

ПСИХОТЕРАПИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ ФОРМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ПОЛОВОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Доцент В.Г. МАРЧЕНКО

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлена разработанная автором система психотерапии коммуникативной дезадаптации супругов при девиантном сексуальном поведении жен, страдающих органическим расстройством личности. Предложенная система апробирована с хорошим терапевтическим эффектом у дезадаптированных супружеских пар с измененным половым предпочтением у жен.

Проблема нарушения супружеской адаптации рассматривается во многих отечественных и зарубежных работах, в которых исследуются расстройства сексуальной функции при различных психогенных и соматогенных заболеваниях [1–4]. Однако супружеская, в том числе сексуальная, дезадаптация при девиантном сексуальном поведении — изменении полового предпочтения у жены, страдающей органическим расстройством личности, — является неизученным аспектом данной проблемы. Это и определило цель настоящего исследования — изучить механизмы развития сексуальной дезадаптации супругов вследствие изменения полового предпочтения у женщин с органическим расстройством личности.

Были обследованы с помощью системно-структурного анализа сексуального здоровья 29 супружеских пар, в которых у жен отмечалось изменение полового предпочтения. У 8 женщин имела место эфебофилия, у 7 — мазохизм, у 5 — эксгибиционизм, у 5 — зоофилия и у 4 — вуайеризм.

Для всех больных были характерны постоянные и/или периодически возникающие интенсивное сексуальное влечение и фантазии, в которых фигурировали необычные объекты и формы проявления половой активности, и женщины поступали в соответствии с этим влечением либо, не удовлетворяя его, испытывали значительный дистресс.

При эфебофилии постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение пациентки отдавали подросткам, при мазохизме — испытывали сексуальное удовлетворение только при половом акте, сопровождающемся физическим страданием, унижением. У женщин с вуайеризмом периодически возникало стремление подглядывать за людьми, которые занимаются сексом, что вызывало у них половое возбуждение и сопровождалось мастурбацией. При эксгибиционизме пациентки получали сексуальное удовлетворение при обнажении тела — они мастурбировали, воздействуя в основном на клитор, и достигали оргазма, если партнер при этом наблюдал за ними. Женщины с зоофилией практиковали куннилингус с собаками и кошками.

В тех случаях, когда мужа знали о сексуальном предпочтении своих жен, у них возникали невротические реакции и снижение сексуальной функции

относительного характера, они думали о разводе или делали попытки развестись.

Проведенный нами системно-структурный анализ сексуального здоровья супругов [5] позволил установить имеющееся во всех случаях сочетанное стержневое поражение психологического, социально-психологического компонентов и кортикальной (нейрорегуляторной) составляющей анатомо-физиологического компонента как непосредственную причину нарушения сексуального поведения женщин и супружеской дезадаптации. На этом основании нами был применен в качестве основного метода психотерапевтической коррекции эмоционально-волевой тренинг [6], модифицированный для нашего контингента больных.

Тренинг проводили в несколько этапов. Первый, диагностический, этап был посвящен изучению личностных черт пациенток для того, чтобы адаптировать используемые методы психической регуляции к их индивидуальным особенностям. Второй этап начинался с обучения успокаивающим упражнениям, и после их усвоения пациентки переходили к мобилизующим упражнениям. На третьем этапе тренинга пациентки продолжали выполнять упражнения самостоятельно, т.е. переходили к аутотренингу.

Мобилизующее самовнушение — это формирование установки на активное самосовершенствование. Формулы самовнушения подсказывает пациенту психотерапевт. Основные принципы аутотренинга состоят в следующем.

1. Самовнушение должно иметь положительное содержание, которое является более действенным, чем отрицательное.

2. Самовнушение надо проводить несколько раз в день в одно и то же время: проводится утреннее (при пробуждении, не вставая, в течение 5–10 мин) и вечернее самовнушение (перед засыпанием, лежа, также в течение 5–10 мин).

3. Самовнушение должно проводиться постоянно, настойчиво, надо верить в его эффективность, потенцировать в себе эту веру.

