

УДК: 618.17-009-06:343.543

*Н.А. Шаповалова***СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЖЕНЩИН КАК ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ИЗНАСИЛОВАНИЯ**

Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины

Ключевые слова: изнасилование, отдаленные последствия, сексуальные расстройства

Сексуальное насилие представляет собой тяжелую психическую травму, которая не проходит бесследно и оставляет свои последствия на долгие годы, а иногда и на всю жизнь человека [1, 2]. Одним их наиболее частых из них является нарушение сексуального здоровья пострадавших. Статистических данных о распространенности сексуальных расстройств у жертв изнасилования в литературе нет, однако наш клинический опыт свидетельствует о том, что они имеют место у подавляющего большинства женщин, в детстве или в подростковом возрасте подвергшихся сексуальному насилию.

Сексуальная дисфункция и дезадаптация, как известно, тяжело переживаются личностью, негативно отражаются на демографических показателях, подрывают прочность брака, а нередко и приводят к разрушению семьи [3 – 5]. Это определяет большое медицинское, медико-психологическое и социальное значение данной проблемы и необходимость ее исследования.

Под нашим наблюдением в Харьковском областном психоневрологическом диспансере находились 150 женщин в возрасте от 25 до 40 лет. Все они состояли в браке и обратились за помощью в связи с сексуальной дисфункцией и супружеской дезадаптацией. Помимо сексуальных расстройств, у большинства женщин (57±3%) были диагностированы различные специфические расстройства личности (демонстративное, диссоциальное, тревожное и др.). В зависимости от характера перенесенного сексуального насилия среди них были выделены три группы, по 50 человек в каждой: первая – жертвы педофилов, вторая – жертвы эфебофилов и третья – жертвы инцеста. Следует отметить при этом, что больше половины из пострадавших (53±3%) были знакомы с насильниками.

При обследовании женщин методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [6] у них были выявлены разные клинические формы его расстройства. Полученные результаты представлены в приводимой таблице.

Таблица 1

Сексуальные расстройства у жертв насилия

Формы сексуального расстройства	Группа обследованных			Всего, n=150
	вторая, n=50	третья, n=50	четвертая, n=50	
Преимущественно навязчивые мысли и размышления (невроз ожидания неудачи), F42.0	20±6	24±6	16±5	20±3
Специфическая изолированная фобия (коитофобия), F40.2	18±5	6±3	12±5	12±3
Диспареуния, F52.6	2±2	–	6±3	4±3
Сексуальная аверсия, F52.10	6±3	8±4	6±3	7±3
Вагинизм, F52.5	4±3	12±5	8±4	8±3
Дезадаптивные формы				
сексуально-эротическая	38±7	44±7	22±6	34±3
полоролевая	4±3	2±2	14±5	7±3
социокультурная	8±4	4±3	16±5	9±3

Чаще всего, как можно видеть из представленных данных, из форм сексуальной дисфунк-

ции наблюдался невроз ожидания неудачи. Реже встречались коитофобия, вагинизм, сексуальная

аверсия и в единичных случаях – диспареуния (психогенные генитальгии). Кроме того, у всех обследованных имела место оргазмическая дисфункция, F52.3.

Статистически достоверной зависимости формы сексуального расстройства от характера перенесенного насилия (педофилия, эфебофилия, инцест) мы не выявили.

Невроз ожидания неудачи проявлялся у наших пациенток в постоянно переживаемом навязчивом опасении неудачи в половом акте. Женщины постоянно испытывали дистресс, вызванный бесконечными мыслями о неудачном сексе и рассмотрением альтернатив, причем прослеживалась связь между тягостными для личности навязчивыми размышлениями и депрессией. Женщины с тревогой ждали оргазма и боялись, что он не наступит. Перед половым актом и в начале его они испытывали нормальное сексуальное возбуждение и сексуальные ощущения, но при одной мысли об оргазме возбуждение и сексуальные ощущения исчезали. При эротических сновидениях пациентки испытывали нормальный оргазм. Больные безуспешно пытались противостоять навязчивым мыслям, понимая их необоснованность, но при длительном течении расстройства это сопротивление ослабевало.

