

УДК 616.89-008.442-055.2:178.1

*Е. П. Архипенко*

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ, С НЕНОРМАТИВНЫМИ (ПО МЕДИЦИНСКОМУ КРИТЕРИЮ) СТЕРЕОТИПАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ**

*О. П. Архипенко*

**Психологічні захисти у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативними (за медичним критерієм) стереотипами статевої поведінки**

*O. P. Arkhipenko*

**Mechanisms of psychological defense in womens addicted to alcohol with deviant sex-role stereotype behavior (according to the medical criteria)**

Изучены репертуар и интенсивность использования психологических защит у женщин, зависимых от алкоголя, с клинически выраженной вариабельностью стереотипов полоролевого поведения. Установлено, что женщины-аддикты с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа активно используют полоти- пичные, полонетипичные и нейтральные формы защитного поведения, а здоровые женщины без расстройств полоролевого поведения — исключительно полоти- пичные защиты. Репертуар использования психологических защит у женщин-аддиктов с трансформацией половой роли включает нейтральные и полонетипичные защиты, с преобладанием последних (интеллектуализация и подавление). Защитный репертуар у гиперролевых женщин-аддиктов включает нейтральные и полоти- пичные защиты, среди которых преобладают последние (регрессия, компенсация и реактивные образования). Сделан вывод о том, что нарушение или искажение репертуара и интенсивности функционирования полоти- пичных защит у женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полороле- вого поведения нетранссексуального типа может служить индикатором существующих отклонений от нормативных моде- лей полоролевого поведения и указывать на неадекватное усвоение аспектов поло- ролевой идентификации.

**Ключевые слова:** психологические защиты, женщины, зависимость от алкоголя, маскулинность, фемининность, стереотипы полоролевого поведения

Вивчені репертуар та інтенсивність використання психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з клі- нічно вираженою варіабельністю сте- реотипів статевої поведінки. Встановлено, що жінки-аддикти з роз- ладами статевої поведінки нетранс- сексуального типу активно ви- користовують статево-типичні, статево- нетипові і нейтральні форми захисної поведінки, а здорові жінки без розладів статевої поведінки — винятково статево-типичні захисти. Репертуар ви- користання психологічних захистів у жінок-аддиктів з трансформацією статевої ролі включає нейтральні і статево- нетипові захисти, серед яких переважають останні (інтелектуалізація і пригнічення). Захисний репертуар у гіперро- левих жінок-адиктів включає нейтральні та статево-типичні захисти, з переважан- ням останніх (регресія, компенсація і ре- активні утворення). Зроблено висновок про те, що порушення або пере- кручування репертуару та інтенсивності функ- ціонування статево-типичних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з розладами статевої поведінки нетранс- сексуального типу може бути індикатором існуючих відхилень від нормативних моделей статевої поведінки та вказувати на неадекватне засвоєння аспектів статевої ідентифікації.

**Ключові слова:** психологічні захисти, жінки, залежність від алкоголю, маску- лінність, фемінінність, стереотипи ста- тевої поведінки

Repertoire and intensity of psycho- logical defense in women addicted to alcohol with expressed clinical variabil- ity of gender-role stereotype behavior have been studied. Addicted women with gender-role deviations of non- transsexual behavior were found to actively use gender-typical, gender- atypical and neutral forms of defensive behavior while healthy women with- out gender-role deviations use exclu- sively gender-typical forms of defense. Repertoire of psychological defense in addicted women with gender-role transformation includes neutral and gender-atypical forms of defense with prevalence of gender-atypical forms such as intellectualization and suppres- sion. Protective repertoire of hyper- role addicted women includes neutral and gender-typical forms of defense with prevalence of gender-typical forms such as regression, compensation and reac- tive states. We have drawn a conclusion that deviation or distortion of repertoire and intensity of gender-typical defense in women addicted to alcohol with gen- der-role deviations of non-transsexual behavior could be considered as an indicator of existent deviations from normative models of gender-role be- havior and indicate inadequate adoption of gender-role identification.