Содержание четвертого этапа эмоционально-волевого тренинга имеет целью выработку с помощью самовнушения «внутреннего фильтра», препятствующего совершению импульсивных поступков и дей-

ствий. При этом должна соблюдаться определенная последовательность аутотренинга: пациентка предварительно представляет себе упражнение, мысленно проговаривая его с применением слов-самоприказов, затем выполняет упражнения с использованием самоприказов, а под конец проводит отчет — самооценку тренировки.

Чтобы система самовнушений стала привычной и пациентка могла руководить собой в любой ситуации, необходимо перед каждой тренировкой проводить индивидуальную настройку, обеспечивая достижение нужного эмоционального состояния. Эмоционально-волевой тренинг может включать также настройку на предполагаемую конкретную ситуацию.

Пятый этап эмоционально-волевого тренинга — развитие волевых качеств. На этом этапе мы совместно с пациенткой составляли план выработки черт характера, необходимых для нормальной жизни и деятельности, — психологическую модель. Шестой этап посвящен совершенствованию выработанных черт методом самовнушения.

Эмоционально-волевой тренинг следует проводить систематически. Умение руководить своим психическим состоянием требует постоянного совершенствования. С каждым этапом аутотренинга самовоздействия усложняются. Самовоспитание должно быть направлено, с одной стороны, на достижение положительных результатов, потенцирование волевых качеств, с другой — на устранение отрицательных черт характера. Эта работа может проводиться по разработанной на пятом этапе тренинга оптимальной психологической модели.

В курс психотерапии коммуникативной формы сексуальной дезадаптации супругов, обусловленной девиантным сексуальным поведением жены, мы включаем ориентационный психосексуальный тренинг, применяемый для нормализации направленности полового влечения по объекту, возрасту и полу, т.е. для ликвидации перверсий [5].

Сексуальные перверсии характеризуются не только наличием у больных патологического полового влечения, но и нарушением структуры межличностного взаимодействия. Это диктует необходимость включения в систему психотерапевтической коррекции помимо методов описанной выше аутогенной тренировки и активного самовнушения также рациональной, гипносуггестивной, групповой, ролевой, поведенческой и эстетопсихотерапии.

Ориентационный психосексуальный тренинг представляет собой систему коррекции, состоящую из трех компонентов.

Первый компонент — когнитивный, задачей которого является формирование здоровой психологической установки, состоит из двух этапов. Первый из них — повышение уровня знаний пациента в области межличностного общения (адекватного отражения и взаимопонимания), культуры межличностных отношений. Он предусматривает проведение цикла бесед и лекций, в которых эти проблемы освещаются в доступной пациентам форме. Второй этап — повышение уровня осведомленности пациентов в вопросах

психогигиены половой жизни. Проводится он в форме индивидуальных и групповых психотерапевтических бесед, в которых супругам разъясняются причины и сущность имеющейся у них сексуальной дезадаптации, показываются конкретные пути ее коррекции. Это в значительной мере подготовительный этап, на котором создаются предпосылки для проведения последующей направленной, строго индивидуализированной психотерапевтической коррекции.

Второй компонент — аффективный — имеет целью изменение эмоционально окрашенного ценностного отношения и установки больной на сексуальную перверсию. Он также проводится в два этапа. Первый — выработка у женщин негативного отношения к перверсии, отрицательной условно-рефлекторной реакции и чувства отвращения не только к самой перверсии, но и к соответствующим эротическим переживаниям и платоническому влечению. Это достигается с помощью методов убеждения, гипносуггестии, активного самовнушения, аутогенной тренировки и эмоционально-стрессовой психотерапии. Вторым этапом — создание сексуально-психологического вакуума, выработка спокойного, безразличного, равнодушного отношения к объекту перверсии. Проводится методами рациональной психотерапии, гипносуггестии, аутогенной тренировки, активного самовнушения.

