

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ КОММУНИКАТИВНОЙ ФОРМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У МУЖЧИН С ОРГАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ И ИЗМЕНЕНИЕМ ПОЛОВОГО ПРЕДПОЧТЕНИЯ

Канд. мед. наук Е. П. ФЕДОТОВА

PSYCHOCORRECTION OF COMMUNICATIVE SEXUAL DYSADAPTATION IN MEN WITH ORGANIC PERSONALITY DISORDERS AND CHANGES OF SEXUAL PREFERENCE

E. P. FEDOTOVA

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

Представлена разработанная автором система психотерапии коммуникативной формы сексуальной дезадаптации супругов при девиантном сексуальном поведении мужчин с органическим расстройством личности. Предложенная система апробирована с хорошим терапевтическим эффектом у дезадаптированных супружеских пар, в которых у мужей наблюдалось изменение полового предпочтения.

Ключевые слова: мужчины, органическое расстройство личности, изменение полового предпочтения, психокоррекция.

The original system of psychotherapy for communicative sexual dysadaptation of spouses at deviant sexual behavior of men with organic personality disorders is presented. The proposed system was tested with a good therapeutic effect in dysadapted married couples, in which the husband had changes of sexual preference.

Key words: men, organic personality disorder, changes of sexual preference, psychocorrection.

Супружеская дезадаптация при различных расстройствах личности у одного из супругов, ее генез и клинические проявления освещены в ряде работ, опубликованных в нашей стране и за рубежом [1–4]. В то же время сексуальная дезадаптация при сексуальных перверсиях у больных с органическим расстройством личности остается неизученной. В частности, это касается такой распространенной при личностных расстройствах формы нарушения супружеской адаптации, как коммуникативная. В связи с отсутствием сведений об этом аспекте нарушения сексуального здоровья при указанной патологии не разработана и его психотерапевтическая коррекция.

С целью восполнить этот пробел нами были изучены механизмы развития и клиника сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой у мужа имеет место изменение полового предпочтения.

Методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [5] были обследованы 23 супружеские пары, в которых у мужей отмечались изменения полового предпочтения, а именно: у 5 человек — педофилия, у 5 — садомазохизм, у 8 — эксгибиционизм, у 3 — вуайеризм и у 2 — фроттеризм.

Больные постоянно или периодически испытывали интенсивное сексуальное влечение к не-

бычным объектам и формам половой активности, и если не удовлетворяли его, испытывали значительный дистресс. Характерны были для них и сексуальные фантазии на те же темы.

Пациенты с эфебофилией постоянно или в большинстве случаев отдавали сексуальное предпочтение девочкам 8–11 лет. При садомазохизме испытывали сексуальное удовлетворение только если во время полового акта причиняли физические страдания или унижения партнерше либо испытывали их сами. Мужчины с вуайеризмом подглядывали за людьми, занимающимися сексом, что вызывало у них половое возбуждение и сопровождалось мастурбацией. При эксгибиционизме пациенты получали сексуальное удовлетворение, обнажая половой член и мастурбуя перед посторонними людьми.

У женщин, которые знали о девиантном сексуальном поведении своих мужей, возникали невротические реакции и наблюдалось снижение сексуальной функции относительного характера, они думали о разводе или делали попытки развестись.

Проведенный нами системно-структурный анализ сексуального здоровья показал, что причиной нарушения сексуального поведения мужчин и сексуальной дезадаптации супругов во всех случаях явилось сочетанное стержневое поражение

психологического, социально-психологического компонентов и нейрорегуляторной составляющей анатомо-физиологического компонента. Это послужило основанием для применения в качестве основного метода психотерапевтической коррекции эмоционально-волевого тренинга [6], модифицированного нами для нашего контингента больных.

Перед началом тренинга, на диагностическом этапе, мы изучали личностные черты пациентов, что давало возможность применять методы психической регуляции с учетом их индивидуальных особенностей. Тренинг начинали с обучения успокаивающим упражнениям, и после того как они были усвоены, пациенты переходили к мобилизирующим упражнениям. Затем они продолжали выполнять эти упражнения самостоятельно, т. е. переходили к аутотренингу.

Задача мобилизующего самовнушения — формирование установки на активное самосовершенствование. Формулам самовнушения пациента обучает психотерапевт. При этом больной должен соблюдать следующие основные принципы. Самовнушение должно иметь положительное содержание, которое является более действенным, чем отрицательное. Самовнушение необходимо проводить несколько раз в день в одно и то же время, причем обязательно утреннее самовнушение — при пробуждении, не вставая, в течение 5–10 мин, и вечернее — перед засыпанием, лежа, также в течение 5–10 мин. Его следует проводить постоянно, настойчиво, веря в его эффективность и потенцируя в себе эту веру.

На следующем этапе эмоционально-волевого тренинга с помощью самовнушения должен быть выработан «внутренний фильтр», препятствующий совершению импульсивных поступков и действий. При этом соблюдается определенная последовательность аутотренинга: пациент предварительно представляет себе упражнение, мысленно проговаривая его с применением слов-самоприказов; затем выполняет упражнения с использованием самоприказов, а под конец проводит отчет-самооценку тренировки. Для того чтобы практика самовнушения стала привычной и пациент мог руководить собой в любой ситуации, он должен перед каждой тренировкой проводить индивидуальную настройку, достигая нужного эмоционального состояния. Возможна и настройка на предполагаемую конкретную ситуацию.

Следующий (четвертый) этап эмоционально-волевого тренинга имеет целью развитие волевых качеств. На этом этапе мы совместно с пациентом составляем план выработки черт характера, необходимых для нормальной жизни и деятельности, — психологическую модель. Наконец, последний этап тренинга посвящен совершенствованию выработанных черт с помощью метода самовнушения.

