

## Особенности психосексуальной сферы женщин с психогенными депрессиями

Б.Е. Алексеев, И.М. Белоус

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова  
Минздравсоцразвития России, г. Санкт-Петербург

**Резюме.** В статье рассмотрены современные представления о психосексуальных характеристиках, полоролевом конфликте, психосексуальном диатезе. Описана дисгармоничность психосексуальной сферы у женщин с психогенными депрессивными расстройствами: особенности психосексуального развития, половой идентичности, полоролевого поведения, полового влечения.

**Ключевые слова:** психосексуальное развитие, психосексуальный диатез, депрессия.

### Features of psychosexual sphere of women with psychogenic depression

B.Ye. Alekseev, I.M. Belous

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

**Summary.** The article presents the current understanding of the psychosexual characteristics, gender role conflict, psychosexual diathesis. The disharmony of psychosexual sphere in women with psychogenic depressive disorders is described: characteristics of psychosexual development, gender identity, sex role behavior, sexual attraction.

**Keywords:** psychosexual development, psychosexual diathesis, depression

Возрастающее количество стрессовых воздействий в настоящее время сопровождается ростом числа психогенных аффективных расстройств, протекающих на неглубоком уровне [1, 13]. В связи с этим в последние десятилетия увеличилось количество исследований в этой области. Актуальной является проблема низкой приверженности лечению данной группы пациентов и выявление факторов, влияющих на выполнение рекомендаций или отказа от терапии. В связи с высокой значимостью сексуальной сферы в жизни каждого человека необходим детальный анализ особенностей психосексуального развития и их роли в развитии заболеваний, сексуальных дисфункций, формировании дисгармоничных отношений с партнером и поведении в болезни.

Правильно сформированные половая идентичность, полоролевое поведение и в целом гармоничность психосексуального развития отражают зрелость личности и влияют на ее социальную адаптацию. Несформированность, дисгармоничность и другие особенности полоролевого поведения, отражающие наличие психосексуального диатеза, могут служить предпосылкой для развития внутреннего психологического конфликта и нарушения межличностных отношений, тем самым делая индивидуума более уязвимым в ряде ситуаций [2, 3].

Первые исследования роли пола были направлены на определение влияния биологического пола на предрасположенность к заболеванию, его течение, прогноз и ответ на терапию при различных заболеваниях. При сравнении пациентов, страдающих депрессивными расстройствами, проведенные исследования демонстрируют большую частоту депрессий среди женщин [12, 15, 21]. Воз-

можно, выявление депрессий среди женщин выше за счет более частой обращаемости [10]. В клинической картине исследователи отмечают у женщин чаще наличие беспокойства, чувство беспомощности, одиночества, слезы, наличие болей в теле, суицидные мысли, более выраженную печаль [11, 18]. В то же время для мужчин более характерны маскированные депрессии с агрессивными проявлениями, желание самостоятельно справиться с ситуацией, уход в работу, алкоголизация, употребление психоактивных веществ, алекситимия [12, 20]. Таким образом, мужчины реже попадают к специалистам амбулаторно-поликлинической сети, не получая своевременного лечения, или обращаются позже с проблемами алкогольной и наркотической зависимости. В ряде исследований отмечены различные ответы на медикаментозную терапию среди мужчин и женщин [16, 19], в других не было выявлено существенных различий в реакции на лечение антидепрессантами [17].

Изучая литературу, мы столкнулись с тем, что ряд ученых, описывая половые особенности пациентов, употребляют термин «гендерные», что отражает некорректное его использование, а значит, и стоящий за ним смысл [14]. В русском языке «gender» не имеет аналога, поэтому понятие «пол» отражает как физикальные характеристики половой принадлежности (генетический пол, гонадный пол, гаметный пол, гормональный пол, морфологический пол), так и психологические и социально-психологические параметры (половая идентичность, половая роль, полоролевое поведение, половое влечение). Для отражения социально-поведенческих характеристик могут быть использованы понятия «полоролевое поведение», «полоролевые стереотипы, установки» и т.д. Понятие

«гендер» чаще используется в социологических исследованиях. Имеются работы, в которых авторы разделяют половые и гендерные характеристики, но при этом предполагается, что мужчины и женщины усваивают и являются носителями соответствующих гендерных стереотипов, что не является отражением имеющих в реальности индивидуальных характеристик пациентов. Практика показывает, что ряд проблем во взаимоотношениях мужчин и женщин обусловлен как раз непринятием атрибутов и недостаточно развитыми навыками поведения, присущими своему полу.

