

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОЛОРОЛЕВОЙ ФОРМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ В ДЕБЮТЕ СУПРУЖЕСКОЙ ЖИЗНИ

А.С. МИНУХИН

*Институт проблем эндокринной патологии им. В.Я. Данилевского, Харьков*

**Представлена разработанная автором эффективная система психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации, развившейся в дебюте половой жизни вследствие нарушения полоролевого поведения у одного или обоих супругов.**

Сексуальная дезадаптация супружеской пары остается одной из наиболее часто возникающих и сложных проблем нарушений сексуального здоровья [1, 2]. В то же время если этот феномен достаточно хорошо освещен в литературе [3, 4], то супружеская дезадаптация в начальный период развития семейно-брачных отношений остается практически неизученной, несмотря на ее особую актуальность именно в этот период.

Нами была изучена полоролевая форма сексуальной дезадаптации и особенности ее проявлений в дебюте половой жизни супружеской пары. В исследовании были включены 43 супружеские пары, у которых наблюдалась данная форма дезадаптации. Супруги были в возрасте от 20 до 35 лет, продолжительность пребывания в браке составляла от 1 года до 3 лет.

Как известно, изученная нами форма сексуальной дезадаптации развивается вследствие несоответствия полоролевого поведения супругов, которое может в последующем приводить к сексуально-поведенческой дезадаптации, а также к развитию невротических реакций и формированию дисгармоничного супружества [2].

Современные авторы по-разному рассматривают симптомокомплекс маскулинность / фемининность в полоролевом поведении [5]. На наш взгляд, наиболее приемлемой является андрогинная полоролевая модель, в соответствии с которой выделяют 4 полоролевых типа: андрогинный (высокие показатели маскулинности (М) и фемининности (Ф)), маскулинный (высокие показатели М и низкие Ф), фемининный (низкие показатели М и высокие Ф) и недифференцированный в полоролевом отношении (низкие показатели и М, и Ф). Маскулинность предполагает агрессивность, assertивность, доминантность, эмоциональную холодность, высокомерие, высокую самооценку, тщеславие, самоуверенность, жестокость, рациональность, предприимчивость, откровенность, индивидуализм, молчаливость и т. п. Фемининность рассматривается как экспрессивность, т. е. как эмоциональность, принятие других, эмпатичность и т. п.

Полоролевое поведение имеет два уровня — био-генный и социогенный (уровень Я-концепции). Несоответствие параметров маскулинности и фемининности — М/Ф — на этих уровнях влечет за собой развитие внутриличностного конфликта, а несовпадение их проявлений во взаимоотношениях между супругами — развитие межличностного конфликта.

Исследование маскулинных и фемининных черт супругов на био-генном уровне мы проводили с помощью шкалы Dur-Moll L.Szondi [6], а на уровне Я-концепции — с помощью ACL-шкалы А.В. Heilbrun [7]. Полученные результаты позволили выявить полоролеву дискордантность у 31 мужчины ( $72\pm 7\%$ ) и 39 женщин ( $91\pm 4\%$ ).

Наши исследования показали, что причиной развития полоролевой формы сексуальной дезадаптации является заострение маскулинных черт у мужчин, фемининных черт у женщин, а также трансформации полоролевого поведения у тех и других [8]. Чаще дезадаптация отмечалась при таких неблагоприятных сочетаниях в паре, как гипермаскулинное поведение мужа и трансформация, т. е. маскулинное поведение жены ( $56\pm 3\%$ ); гиперфемининное поведение женщины и трансформация, т. е. фемининное поведение мужчины ( $28\pm 7\%$ ). В  $16\pm 6\%$  супружеских пар изменение стереотипа полоролевого поведения наблюдалось у одного из супругов.

Клинические проявления нарушения сексуальной функции супругов во многом зависели от характера их полоролевого поведения и от сочетания его в паре. У мужчин с трансформацией полоролевого поведения чаще отмечались ослабления эрекции, преждевременная эякуляция и ослабление либидо. Женщины с трансформацией полоролевого поведения чаще жаловались на ослабление оргастических ощущений, неудовлетворенность качеством проведения полового акта. Мужчины с гиперролевым поведением отмечали чрезмерную активность своих жен, а женщины с гиперролевым — пассивность супругов.