**Key words:** psychological forms of defense, women, alcohol addiction, masculinity, femininity, gender-role stereotyped behavior

Проблема изучения полоролевых особенностей в механизмах психологической защиты — важнейшего регулятора психической адаптации индивида — актуальна [1—6]. Механизмы психологической защиты и полоролевая идентификация взаимосвязаны, являются составляющими Я-концепции, оказывают влияние на процессы адаптации [2, 4]. Адекватное полу усвоение характеристик маскулинности и фемининности приводит к повышению активности использования полоти- пичных защитных механизмов и сужению использования защитного репертуара, свойственного противоположному полу [1, 5, 6]. В литературе высказывается доста- точно аргументированное мнение о том, что у мужчин

и женщин существуют специфические для каждого пола защитные характеристики, которые отражают биологический смысл поведения (значение для процесса жизнедеятельности). Вступая во взаимодействие с конкретными социокультурными требованиями (полоролевыми стереотипами и эталонами поведения), они формируют наиболее эффективное в данном социуме полоролево поведение и обеспечивают индивиду психологический комфорт. В то же время нарушение или искажение репертуара и интенсивности функционирования полоти- пичных защит у представительниц обоих полов может служить индикатором отклонений от нормативных моделей полоролевого поведения, нарушений процес- сов психологической адаптации, и даже — процессов трансформации стереотипов полоролевого поведения

в соціумі [1, 6]. Незважаючи на очевидність необхідності вивчення механізмів психологічної захисти в вищезгаданих контекстах, приходиться признати, що проблематика психологічних захистів у контингенту осіб з клінічно вираженою варіативністю поведінкових стереотипів, рівно як і проблематика співвідношень типічних і нетипічних захистів осіб з девіаціями статевих ролей, залишаються недостатньо розробленими. В частині, відсутності дослідження специфічності психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з ознаками розладу статевих ролей.

Виявлення особливостей використання психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з клінічно вираженою варіативністю поведінкових стереотипів в порівняльному аспекті явилось метою дослідження.

В відповідності з цією метою були поставлені наступні дослідницькі завдання:

- виявити особливості функціонування психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативними (за медичним критерієм) стереотипами поведінки і у здорових жінок з нормативним (фемініним) поведінковим поведінком;

- виділити варіанти типічних видів захистів у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативним (за медичним критерієм) поведінковим поведінком;

- прослідкувати особливості функціонування захисних механізмів в взаємозв'язку з типом ненормативного (за медичним критерієм) поведінкового поведінкового стереотипу.

Об'єктом дослідження виступили психологічні захисти у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативним (за медичним критерієм) поведінковим поведінком.

Було досліджено 88 жінок з залежністю від алкоголю і розладами поведінки нетрансгендерного типу (РПРП НТСТ) (основна група), знайдених на лікуванні в КУЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» і КУЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня» в 2012—2014 рр. Контрольну групу (КГ) склали 30 здорових жінок без ознак залежності і розладів поведінки, жительниці г. Харків та Харківської області. Виділенню основної групи передувало вивчення 133 жінок, залежних від алкоголю (середній вік досліджуваних 27,00±1,02 років), за критерієм «наличчя/відсутності нормативного (фемініного) стереотипу поведінки» [7]. Наступна диференціація встановлених у пацієнток ненормативних (за медичним критерієм) стереотипів поведінки за критерієм їх «патологічності/непатологічності» [7] дозволило виділити в основній групі (ОГ) чотири підгрупи: 38 (43,18 %) жінок з непатологічною трансформацією поведінки, першу підгрупу; друга підгрупа об'єднала 12 (13,64 %) жінок з патологічною трансформацією поведінки; 29 (32,95 %) жінок з непатологічним гіперролевым поведінком склали третю підгрупу; в четверту підгрупу увійшли 9 (10,23 %) жінок з патологічним гіперролевым поведінком (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл груп і підгруп порівняння за критеріями МКБ-10, %

Групи, підгрупи порівняння	Діагноз за критеріями МКБ-10	N	%
<b>Основна група:</b> жінки, залежні від алкоголю, з розладами поведінки нетрансгендерного типу		88	100,00
1-я підгрупа: жінки з трансформацією поведінки нетрансгендерного типу	F10.20, F64.9 (поведінкова трансформація)	38	43,18
2-я підгрупа: жінки з патологічною трансформацією поведінки нетрансгендерного типу і розладом статевих уподобань в формі садизму	F10.20, F64.9 (поведінкова трансформація), F65.5 (садизм)	12	13,64
3-я підгрупа: жінки з гіперролевым поведінком нетрансгендерного типу	F10.20, F64.9 (гіперролеве поведінка)	29	32,95
4-я підгрупа: жінки з патологічним гіперролевым поведінком нетрансгендерного типу і розладом статевих уподобань в формі мазохізму	F10.20, F64.9 (гіперролеве поведінка), F65.5 (мазохізм)	9	10,23
<b>Контрольна група:</b> здорові жінки без залежності від алкоголю з нормативним (фемініним) поведінковим поведінком	—	30	100,00