При сексологическом обследовании женщин с неврозом ожидания было установлено, что в ряде случаев у них отмечались ретардация психосексуального развития и сочетанные асинхронии полового созревания. Тип сексуальной мотивации у большинства больных был шаблонно-регламентированным, мотив полового акта чаще всего – желание проверить себя, с этой целью женщины часто меняли позы при половом акте. Половая конституция женщин большей частью была слабой или средней. Либи́до в основном не нарушено, сексуальные ощущения, как указывалось, сохранены, но исчезали при мысли об оргазме, что приводило к аноргазмии. Тип сексуальной культуры больных – невротический. При неврозе ожидания чаще всего были нарушены психологический компонент сексуального здоровья и у всех женщин – психическая составляющая анатомо-физиологического его компонента. Характерной была активная обращаемость женщин с неврозом ожидания за лечебной помощью.

Заболевание развивалось остро, причем при анамнестическом анализе можно было установить в его генезе четкую связь с действием патогенного фактора – с перенесенным задолго до начала половой жизни сексуальным насилием.

Настоятельное желание больных провести удачный половой акт и испытать оргазм еще более дезавтоматизировало сексуальные реакции и усугубляло неудачу. При многократном повторении этой ситуации формировался патологический условный рефлекс и возникало невротическое расстройство, как личностная реакция на сексуальные затруднения.

Сексуальный фобический невроз протекал у наших пациенток в форме коитофобии. Коитофобия представляет собой страх перед половым актом, который обострялся при попытке и даже при одной мысли о половом акте, что делало невозможным его осуществление. Коитофобия, мучительная для женщин, очень тяжело переживалась ими. Для коитофобии, как и для невроза ожидания, были характерны критическое отношение к страху, чуждость его, борьба со страхом при невозможности его преодоления.

Причиной коитофобии у наших пациенток следует считать связанную с изнасилованием сексуальную психотравму, которая более чем у половины из них протекала по осознаваемым механизмам.

При обследовании методом системно-структурного анализа сексуального здоровья оказалось, что почти у половины женщин было нарушено (чаще замедлено) соматосексуальное и у подавляющего большинства имела место ретардация психосексуального развития. Наблюдались также асинхронии полового созревания, в основном сочетанные. Нередко у женщин с коитофобией отмечалось и гиперролевое поведение. Осведомленность в области секса в большинстве случаев была достаточной. Половая конституция слабая или, несколько реже, средняя, либи́до чаще слабо выражено. Сексуальные ощущения при половом акте были притуплены, иногда отсутствовали, и вследствие страха имела место аноргазмия, в то же время при петтинге сексуальные ощущения были нормальными и наступал оргазм. Как и при неврозе ожидания, у женщин наблюдались шаблонно-регламентированный (иногда гомеостабилизирующий) тип сексуальной мотивации, мотив полового акта чаще всего – желание проверить себя, и в большинстве случаев невротический тип сексуальной культуры.

У всех женщин с данной формой сексуальной дисфункции выявлялось поражение психологического компонента сексуального здоровья наряду с поражением психической составляющей анатомо-физиологического компонента и в большинстве случаев – с нарушением информа-

ционно-оценочной составляющей социального компонента.

В клинической картине коитофобии у обследованных женщин на первый план выступали эмоциональные нарушения, проявляющиеся сильным аффектом с переживанием чувства витальной угрозы, тревоги, беспокойства, которые приводили к избеганию половых контактов. Страх доминировал над любыми доводами рассудка. Критика резко снижалась при попытке совершить половой акт, вне такой попытки напряжение спадало, но отмечалось снижение настроения. В результате женщины уклонялись от попыток к половому акту, находя для этого различные причины, и, как правило, полностью отказывались от половой жизни.

На вступление в брак коитофобия у женщин влияния не оказывала, но и не ослабляла это страдание.

Диспареуния (психогенные генитальгии) у большинства женщин возникает вследствие патологической фиксации болезненных ощущений при первом половом акте, внушения болезненности дефлорации и фиксации на ожидании боли, при отсутствии готовности к половому акту, lubricации, при грубости или неопытности мужа, но у наших пациенток эта патология была следствием насильственного полового акта.

Способствовали развитию психогенных генитальгий имевшиеся у обследованных акцентуации характера (такие их типы, как эмотивный, тревожный, дистимический, застревающий), а также внушаемость и самовнушаемость, склонность к ипохондрии, вегетативная лабильность и низкий порог болевой чувствительности.