Нашей задачей была разработка адекватной системы коррекции дезадаптации супругов с учетом особенностей их полоролевого поведения и патогенетических механизмов развития сексуальной дезадаптации. Система базируется на принципах комплексности, дифференцированности, последовательности, этапности и предусматривает рациональное сочетание разнообразных современных средств и методов лечебного воздействия. При этом необходимым условием проведения психотерапии является представленность четырех ее компонентов: когнитивного, аффективного, конативного, личностного, и обращенность к трем подсистемам личности: интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной.

Задачей когнитивного компонента психотерапии является достижение адекватного восприятия супру-

гами друг друга с целью выработки у них правильной установки на свои межличностные отношения; разъяснение им необходимости реальной возможности оптимизации этих отношений; повышение уровня взаимопонимания супругов и понимания ими связи между собственным поведением и взаимоотношениями с мужем (женой); конструктивное разрешение возникающих конфликтов; ознакомление супругов с формами поведения, в том числе сексуального, способствующего нормализации отношений и предотвращению конфликтов в семье.

Задачей аффективного компонента психокоррекции является дезактуализация связанных с конфликтами переживаний супругов, перестройка негативных сторон их взаимоотношений и устранение дезадаптации с целью формирования адекватного эмоционального реагирования каждого из супругов на поведение другого. Коррекция должна быть направлена на изменение таких параметров в структуре личности пациентов, как самооценка, система социального восприятия, на выработку критического отношения к своему неправильному реагированию при конфликтах, усвоение супругами способов установления благожелательных, доверительных отношений.

Воздействие на поведение супругов — цель третьего — конативного компонента психотерапевтической коррекции, он осуществляется после решения задач когнитивного и аффективного компонентов. В соответствии с этим основной задачей данного компонента является перестройка стереотипов поведения каждого из супругов и выработка правильных способов разрешения конфликтов, форм поведения, обеспечивающих достижение взаимопонимания, взаимопомощи, и формирование доверительных отношений, что в свою очередь способствует нормализации межличностных отношений.

Личностный компонент психотерапии обращен к трем подсистемам личности и проводится в соответствующих направлениях: коррекция характерологических особенностей супругов; коррекция их межличностных отношений и нормализация процесса персонализации.

При реализации всех компонентов психотерапии, осуществляемых во взаимосвязи, как единое целое, должны учитываться уровень психологической и социально-психологической адаптации супругов, их осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни, а также наличие у них тех или иных клинических проявлений сексуальной дисфункции.

Психотерапевтическая коррекция сексуальной дезадаптации проводилась в два основных этапа — выработки установки и научения. Содержанием первого этапа была информационно-разъяснительная работа, имевшая целью повышение уровня знаний супругов о правильном полоролевом поведении. Это достигалось при использовании методов библиотерапии и рациональной психотерапии в форме индивидуальных и групповых бесед.

Библиотерапия основывалась на известных ее принципах: 1) предлагаемое произведение должно быть доступным читателю-пациенту; 2) поведение героя должно ободрять, не вызывая чувства собствен-

ной неполноценности; 3) ситуация в предлагаемом произведении должна иметь максимальное сходство с ситуацией пациента. Вначале супруги читали предложенную художественную литературу, а затем обсуждали прочитанное совместно с психотерапевтом.

Для повышения уровня осведомленности супругов в области психогигиены половой жизни с ними проводились беседы по следующей тематике: анатомо-физиологические особенности половой функции женщин и мужчин; психология и физиология половой жизни; сексуальное поведение и роль личностных особенностей в его формировании; сексуальное и межличностное общение супругов, семейные ролевые позиции; социогенные и психогенные причины развития сексуальной дезадаптации супружеской пары. Кроме того, супругам предлагали чтение научно-популярной литературы по вопросам секса.

После занятий пациентов обучали проведению опосредованного корригирующего самоанализа, задачами которого были выработка критического отношения к себе, своему поведению и создание «опорных пунктов», используемых для последующей рациональной психотерапии.