Конативный компонент ориентационного психосексуального тренинга проводится, в отличие от первых двух его компонентов и эмоционально-волевого тренинга, не только с больными женщинами, но и с их мужьями. Задачей этого компонента является оптимизация сексуально-поведенческих реакций при общении с лицами противоположного пола. Он осуществляется в три этапа. Первый этап — психологический тренинг — имеет целью формирование навыков общения и эстетического восприятия лиц противоположного пола. При этом применяются рациональная, поведенческая и эстетопсихотерапия, гипносуггестия и аутогенная тренировка. На данном этапе целесообразно использовать не только индивидуальную, но и групповую психотерапию. Вторым этапом — сексуально-поведенческий тренинг, задачей которого является формирование установки на гетеросексуальный контакт с учетом состояния у пациентов платонической, эротической и сексуальной составляющих полового влечения. Проводится в форме парной психотерапии, что обеспечивает выбор оптимального сексуального поведения и закрепления психологических и физиологических установок на гетеросексуальный контакт. Третий этап, на котором поддерживается и подкрепляется достигнутый уровень общения и сексуального поведения, осуществляется в форме индивидуальных и совместных собеседований с супругами.

Для повышения сексуально-эротической адаптации супругов мы использовали также методику сексуально-эротического тренинга [5].

Проведению тренинга предшествует обследование супругов с помощью карты эрогенных зон: выявление этих зон, физиологических реакций при воздействии на них и выяснение психологической приемлемости воздействия на ту или иную эрогенную зону.

Но следует отметить, что сексуально-эротический тренинг имеет ряд противопоказаний, а именно: низкий уровень социальной и психологической адаптации супругов; неправильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни; психологическая неприемлемость проведения указанного обследования; нарушение полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. Поэтому прежде чем проводить сексуально-эротический тренинг, необходимо нормализовать уровень социальной и психологической адаптации супругов, повысить их осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни, нормализовать полоролевого поведения и психосексуальную ориентацию. У наших пациентов мы проводили этот тренинг в последнюю очередь, после эмоционально-волевого и ориентационного психосексуального тренинга.

Сексуально-эротический тренинг также проводится последовательно, в несколько этапов. Первый из них — информационно-разъяснительный, на котором супругов в индивидуальных и групповых беседах информируют о сексуальных физиологиче-

ских реакциях при воздействии на эрогенные зоны, об их анатомио-физиологических особенностях, о психофизиологии половой жизни и технике полового акта. На втором этапе на индивидуальных и парных (супружеских) занятиях у супругов вырабатывается новая установка на проведение полового акта. Третий этап — тренинг сексуальных реакций, научение супругов правильному воздействию на эрогенные зоны друг друга и адекватной технике полового акта, в результате чего они находят оптимальную форму сексуальных контактов. На четвертом этапе в индивидуальных и парных беседах выработанное оптимальное сексуальное поведение закрепляется.

Разработанная система психотерапии коммуникативной формы сексуальной дезадаптации супругов при изменении полового предпочтения у жен, страдающих органическим расстройством личности, дает возможность добиться нормализации сексуального поведения больших, межличностных отношений супругов и их половой жизни у 21 супружеской пары (72±8%), что, как нам представляется, можно считать хорошим терапевтическим эффектом.

Литература

1. Карнеги Д. Как завоевывать друзей / Пер. с англ.— Донецк: Сталкер.— 2003.— 560 с.
2. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний.— М.: Медицина, 1991.— 336 с.
3. Сапрыкин А.В. Сексуальная дисгармония при слабой половой конституции у одного из супругов // Междунар. мед. журн.— 1998.— Т.4, № 4.— С. 60–61.
4. Скрипников А.М. Развитие сексуальной дисгармонии супружеской пары при эпилептоидной психопатии у мужчин // Пробл. экол. и мед.— 1998.— № 1–2.— С. 94–95.
5. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология.— М.: Пер Се, 2002.— 879 с.
6. Эмоционально-волевая подготовка спортсменов / Под ред. А.Т. Филатова.— К.: Здоров'я, 1982.— 296 с.

Поступила 03.02.2004

PSYCHOTHERAPY FOR COMMUNICATIVE FORM OF SEXUAL DEADAPTATION AT CHANGES IN SEXUAL PREFERENCE IN WOMEN WITH ORGANIC PERSONALITY DISORDERS

V.G. Marchenko

Summary

The original system of psychotherapy for communicative deadaptation of spouses at deviant sexual behavior of wives with organic personality disorders is presented. The suggested system has been tested with a good therapeutic effect in deadapted married couples with changed sexual preference in wives.