В соматосексуальном и психосексуальном развитии женщин с данной формой сексуальной дисфункции отмечалась ретардация, половая конституция была ослабленной. Наблюдался низкий уровень информированности в области секса и невротический тип сексуальной культуры.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья выявляет при денной патологии стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента, нарушение информационно-оценочной составляющей социального компонента, ослабление социально-психологического компонента.

Сексуальная аверсия – крайне негативное отношение женщин к половой жизни – развивалась у наших пациенток как отдаленное последствие связанной с перенесенным насилием пси-

хотравмы, причем у 2/3 из них к сексуальной аверсии присоединялась аверсия психологическая.

Приведенные в литературе результаты изучения проявлений и течения аверсии у женщин показали, что она проходит в своем развитии три фазы [7].

В первой фазе между супругами устанавливаются формальные сексуальные отношения, когда мотивом полового акта является выполнение супружеского долга. При этом отмечаются снижение сексуальной активности, сужение диапазона приемлемости и пассивное поведение женщины во время полового акта, игнорирование его предварительного периода, и жена не испытывает психосексуального удовлетворения. Во второй фазе сексуальные отношения приобретают негативный характер. Жена под любым предлогом уклоняется и даже полностью отказывается от половых актов. У нее развиваются алибидемия, сексуальная гипестезия или анестезия и аноргазмия, иногда формируется коитофобия. В первой и второй фазе развития сексуальная аверсия имеет относительный характер. В третьей фазе у женщины появляется отвращение к половой жизни вообще, презрение, отрицательное отношение к противоположному полу. Супруги полностью отказываются от интимной близости. У жены наблюдается алибидемия и аноргазмия. Сексуальная аверсия носит абсолютный характер.

Аверсия может развиваться по осознаваемым и неосознаваемым механизмам психической деятельности. выраженность сексуальной аверсии зависит от фазы развития и от того, насколько в ее формирование вовлечены психологические факторы.

Обычно присоединение сексуальной аверсии к психологической не наблюдается у супругов с высоким уровнем психологической адаптации и малой значимостью сексуальной функции для личности. Значительно чаще происходит распространение психологической аверсии на сексуальную сферу, особенно у супругов с низким уровнем общей и сексуальной культуры, снижением или полным отсутствием платонического и эротического либидо.

У большинства находившихся под нашим наблюдением женщин наблюдалась вторая, у остальных – третья фаза сексуальной аверсии и, как правило, женщины не осознавали ее связи с перенесенным в детстве или подростковом возрасте изнасилованием.

Системно-структурный анализ сексуального

здоровья показал, что у женщин с данной формой его нарушения было замедлено или ускорено соматосексуальное развитие, но чаще имели место нарушение психосексуального развития, особенно его ретардация, и сочетанные асинхронии, обусловленные психогенными и социогенными факторами. У 1/3 женщин отмечалось маскулинное полоролевое поведение. Половая конституция в большинстве случаев была слабой, хотя встречалась и средняя, и сильная. Сексуальное либидо нередко было слабо выражено, сексуальные ощущения – притуплены, что вело к гипо- и аноргазмии. В сексуальных фантазиях превалировала замена партнера. Тип сексуальной мотивации у всех женщин был агрессивно-аверсионный, мотив полового акта только выполнение супружеского долга, иногда достижение несексуальных целей, тип сексуальной культуры – невротический, примитивный, реже либеральный.

Почти у всех женщин был поражен социально-психологический компонент сексуального здоровья, несколько реже нарушены психологический компонент и психологическая составляющая анатомио-физиологического компонента.

Лишь у трех супружеских пар, несмотря на наличие сексуальной аверсии у жены, благодаря соответствию направленности личности супругов, их ролевых позиций, благоприятному сочетанию характерологических черт, носящему взаимодополняющий характер и чувству взаимной любви, сохранялся достаточно высокий уровень психологической и социально-психологической адаптации.

Рассматривая механизмы формирования сексуальной аверсии, следует также отметить, что ему способствовали отмечавшиеся у мужчин, по отношению к которым жены испытывали аверсию, тревожно-мнительные и астенические черты личности.

Деадаптивные формы нарушения сексуального здоровья, как видно из данных приведенной выше таблицы, отмечались у половины обследованных нами женщин с отдаленными последствиями изнасилования. Деадаптация, естественно, является общей для жены и для мужа, хотя в ее генезе играют роль особенности личности и сексуальности каждого из них. В изучаемой нами ситуации деадаптация супругов была следствием нарушения сексуального поведения женщин, обусловленного перенесенной сексуальной психотравмой.