Під трансформацією поведінки в цьому дослідженні розумілось поведінкове поведінка, властиве протилежному статеві, при правильному статевому самосвідомості, а під гіперролевым поведінком — поведінка з надмірною акцентуацією деяких особливостей жіночої статевих ролей [7]. Поведінкова трансформація і гіперролеве поведінка у жінок в традиціях вітчизняної сексологічної школи розглядаються як непатологічні порушення стереотипу поведінки [7, 8]. Патологічна трансформація поведінки знаходить своє відображення в статевому садизмі, а патологічне гіперфемініне поведінка — в статевому мазохізмі [7, 8]. Всі розлади поведінки

поведінки у жінок основної групи стосувались нетрансгендерного типу. Під розладом поведінки нетрансгендерного типу в цьому дослідженні розумілось поведінкове поведінка, ненормативне за медичним критерієм, при якому має місце правильне статеве самосвідомість (відповідне морфологічному і громадянському статеві) [7].

Нозологічну діагностику розладів статевих ролей і пов'язаних з ними аномалій статевих уподобань проводили згідно рубрик МКБ-10: F64, F65 [9]. Психологічні захисти вивчали за допомогою методики «Індекс життєвого стилю» (LSI) Келлермана — Плутчика — Конте (адаптація Л. І. Вассерман з соавт., 2005) [10].

Согласно МКБ-10, нетранссексуальные расстройства половой роли, такие как гиперролевое поведение и полоролевая трансформация, отнесены к диагностической категории F64.9 «Расстройство половой идентификации, неуточнённое» рубрики F64 («Расстройство половой идентификации»). В длиннике диагноза после шифра F64.9 в скобках указан вид нетранссексуального расстройства половой роли: «полоролевая трансформация» или «гиперролевое поведение». У части пациенток с трансформированным (13,64 %) и гиперролевым поведением (10,23 %) были установлены аномалии сексуального влечения по активности, соответствующие критериям рубрики F65 категории F65.5 (садомазохизм). В этих случаях, в зависимости от характера преобладающего подтипа указанного расстройства сексуального предпочтения, в длиннике диагноза после шифра F65.5 в скобках указана форма парафилии: «садизм» или «мазохизм». Такое формирование длинника диагноза связано с тем, что составитель МКБ-10 не указал отдельных шифров для подкатегорий F64.9 и F65.5.

Группы сравнения были сопоставимы по параметрам морфологического (соматического) и гражданского пола [7]: все испытуемые имели женские фенотипические признаки и были записаны в паспортах как лица женского пола. Средний возраст обследуемых составил  $22,50 \pm 0,2$  года в основной, и  $30,00 \pm 1,06$  года — в контрольной группе, т. е. все испытуемые в группах сравнения характеризовались как молодые женщины. Сопоставление среднего возраста испытуемых показало, что все пациентки основной группы находились в возрастном интервале 18—27 лет, который совпадал с переходным периодом развития сексуальности (16—26 лет по Г. В. Васильченко, 1983). Указанный период в отечественной сексологии считается критическим, так как является периодом апробации и закрепления на практике сформированных на предыдущих этапах психосексуального развития полоролевых поведенческих стереотипов,

форм сексуального предпочтения и стратегий выбора сексуального партнера, основанных на имеющихся типах сексуальной ориентации [7]. Все испытуемые контрольной группы находились в возрастном интервале, который соответствует периоду зрелой сексуальности (26—55 лет, по Г. В. Васильченко, 1983). Изучение образовательного уровня женщин в сравниваемых группах показало примерно равное распределение и не выявило достоверных отличий между ними ( $p > 0,05$ ). Анализ профессиональной занятости показал, что большинство пациенток в ОГ (63,64 %) к моменту обследования временно не работали. В КГ все женщины были трудоустроены. Большинство испытуемых в группах сравнения являлись наемными работниками. На момент исследования только 22,73 % женщин ОГ состояли в браке. В разводе находились 56,82 % из них, а 20,45 % замужем никогда не были. В КГ все женщины были замужем. Дети имелись у всех женщин КГ и только у 25,00 % женщин ОГ. Наличие двух и более детей было отмечено исключительно у женщин КГ. Анализ сравнения семейного положения показал, что женщины-аддикты с нарушенным полоролевым поведением достоверно реже вступали в супружеские отношения по сравнению с женщинами с нормативным полоролевым поведением ( $p < 0,01$ ) и достоверно чаще разрывали семейные узы ( $p < 0,01$ ).