Таким образом, при оценке индивидуальности пациентов обязательно должны учитываться психосексуальные характеристики — *половая идентичность* и *полоролевое поведение*, формирующиеся в процессе психосексуального развития, начиная с первых месяцев жизни, под влиянием природных и социальных факторов [2, 4, 5].

Согласно современным представлениям фемининность и маскулинность являются не взаимоисключающими понятиями, а независимыми характеристиками, поэтому у человека определяются одновременно два показателя *половой идентичности* — показатель *маскулинности* и показатель *фемининности*. Другой характеристикой половой идентичности является соотношение *базовой половой идентичности*, отражающей задатки, приобретенные в раннем возрасте и связанные с нейропсихологическими и психофизиологическими факторами [8], и *персональной половой идентичности*, формирующейся в процессе социализации.

Под *полоролевым поведением* мы понимаем *способ бытия человека как представителя пола. Оно имеет значение как социально-психологический код, обеспечивающий процесс коммуникации, и является центральным аспектом социализации ребенка.*

Согласно концепции уровневой организации полоролевого поведения [4, 5] условно выделены 3 уровня:

- 1) маскулинность и фемининность как базисное образование (М-Ф измерение — отражающее конституциональные психофизиологические предпосылки);
- 2) полоролевое поведение, характеризующееся «автоматичностью» проявлений;
- 3) установочно-приспособительное полоролевое поведение.

При этом М-Ф измерение является одним из факторов формирования индивидуальных полоролевых проявлений.

В пределах нормы колебания признаков полоролевого поведения могут проявляться усилением или ослаблением поведенческих атрибутов привычных полоролевых стереотипов. В связи с этим выделены *акцентуации М-Ф измерения и полоролевого поведения*, имеющие кроссполовой и гиперролевой варианты, которые могут влиять на уязвимость в ряде ситуаций.

Важную роль играет не только само качество психосексуальных характеристик, но и их взаи-

моотношения. Рассогласованность полоролевого поведения и половой идентичности или уровней полоролевого поведения являются источником и в то же время показателем наличия *полоролевого конфликта*. Сопоставление показателей полоролевого поведения в разные периоды дает возможность изучать возрастную динамику данного поведения. Анализ внутренних и внешних деформирующих факторов и длительности их воздействия в определенные периоды психосексуального развития позволяет определить характер полоролевого конфликта.

Исходя из представлений описанной выше структурной организации полоролевого поведения выделены два типа полоролевого конфликта, обусловленных неконгруэнтностью уровней полоролевого поведения: 1-й тип — базисного (М-Ф — измерения) и «автоматизированного» уровней полоролевого поведения и 2-й тип — «автоматизированного» и установочно-приспособительного уровней полоролевого поведения.

Наличие полоролевого конфликта, нарушение темпов и последовательности психосексуального развития, дефицитность полоролевого поведения свидетельствуют о наличии *психосексуальной диатезы*, который способствует формированию сексуальных дисгармоний, парафилий и участвует в патогенезе психических заболеваний [3].

В немногочисленных работах описан ряд особенностей психосексуальной сферы пациентов, которые целесообразно учитывать в процессе лечения и реабилитации.

Так, среди пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством нами [4] выявлена дисгармоничность психосексуальной сферы, связь полоролевого поведения с защитным поведением и способами совладания с болезнью. Среди женщин с невротическими расстройствами была отмечена связь показателей полоролевого поведения и половой идентичности с психологическими защитами и копинг-стратегиями [9], а также более высокий уровень конфликтности у женщин с маскулинной акцентуацией полоролевого поведения [6]. В качестве примера отметим, что при изучении пациентов, страдающих шизофренией, у значительной части выявлена дисгармоничность психосексуальной сферы, а также взаимосвязь выбора копинг-стратегий и их терапевтической динамики, включаемости пациентов в психотерапевтические группы, достигаемого качества ремиссии с характеристиками полоролевого поведения и его согласованности [7].

Накопление подобных данных является важным в практической деятельности для лечения, реабилитации и повышения качества жизни пациентов с различными психическими заболеваниями.

В связи с этим целью данного исследования было изучение характеристик психосексуального развития женщин с психогенными депрессивными расстройствами невротического уровня.

Проводилась клиничко-психопатологическая и экспериментально-психологическая оценка состо-

нения больных. Осуществлялась оценка по шкале депрессии Монтгомери-Асберга (MADRS), «Методике диагностики акцентуаций полоролевого поведения» [2], «Методике определения структуры половой идентичности и направленности полового влечения» [8].