Сексуально-эротическая форма деадаптации развилась из-за неправильного поведения жен-

щин в предварительный период и во время самого полового акта, что было связано с отмечавшимися у них узким диапазоном приемлемости, го-меостабилизирующим или генитальным типом сексуальной мотивации, дисгармонирующим мотивом полового акта (получение оргазма) и примитивным типом сексуальной культуры.

В половом (и сомато-, и психосексуальном) развитии более чем у половины женщин с данной формой деадаптации имели место ретардация и сочетанные асинхронии, примерно у 1/3 женщин наблюдалась трансформация полоролевого поведения.

Половая конституция женщин большей частью была средней, реже слабой, сексуальное либидо нередко слабо выраженным, сексуальные ощущения притуплены или отсутствовали, у всех отмечалась аноргазмия. Тип сексуальной культуры был невротическим или примитивным.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья показал, что при данной форме сексуальной деадаптации у всех женщин поражены обе составляющие социального компонента, нарушены психологический компонент и психическая составляющая анатомио-физиологического компонента; социально-психологический компонент нередко ослаблен в результате межличностного конфликта. В некоторых случаях в результате сексуально-эротической деадаптации у женщин возникали невротические расстройства, сексуальная и психологическая аверсия.

Сексуально-эротическая деадаптация, как правило, начиналась с первых же половых актов. При этом у женщины вначале развивались сексуальная гипестезия и аноргазмия, к которым затем присоединялось снижение либидо вплоть до алибидемии. Появлялись отрицательное отношение к половой активности мужа и снижение настроения после полового сношения.

У женщин с более сильной половой конституцией деадаптация сексуального поведения дольше не приводила к формированию сексуальной деадаптации. Вместе с тем отсутствие оптимального уровня сексуального поведения способствовало возникновению дискомфорта, что изменяло их отношение к половой жизни.

Полоролевая форма сексуальной деадаптации развивается при нарушении полоролевого поведения женщин и может существовать в двух формах: трансформации полоролевого поведения, т.е. маскулинного поведения у женщин, и гиперролевого – гиперфемининного их поведения. Среди наших пациенток преобладали женщины с трансформацией полоролевого поведе-

ния, для которых были характерны самостоятельность, агрессивность, решительность, мужской стиль поведения, активность, энергичность, отсутствие кокетства, женственности.

Половая жизнь при трансформации полоролевого поведения у наших обследованных протекала неоднозначно. В одних случаях возникали трудности, особенно в начале половой жизни, имели место позднее начало половой жизни, отсутствие петтинга, игнорирование предварительного периода полового акта, узкий диапазон приемлемости, поздний возраст первого оргазма, генитальный или шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, слабый тип половой конституции. В других случаях (у женщин со средним или сильным типом половой конституции), напротив, наблюдались раннее начало половой жизни, беспорядочные связи, нередко садистические элементы в сексуальном поведении.

Гиперфемининное поведение характеризуется заострением женских черт характера и проявляется пассивностью, подчиняемостью, непомерной заботливостью по отношению к окружающим, конформностью, способностью жить интересами другого и при этом испытывать радость. В интимных отношениях для таких женщин характерна самоотдача. У наших пациентов все поведение было направлено на удовлетворение мужа, отсутствие оргазма не беспокоило их, они испытывали психосексуальное удовлетворение от того, что доставили наслаждение мужчине. Диапазон приемлемости зависел у них от требования или желания мужа. Иногда в их сексуальном поведении отмечались мазохистские проявления.

Гиперролевое поведение одного или обоих супругов может стать причиной нарушения сексуальной гармонии или усугублять его, в зависимости от сочетания девиаций полоролевого поведения в паре. Сочетание гипермаскулинного и гиперфемининного поведения в паре может приводить к псевдогармоничному супружеству. Гипермаскулинное поведение мужа в сочетании с фемининным или маскулинным поведением жены приводит к дисгармоничному браку, так же как и гиперфемининное поведение жены в сочетании с нормальным или фемининным полоролевым поведением мужа.