В результате применения методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) [10] было установлено, что женщины обеих сравниваемых групп различались по репертуару и степени интенсивности использования психологических защит (табл. 2). Женщины с фемининным, т. е. с нормативным (по медицинскому критерию) полоролевым поведенческим стереотипом, активно использовали регрессию ( $p < 0,01$ ), реактивные образования ( $p < 0,01$ ) и компенсацию ( $p < 0,01$ ). Женщины, зависимые от алкоголя, с РППП НТСТ больше использовали интеллектуализацию ( $p < 0,01$ ) и подавление ( $p < 0,01$ ), чем здоровые женщины ( $p < 0,01$ ).

Таблица 2. Различия в механизмах психологических защит в сравниваемых группах (методика «Индекс жизненного стиля»),  $M \pm m$

Механизм защиты	Группа (с подгруппами) женщин, зависимых от алкоголя, с РППП НТСТ				Контрольная группа
	1-я подгруппа	2-я подгруппа	3-я подгруппа	4-я подгруппа	
Отрицание***	8,20 ± 0,30	8,40 ± 0,30	4,6 ± 0,25	4,6 ± 0,25	—
Вытеснение (подавление)**	6,00 ± 0,25	6,40 ± 0,25	—	—	—
Регрессия*	—	—	6,80 ± 0,28	6,80 ± 0,28	4,70 ± 0,25
Компенсация*	2,00 ± 0,16	2,00 ± 0,16	2,60 ± 0,16	2,60 ± 0,20	3,10 ± 0,18
Проекция***	—	—	8,20 ± 0,30	8,20 ± 0,30	—
Замещение***	—	—	3,80 ± 0,25	3,80 ± 0,25	—
Интеллектуализация**	8,00 ± 0,30	8,20 ± 0,30	—	—	—
Реактивное образование*	—	—	6,60 ± 0,25	6,70 ± 0,25	3,10 ± 0,18

Примечание: \* — женские полотипичные защиты; \*\* — мужские полотипичные защиты; \*\*\* — нейтральные защиты

Здоровые женщины без РППП НТСТ использовали исключительно женские полотипичные защиты. Женщины, зависимые от алкоголя, с РППП НТСТ, наряду с нейтральными и полотипичными, активно использовали и полонетипичные формы защитного поведения. В частности, использование полонетипичных защит было установлено у всех женщин с трансформациями половой роли.

К типичным женским формам защитного поведения мы относили регрессию, компенсацию и реактивное образование [1, 5, 6]. Типичными мужскими защитами считали подавление и интеллектуализацию [1, 5, 6]. Остальные защиты относили к нейтральным [5]. Результаты изучения психологических защит у здоровых и женщин-аддиктов с РППП НТСТ показали, что существуют различия

в интенсивности использования некоторых защитных механизмов. Здоровые фемининные женщины и частично гиперролевые женщины интенсивнее использовали полотипичные защиты (регрессию, компенсацию и реактивное образование). Женщины, зависимые от алкоголя, с трансформацией полоролевого поведения — полонетипичные защиты: подавление и интеллектуализацию. По таким видам защитных механизмов как «компенсация», «регрессия» также были выявлены статистически значимые различия между группами здоровых и женщин с алкогольной зависимостью и РППП НТСТ: у последних оказались существенно менее выраженным механизм психологической защиты (МПЗ) «компенсация» и более выраженным — МПЗ «регрессия».

«Отрицание» как МПЗ реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности. Отчетливо высокие средние значения по этой шкале характерны для лиц с алкогольной зависимостью [10]. «Компенсация» является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо эмоционально-личностной недостаточности, с помощью подмены объекта таким образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку [10]. У лиц, зависимых от алкоголя, весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен и обеднен за счет универсального компенсатора — алкоголя, что отражается в отчетливо низких показателях по этой шкале (ниже нормативных). При регрессии личность, подвергающаяся действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет общий арсенал преобладания конфликтных ситуаций [10].

Таким образом, основные общие характеристики женщин-аддиктов с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа — функционально неразвитый и узко применяемый механизм «компенсации» и интенсивно используемый механизм «отрицания». Основное внутригрупповое отличие — интенсивное использование полонетипичных защит женщинами с трансформациями половой роли, интенсивное использование полотипичных защит гиперролевыми женщинами. В результате исследования было установлено, что трансформированный полоролевым поведенческим стереотип нетранссексуального типа у женщин, зависимых от алкоголя, тесно взаимосвязан с использованием полонетипичных защитных механизмов интеллектуализации ( $r = 0,689$  при  $p \leq 0,001$ ) и подавления ( $r = 0,464$  при  $p \leq 0,001$ ), а гиперролевой поведенческий стереотип у женщин-аддиктов тесно связан с использованием полотипичных защитных механизмов регрессии ( $r = 0,528$  при  $p \leq 0,001$ ) и реактивных образований ( $r = 0,546$  при  $p \leq 0,001$ ).