В исследование были включены 64 пациентки, проходившие лечение на базе городской психиатрической больницы № 7 (клиника неврозов), обследование проводилось при поступлении. В соответствии с критериями МКБ-10 у пациенток были диагностированы: смешанное тревожное и депрессивное расстройство — F41.2—13 (20,31 %), пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.21—4 (6,25 %), смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации F43.22—47 (73,44 %).

Возраст пациенток находился в диапазоне от 18 до 47 лет, средний возраст— $32 \pm 2,09$  года. Высшее образование имели 26 женщин (40,63%), среднее специальное и неоконченное высшее—36 человек (56,25 %) и общее среднее—2 человека (3,12 %).

В браке состояли 24 женщины (37,5 %), были разведены 18 (28,13 %), никогда не состояли в браке 16 (25 %), проживали с партнером без оформления отношений 6 (9,37 %). Были удовлетворены своим семейным положением только 28 опрошенных (43,75 %).

На момент госпитализации больных в клинику тяжесть депрессии по шкале MADRS составляла  $21,75 \pm 4,34$  баллов.

У 44 женщин (68,75 %) в качестве одного из главных или основного психотравмирующего события выступали проблемы в отношениях с партнером и в сексуальной сфере (измена, развод, разрыв отношений, сексуальная дисгармония, сексуальное насилие).

При поступлении только 20 человек (31,25 %) предъявили лечащему врачу жалобы на неудовлетворенность сексуальными отношениями или сексуальную дисфункцию.

В процессе обследования в соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы следующие нарушения сексуальной функции: снижение или отсутствие полового влечения—58 женщин (90,63 %), нарушение генитальной реакции—6 женщин (9,37 %), оргазмическая дисфункция (брадиоргазмия и коитальная аноргазмия)—33 (51,56 %). У 8 женщин (12,5 %) сексуальная дисфункция наблюдалась с начала половой жизни, у остальных длительность полового расстройства составила в среднем  $5,56 \pm 1,22$  месяца.

При анализе истории жизни были выявлены следующие события, которые могли задержать или нарушить процесс психосексуального развития: у 36 женщин (56,25 %) родители были разведены или состояли в повторном браке. Близкие, доверительные отношения с обоими родителями имели 13 человек (20,31 %), только с матерью (28,13 %), только с отцом 4 (6,25 %), не имели с обоими родителями 29 (45,31 %). Подвергались

физическим наказаниям со стороны родителей, в том числе с телесными повреждениями 14 человек (21,88 %), со стороны других родственников—6 (9,37 %). 27 женщин (42,19 %) хотя бы раз подвергались сексуальным домогательствам, развратным действиям или сексуальному насилию: из них со стороны родственников и знакомых—8 (12,5 %), со стороны незнакомых лиц—11 (17,19 %), со стороны своего полового партнера—8 (12,5 %); при этом неоднократно или регулярно подвергались насилию 11 человек (17,19 %).

При оценке темпов и сроков психосексуального развития у 18 человек (28,13 %) были выявлены нарушения на стадиях формирования платонического, эротического и сексуального либидо, проявлявшиеся несформированностью установок, дефицитом навыков ухаживания и эротического поведения, свойственных представителям своего пола, задержкой реализации в отношениях с партнером.

При анализе полоролевого поведения выявлен высокий уровень маскулинной акцентуации во все возрастные периоды формирования пациенток: до 7–8 лет— $0,41 \pm 0,06$ ; до 12–13 лет  $0,39 \pm 0,05$ ; до 18 лет— $0,42 \pm 0,05$  и в период «сейчас»— $0,41 \pm 0,04$  (отсутствие акцентуации соответствует значению  $< 0,2$ ).

В структуре базовой и персональной половой идентичности фемининная составляющая незначительно доминировала над маскулинной: индекс адекватности половой идентичности по фактору силы составил  $0,55 \pm 0,56$ , индекс адекватности персональной половой идентичности  $0,34 \pm 0,35$ , что свидетельствует о наличии диффузной половой идентичности. Структура направленности полового влечения определялась по градиенту индексов гетеро- и гомосексуальности, который составил  $0,32 \pm 0,31$ , что свидетельствует о присутствии гомосексуального компонента влечения.