Целью рациональной психотерапии была выработка у пациентов негативного отношения к их нарушенному полоролевому поведению, что достигалось при помощи разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения. При формировании новых полоролевых установок рациональную психотерапию дополняли библиотерапией.

На следующем этапе коррекции мы проводили полоролевой психосексуальный тренинг. Его задачей являлась ликвидация нарушения полоролевого поведения, которое, как было сказано выше, проявлялось в виде трансформации или гиперролевого поведения и обуславливало развитие полоролевой формы сексуальной дезадаптации супругов. Перед проведением тренинга мы изучали анамнестические данные с целью установления давности возникновения отклонения, а также этапа, стадии и фазы психосексуального развития, на котором оно предположительно произошло. Затем исследовали факторы (психогенный, социогенный), которые привели к изменениям в поведении. И наконец, на заключительном этапе выясняли состояние у супругов платонического, эротического и сексуального либидо, а также сексуальной установки и типа сексуальной мотивации.

Полоролевой психосексуальный тренинг состоял из пяти последовательных частей.

Первая часть (информационно-разъяснительная) осуществлялась в виде индивидуальных и групповых бесед с супругами, во время которых их информировали о правильном полоролевом поведении, используя при этом рациональную психотерапию. Во второй части (психологической аверсии) методами рациональной психотерапии вырабатывали негативное отношение пациента (пациентки) к своему измененному полоролевому поведению с применением методов внушения и самовнушения. В третьей (реконструктивной) части тренинга, проводимой в форме индивидуальных и групповых рациональных бесед, формировались правильные полоролевые установки. Задачей

четвертой части была выработка у супругов навыков правильного полоролевого поведения.

В заключение в индивидуальных и парных супружеских беседах проводилась поддерживающая психотерапия с целью закрепления выработанного правильного полоролевого поведения супругов. В курс поддерживающей психотерапии входили, кроме того, чтение литературы, посещение Музея сексуальных культур мира, а также повторные посещения супругов через 3, 6 и 12 месяцев, причем при необходимости использование того или иного метода психотерапии повторялось.

Продолжительность курса психотерапии была различной. Первый этап занимал в среднем от 2 до

4 недель при частоте занятий 2–3 в неделю. Общий курс терапии составлял 8–12 занятий. Второй этап осуществлялся за 6–10 занятий — в зависимости от исходной информированности супругов в вопросах психогигиены половой жизни, формы, продолжительности, причин измененного поведения, а также от индивидуальных особенностей личности пациентов.

В результате проведения предложенной системы психотерапевтической коррекции полоролевой формы сексуальной дезадаптации супругов в дебюте их половой жизни сексуальная гармония была достигнута у 72±7% супружеских пар, у остальных наступило значительное улучшение.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Васильченко Г.С.* Сексопатология: Справочник. — М.: Медицина, 1990. — 487 с.
2. *Кристал В.В., Григорян С. Р.* Сексология. — Харьков: Акад. сексол. исслед., 1999. — 1152 с.
3. *Калмыкова Е.С.* Психологические проблемы первых лет супружеской жизни // Психология семьи. — Самара: Бахрах, 2002. — С. 474–485.
4. *Алешина Ю.Е.* Цикл развития семьи: исследования и проблемы // Там же. — С. 92–110.
5. *Кочарян А.С.* Личность и половая роль. — Харьков: Основа, 1996. — 127 с.
6. *Szondi L.* Lehrbuch der experimentellen triebdiagnostik. — Bern und Stuttgart: Verlag H. Huber, 1960. — 269 S.
7. *Heilbrun A.B.* Human sex role behavior. — N.Y.: Pergamonpress, 1981. — 207 p.
8. *Минухин А.С.* Полоролевая форма сексуальной дезадаптации: причины, механизмы развития, клинические проявления // Укр. вісник психоневрології. — 2004. — Т. 12, вип. 1. — С. 30–32.

Поступила 18.10.2005

#### PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SEX-ROLE FORM OF SEXUAL DEADAPTATION IN THE DEBUT OF SEXUAL LIFE

A.S. Minukhin

#### S u m m a r y

An effective scheme of psychotherapeutic correction of sexual deadaptation developing in the debut of the sexual life due to disorders of sex-role behavior in one or both spouses is presented.