При обсуждении установленной дифференциации в использовании полотипичных и полонетипичных форм защитного поведения в исследованной группе женщин с расстройствами полоролевого поведения нам представляется целесообразным обратиться к результатам исследований взаимосвязи психологических защит и полоролевой идентификации в пубертатном периоде, выполненных Н. В. Дворянчиковым, С. С. Носовым [1].

Анализируя особенности психологических защит у женщин-аддиктов с нарушениями половой роли, можно отметить, что в их использовании существует выраженная полотипизированная дифференциация. Главной особенностью полученных результатов мы считаем установление нетипичности использования некоторых видов защит женщинами с трансформациями полоролевого поведения.

Расширение свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активное использование полонетипичных защитных механизмов указывает на неадекватное усвоение аспектов полоролевой идентификации женщинами с клинически очевидными признаками полоролевой трансформации. Верно и обратное: адекватное полу усвоение аспектов полоролевой идентификации (у женщин с нормативным фемининным полоролевым поведением, например) приводит к сужению свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активному использованию полотипичных защитных механизмов.

Репертуар использования психологических защит у женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа различается по признаку включения в него полотипичных и полонетипичных защит.

Репертуар использования психологических защит у женщин-аддиктов с трансформацией половой роли включает нейтральные и полонетипичные защиты, с преобладанием последних (защитные механизмы интеллектуализации и подавления). Расширение свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активное использование полонетипичных защитных механизмов указывает на неадекватное усвоение аспектов полоролевой идентификации женщинами с клинически очевидными признаками полоролевой трансформации.

Защитный репертуар у гиперролевых женщин-аддиктов включает нейтральные и полотипичные защиты, с преобладанием последних (защитные механизмы регрессии компенсации и реактивных образований). В целом, адекватное полу усвоение аспектов полоролевой идентификации приводит у гиперролевых женщин к сужению свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активному использованию полотипичных защитных механизмов с искажением в использовании полотипичных защит: повышенная напряженность регрессии и реактивных образований, и депрессия компенсации.

Нарушение или искажение репертуара и интенсивности функционирования полотипичных защит у обследованных может служить индикатором существующих отклонений от нормативных моделей полоролевого поведения и указывать на неадекватное усвоение аспектов полоролевой идентификации.

#### Список литературы

1. Дворянчиков, Н. В. Взаимосвязь психологических защит и полоролевой идентификации в пубертатном периоде [Электронный ресурс] / Н. В. Дворянчиков, С. С. Носов // Психологическая наука и образование (электронный журнал). — 2010. — № 4. — Режим доступа : [www.psyedu.ru](http://www.psyedu.ru).
2. Cramer P. The Study of Defense Mechanisms: Gender Implications. The Psychodynamics of Gender and Gender Role [Text] / P. Cramer. — Washington, D. C., 2002.
3. Носов, С. С. Психологический пол в динамической системе психической адаптации [Текст] / С. С. Носов, Н. В. Дворянчиков // Сексология и сексопатология. — 2004. — № 1. — С. 19—26.

4. Носов, С. С. Теоретико-экспериментальные аспекты изучения гендерных особенностей защитных механизмов [Текст] / С. С. Носов // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. — 2010. — № 125. — С. 58—69.

5. Дворянчиков, Н. В. Половозрастные и полотипические особенности механизмов психологических защит [Текст] / Н. В. Дворянчиков, С. С. Носов // Вестник Санкт-Петербургского университета. — Серия 6. — 2007. — Вып. 4. — С. 261—266.

6. Носов, С. С. Взаимосвязь психологических защит и полоролевой идентификации (на примере подростков) [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук : спец. 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» / С. С. Носов. — М., 2011. — 26 с.

7. Частная сексопатология [Текст] : (руководство для врачей) / под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — 352 с.

8. Кришталь, В. В., Сексологія [Текст] : навчальний посібник / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. — Х.: Фоліо, 2008. — 990 с.

9. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [Текст] / Сост. Дж. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / пер. с англ. Д. Полтавца. — К.: Сфера, 2001. — 416 с.

10. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей [Текст] / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и [др.]. — СПб.: С.-Петербург. НИ психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. — 54 с.

Надійшла до редакції 05.01.2015 р.

**АРХІПЕНКО Олена Петрівна**, психолог Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня», м. Харків; e-mail: gknb9@mail.ru

**ARKHIPENKO Olena**, Psychologist of the Public Health Institution "Kharkiv regional clinical narcological Hospital", Kharkiv; e-mail: gknb9@mail.ru

УДК 616.89-008.442-058.8-06:616-05571

*Р. І. Білобрывка*

## КРИТЕРІЇ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ, В ЯКИХ СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ТА ВИНИКАЄ СЕКСУАЛЬНА ДИСГАРМОНІЯ

*Р. И. Билобрывка*

### Критерии сексуального здоровья мужчин, у которых наблюдаются аффективные нарушения и возникает сексуальная дисгармония

*R. I. Bilobryvka*

#### Sexual health criteria of men with affective disorders and sexual disharmony

Автор доводить, що сексуальні захворювання у подружніх пар, в яких чоловіки страждають на афективні порушення, не мають жодних особливих відмінностей. Терапію сексуальних порушень у таких випадках потрібно поєднувати із терапією основних афективних порушень.

**Ключові слова:** сексуальні захворювання, афективні порушення, подружні пари, терапія

Автором доказано, що сексуальні захворювання у подружніх пар, в яких чоловіки страждають афективними порушеннями, не мають жодних особливих відмінностей. Терапію сексуальних порушень у таких випадках необхідно поєднувати з терапією основних афективних порушень.

**Ключевые слова:** сексуальные заболевания, аффективные нарушения, супружеские пары, терапия

The author proves that sexual disorders in couples, where men suffer from affective disorders, do not have any specific features. The therapy of sexual disorders in such cases should be combined with the therapy of main affective disorders.

**Keywords:** sexual disorders, affective disorders, married couples, therapy

Будь-яке лікування в сучасній медицині міцно пов'язано з психосоматикою, адже психосоматичні та соматопсихічні взаємозв'язки за будь-якої патології є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини, оскільки медичне спостереження та вплив спрямовані, з одного боку, на організм людини — сому, а з другого — на його психологічну і соціально-психологічну сферу — особистість [1—6]. Виходячи з цього, аналіз та вивчення психосоматичних зв'язків під час діагностики порушень сексуального здоров'я потребує системного та міждисциплінарного підходу [3, 5]. Сексуальна дисгармонія подружжя може виникнути не лише внаслідок наявної патології, а й також через дезадаптацію на тому чи іншому рівні їх взаємодії [8, 9].

Метою даної роботи було вивчення сексуального здоров'я сімейних пар, де в сім'ї має місце сексуальна дисгармонія і чоловік страждає на афективний розлад, а також уточнити вплив афективних порушень на розвиток дисгармонії.

Було обстежено 54 подружні пари та встановлено, що соматосексуальний розвиток чоловіків був

у 15 (27,78 %) випадках нормальний, у 6 (11,11 %) — прискорений і в 33 (61,11 %) — уповільнений. У їхніх дружин, відповідно: нормальний був у 36 (66,67 %), прискорений — у 12 (22,22 %) й уповільнений — у 6 (11,11 %). Психосексуальний розвиток був нормальний у 12 (22,22 %) чоловіків, передчасний — у 9 (16,67 %) і ретардація виявлена у 33 (61,11 %). У жінок нормальний психосексуальний розвиток був у 36 (66,67 %) пацієнток, передчасний — у 15 (27,78 %) і ретардація — в 3 (5,55 %).

Прості асинхронії статевого розвитку мали місце у 42 (77,78 %) чоловіків, складні — у 9 (16,67 %) і поєднані — у 6 із 51 (16,7 %). У жінок — прості асинхронії спостерігалися у 9 (16,67 %) випадках, складні — у 15 (27,78 %). Статеворольова поведінка у 21 (38,88 %) чоловіків була нормальною, у 9 (16,67 %) — трансформованою та у 20 (44,45 %) — була гіперрольовою. У жінок ці показники виглядали таким чином: нормальна статево-рольова поведінка була у 45 (83,34 %) осіб, трансформована — у 6 (11,11 %) та гіперрольова поведінка — у 3 (5,55 %). Психосексуальна орієнтація встановлена як гетеросексуальна у 51 (94,45 %) чоловіків та в усіх жінок і як бісексуальна — в 3 (5,55 %) чоловіків.

© Білобрывка Р. І., 2015