ukrainian Research Institute of Social
and Forensic Psychiatry and Narcology
(Kyiv)*

In work are described polymorphic symptomatic of disorder of sexual relations (DSR), established are set the clinical signs DSR, staging of providing of medicare is definite, and also principles and contents of the DSR psychotherapy.

УДК 616.85:616.89–008.441.44

*Н. О. Марута, д-р мед. наук, проф., І. О. Явдак, канд. мед. наук
Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України (Харків)*

ПРЕДИКТОРИ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ

Зростання рівня суїцидів є однією з найгостріших та найактуальніших проблем сучасного суспільства. Щорічно в світі реєструється більше 500 тис. завершених самогубств, а суїцидальних спроб — в 5–10 разів більше [2, 7]. У сучасних дослідженнях активно вивчається проблема суїцидів, особливості формування суїцидальної поведінки та чинники, що впливають на неї, розглядається питання частоти аутоагресивної поведінки при різних формах психічної патології [1–10]. Автори підкреслюють, що труднощі вирішення проблеми самогубств, особливо їх профілактики, пов'язані із відсутністю специфічності суїцидальних проявів. При цьому не досягнута єдність думок з таких важливих клінічних питань як належність суїцидів до тієї чи іншої психічної патології. Так, деякі дослідники вважають, що частіше скоюють суїциди хворі на шизофренію та депресивні стани, інші вважають, що навпаки, частіше скоюють суїциди хворі на алкоголізм, неврози та психопатії [1–3, 6, 7, 9]. При цьому

невивченими залишаються предиктори суїцидальної поведінки у пацієнтів у різній патології. Саме тому, в умовах сучасного патоморфозу психічних розладів та інтенсивного розвитку суспільства, питання своєчасного прогнозування, діагностики суїцидальної поведінки та профілактики суїцидів є актуальним та визначає основний напрямок даного дослідження.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-психопатологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на невротичні (F 40) розлади.

Виходячи з мети дослідження, в умовах відділу неврозів та пограничних станів ІНПН АМН України було проведено комплексне клініко-психопатологічне обстеження 100 хворих на невротичні розлади (розлади адаптації (F 43), дисоціативні розлади (F 44), соматоформні розлади (F 45), неврастенію (F 48.0) — згідно з МКХ-10). Загальну характеристику хворих наведено у таблиці 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих на невротичні розлади за статтю, віком, характером праці та сімейним станом

Критерії	Групи хворих							
	хворі на розлади адаптації (n = 23)		хворі на дисоціативні розлади (n = 26)		хворі на соматоформні розлади (n = 25)		хворі на неврастенію (n = 26)	
	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%	абс. кільк.	%
Стать:								
— чоловіча	8	34,8	—	—	9	36,0	15	57,7
— жіноча	15	65,2	26	100	16	64,0	11	42,3
Вік, років:								
— до 20	—	—	4	15,4	2	8,0	—	—
— 21–30	5	21,7	9	34,6	4	16,0	3	11,5
— 31–40	13	56,5	8	30,8	9	36,0	9	34,6
— 41–50	5	21,7	5	19,2	9	36,0	9	34,6
— 51–60	—	—	—	—	1	4,0	5	19,2
Характер праці:								
— фізична	7	30,4	4	15,4	2	8,0	5	19,2
— розумова	11	47,8	5	19,2	8	32,0	13	50,0
— не працює	4	17,4	13	50,0	10	40,0	5	19,2
— учень	1	4,3	4	15,4	5	20,0	3	11,5
Сімейний стан:								
— у шлюбі	8	34,8	9	34,6	12	48,0	9	34,6
— розлучені	10	43,4	9	34,6	5	20,0	5	19,2
— ніколи не перебували у шлюбі	3	13,0	8	30,8	8	32,0	9	34,6
— вдові	2	8,7	—	—	—	—	3	11,5