Почти у всех женщин с данной формой дезадаптации выявлялись задержки полового развития и очень часто – сочетанные асинхронии. Тип сексуальной мотивации был большей частью генитальный, а мотив полового акта – снятие

полового напряжения, половая конституция чаще слабая или средняя, сексуальное либидо часто слабо выражено. У 1/3 женщин с сексуально-эротической дезадаптацией отсутствовали сексуальные ощущения и у всех отмечалась гипо- или аноргазмия. Тип сексуальной культуры был большей частью невротический, реже гиперролевой.

Системно-структурный анализ позволил установить при этой форме сексуальной дезадаптации у всех женщин поражение социокультурной составляющей социального компонента сексуального здоровья, психологического его компонента и психической составляющей анатомо-физиологического компонента; в подавляющем большинстве случаев был нарушен также социально-психологический компонент.

Социокультурная форма сексуальной дезадаптации развивается вследствие расхождения типов сексуальной культуры у жены и мужа, чаще при дисгармоничном и девиантном ее вариантах у женщин. Дезадаптация у наших пациенток развивалась даже в тех случаях, когда у мужа отмечался гармоничный вариант сексуальной культуры (аполлоновский или мистический тип).

Половое развитие женщин с данной формой сексуальной дезадаптации в большинстве случаев было нарушено, причем наблюдались и ретардация, и преждевременное психосексуальное развитие, нередко также сочетанные асинхронии. Характерны недостаточная информированность в области секса, шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, мотив полового акта – получение оргазма. Половая конституция женщин была слабой или средней, сексуальное либидо у половины из них слабо выражено, сексуальные ощущения ослаблены, и у всех женщин с самого начала половой жизни отмечались низкий процент оргастичности, гипо- или аноргазмия.

При системно-структурном анализе сексуального здоровья женщин с социокультурной формой дезадаптации выявлялось стержневое поражение социокультурной составляющей его социального компонента и психической составляющей анатомо-физиологического компонента. Несоответствие типов сексуальной культуры приводило к конфликту, обуславливавшему также нарушение социально-психологического компонента сексуального здоровья.

В целом результаты наших наблюдений свидетельствуют о том, что у всех женщин, подвергшихся в детстве или подростковом возрасте

сексуальному насилью, имеются нарушения сексуального здоровья, проявляющиеся в первичных формах сексуальной дисфункции и сексуальной дезадаптации. В генезе этих нарушений прослеживается четкая связь с перенесенной

психотравмой, что необходимо учитывать при проведении психотерапевтической коррекции психического состояния и сексуального поведения женщин в отдаленный период после изнасилования.

Н.О. Шаповалова

СЕКСУАЛЬНІ РОЗЛАДИ У ЖІНОК ЯК ВІДДАЛЕНІ НАСЛІДКИ ЗГВАЛТУВАННЯ

Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України

На основі обстеження 150 жінок, які зазнали у дитячому чи підлітковому віці сексуального насильства, виявлено наявні у них первинні порушення сексуального здоров'я у формі сексуальної дисфункції та дезадаптації. Описано клінічні прояви цих форм, показано роль у їх генезі психотравми, отриманої у результаті насильства. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 120-125).

N.A.Shapovalova

SEXUAL DISORDERS IN WOMEN AS RAPE REMOTE CONSEQUENCES

The institute of children and adolescents healthcare of Ukrainian AMS

On the basis of study 150 women violated in childhood or in youth the primary sexual health disorders as sexual dysfunction and desadaptation are revealed. The clinical manifestation of these forms are described and there is shown their role in genesis of psychotrauma got as a consequence of rape. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 120-125).

Литература

1. Христенко В.Е. Психология поведения жертвы. — Ростов н/Д: Феникс, 2004. — 416с.
2. Гульман Б.Л. Сексуальные преступления. — Харьков: Рубикон, 1994. — 270с.
3. Чуприков А.П., Цупрык Б.М. Общая и криминальная сексология: Учебное пособие. — Киев: МАУП, 2002. — 245с.
4. Семенкина И.А. Супружеская дезадаптация при нарушении функций семьи и ее психотерапевтическая коррекция: Автореф.

- дис. ... канд. психол. наук. — Харьков, 2001. — 16с.
5. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи. — СПб: Питер, 1999. — 656с.
6. Крипаль В.В., Григорян С.Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879с.
7. Агишева А.К. Психологическая и сексуальная аверсия супругов и ее психотерапевтическая коррекция // Современные проблемы практической психотерапии: Тез. докл. Всес. конф. психотерапевтов. — Харьков, 1991. — С.4-6.

Поступила в редакцию 18.10.2006