Выраженная маскулинная акцентуация полоролевого поведения, диффузная половая идентичность, особенности структуры полового влечения свидетельствуют о наличии психосексуального дефицита у данной категории пациенток. Выявленные особенности, даже если они в той или иной форме ощущаются самими пациентами, редко фигурируют в жалобах, поэтому должны активно выявляться врачом в процессе сбора анамнеза, анализа личностных характеристик и психотерапии. Требуется дальнейшее изучение и выявление взаимовлияния характеристик психосексуальной сферы и защитного стиля, отношения к болезни, исходам лечения и приверженности лечению. Поскольку полоролевые характеристики являются динамичными, то в процессе психотерапии возможны дальнейшее продвижение их развития и гармонизация психосексуальной сферы, что найдет отражение в восприятии себя и в поведении и отношениях с лицами противоположного пола и, как следствие, в сексуальном функционировании. Кроме того, искренний интерес и стремление к всесторонней оценке состояния пациента повышают его доверие к врачу.

## Литература

1. Александровский Ю.А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 11. — С. 4–13.
2. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. — СПб: Речь. — 2006. — 144 с.
3. Алексеев Б.Е. Полоролевой конфликт как форма психосексуального диатеза // Вестник СПбМАПО. — 2010. — Т. 2. — С. 48–54.
4. Алексеев Б.Е. Роль психосексуальной сферы больных аффективными расстройствами в преодолении болезни//III Клинические Павловские чтения: «Депрессия». — СПб: Человек. — 2001. — С. 31–34.
5. Алексеев Б.Е. Структурный анализ поведения человека как представителя пола // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 1999. — № 3. — С. 82–85.
6. Алексеев Б.Е., Каданцева А.В. Половая идентичность и характеристики личности женщин с невротическими расстройствами // Вестник Санкт-Петербургского университета. Сер. 12. Психология, социология, педагогика. — 2010. — Вып. 2. — С. 347–354.
7. Алексеев Б.Е., Коновалова Е.А. Полоролевые факторы терапевтической динамики совладающего поведения у больных шизофренией//Специальная и клиническая психиатрия. — 2009. — № 1. — С. 5–11.
8. Каган В.Е. Половая идентичность у детей и подростков в норме и патологии. Дисс. д-ра мед. наук // Лен. педиатр. мед. ин-т. — Л. — 1991. — 413 с.
9. Каданцева А.В. Взаимосвязь особенностей психосексуальной сферы с психологическими характеристиками женщин, больных невротическими расстройствами. Автореф. дис. канд. псих. наук. — 2011. — С. 11–21.
10. Меллер-Леймкюллер А.М. Стресс в обществе и расстройства, связанные со стрессом, в аспекте гендерных различий // Социальная и клиническая психиатрия. — 2004. — № 4. — С. 5–11.
11. Степанов И.Л., Горячева Е.К. Гендерные особенности структуры депрессивного состояния и социального функционирования больных рекуррентным депрессивным и биполярным расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. — 2012. — Т. 22. — С. 38–43.
12. Тювина Н.А. Депрессия у женщин. М.: Кафедра психиатрии и медицинской психоневрологии ММА им. И.М. Сеченова. — 2003. — С. 32–62.
13. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Автореф. дисс. докт. психол. наук. М. — 2006. — С. 4–5.
14. Gentile D.A. Just what are sex and gender, anyway? A call for new terminological standard// Psychological Science. — 1993. — V. 4. — P. 120–122.
15. Gorman J. M. Gender differences in depression and response to psychotropic medication // Gender Medicine. — 2006. — V. 3. — P. 93–109.
16. Hamilton JA, Grant M, Jensvold MF. Sex and treatment of depression: When does it matter? // Psychopharmacology and Women: Sex, Gender, and Hormones. Washington, DC: American Psychiatric Press. — 1996. — P. 241–257.
17. Hildebrandt M.G., Steyerberg E.W., Stage K.B., et al. Are gender differences important for the clinical effects of antidepressants? American Journal of Psych. — 2003. — V. 160. — P. 1643–1650.
18. Kiveld S.-L., Pakkala K. Clinician-rated symptoms and signs of depression in aged Finns // International Journal of Social Psychiatry. — 1988. — V. 34. — P. 2229–2235.
19. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, et al. Gender differences in treatment response to sertraline versus imipramine in chronic depression// American Journal of Psych. — 2000. — V. 157. — P. 1445–1452.
20. Moller-Leimkuhler A., Bottlender R., Strau R.A. et al. Is there evidence for a male depressive syndrome in inpatients with major depression? // J Affect Dis. — 2004. — V. 80. — P. 87–93.
21. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, et al. Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder // JAMA. — 1996. — P. 293–299.

## Сведения об авторах

**Алексеев Борис Егорович** — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России, г. Санкт-Петербург. E-mail: alekseyev-b@yandex.ru

**Белоус Ирина Михайловна** — аспирант кафедры сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. E-mail: irinabelousspb@mail.ru