Мы убеждаем своих пациентов в том, что 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. Этого можно достигнуть, используя разработанную на четвертом этапе тренинга оптимальную психологическую модель.

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

Сексуальные перверсии характеризуются не только наличием у больных патологического полового влечения, но и нарушением структуры межличностного взаимодействия [7]. В связи с этим мы считаем необходимым включение в систему психотерапевтической коррекции помимо описанной выше аутогенной тренировки активного самовнушения, ориентационного психосексуального тренинга, при котором используются методы рациональной, гипносуггестивной, групповой, ролевой, поведенческой и эстетопсихотерапии.

Ориентационный психосексуальный тренинг состоит из трех компонентов. Первый из них — информационный, посвящен формированию новой, здоровой психологической установки, состоит из двух этапов. Задача первого этапа — повышение уровня знаний пациентов в области межличностного общения (адекватного отражения и взаимопонимания), культуры межличностных отношений, что достигается с помощью цикла бесед и лекций, в которых эти вопросы освещаются в доступной пациентам форме. Содержание второго этапа — повышение осведомленности больных в области психогигиены половой жизни. На этом этапе проводятся индивидуальные и групповые психотерапевтические беседы, в которых мы разъясняем супругам причины и сущность имеющейся у них сексуальной дезадаптации, показываем возможность и конкретные пути ее коррекции. По существу — это подготовительный этап, на котором создаются предпосылки для проведения последующей направленной, строго индивидуализированной коррекции психосексуальной ориентации.

Второй компонент ориентационного психосексуального тренинга — эмоциональный — имеет своей задачей изменение эмоционально окрашенного ценностного отношения и установки больного на сексуальную перверсию. Он также состоит из двух этапов. Первый заключается в выработке у пациента негативного отношения к своему перверсному сексуальному поведению, отрицательной условнорефлекторной реакции и чувства отвращения не только к самой перверсии, но и к соответствующим эротическим переживаниям и платоническому влечению. При этом ис-

пользуются методы убеждения, гипносуггестии, активного самовнушения, аутогенной тренировки и эмоционально-стрессовой психотерапии. На втором этапе информационного компонента тренинга должен быть создан сексуально-психологический вакуум, выработано спокойное, безразличное, равнодушное отношение к объекту перверсии. Это достигается с помощью методов рациональной психотерапии, гипносуггестии, аутогенной тренировки, активного самовнушения.

Третий — поведенческий компонент тренинга, в отличие от первых двух его компонентов и эмоционально-волевого тренинга, проводится не только с больными мужчинами, но и с их женами. Его задачей является оптимизация сексуально-поведенческих реакций больных при общении с лицами противоположного пола. Она решается в три этапа. Первый из них — психологический тренинг, посвящен формированию навыков общения и эстетического восприятия женщин. С этой целью применяются рациональная, поведенческая и эстетопсихотерапия, гипносуггестия и аутогенная тренировка, причем целесообразно использовать не только индивидуальную, но и групповую психотерапию. На втором этапе данного компонента проводится сексуально-поведенческий тренинг, задачей которого является формирование установки на нормальный сексуальный контакт с учетом состояния у пациента платонической, эротической и сексуальной составляющих полового влечения. Проводится он в форме парной психотерапии, что обеспечивает выбор оптимального сексуального поведения и закрепления психологических и физиологических установок на нормальный контакт. Третий, поддерживающий этап, на котором закрепляется достигнутый уровень общения и сексуального поведения, осуществляется в форме индивидуальных и совместных собеседований с супругами.

Для нормализации сексуально-эротической адаптации супругов мы использовали также методику сексуально-эротического тренинга [5]. Ему предшествует обследование супругов с помощью карт эрогенных зон: выявление этих зон, физиологических реакций при воздействии на них и выяснение психологической приемлемости воздействия на ту или иную эрогенную зону. Метод сексуально-эротического тренинга имеет, как известно, ряд противопоказаний, которыми являются низкий уровень социальной и психо-

логической адаптации супругов; неправильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни; психологическая неприемлемость проведения указанного обследования; нарушение полоролевого поведения и имеющееся у всех наших пациентов нарушение психосексуальной ориентации. Поэтому мы проводили сексуально-эротический тренинг после нормализации у находившихся под наблюдением супругов уровня социальной и психологической адаптации, повышения их осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни и нормализации психосексуальной ориентации, т. е. в последнюю очередь, после эмоционально-волевого и ориентационного психосексуального тренинга.

Как и описанные выше психотерапевтические методы, сексуально-эротический тренинг проводился последовательно в несколько этапов. На первом из них — информационно-разъяснительном, супругов в индивидуальных и групповых беседах информировали о сексуальных физиологических реакциях при воздействии на эрогенные зоны, об их анатомо-физиологических особенностях, о психофизиологии половой жизни и технике полового акта. На втором этапе проводили индивидуальные и парные (супружеские) занятия, на которых у супругов вырабатывали новую установку на проведение полового акта. Третьим этапом был тренинг сексуальных реакций, научение супругов правильному воздействию на эрогенные зоны друг друга и адекватной технике полового акта с целью выработки оптимальной формы сексуальных контактов. На четвертом, поддерживающем этапе в индивидуальных и парных беседах достигнутое оптимальное сексуальное поведение закреплялось.

В результате осуществления описанной психотерапии коммуникативной формы сексуальной дезадаптации супругов при изменении полового предпочтения у мужчин, страдающих органическим расстройством личности, был получен достаточно высокий для данного вида нарушения сексуального здоровья терапевтический эффект: нормализация сексуального поведения больных, межличностных отношений супругов и их половой жизни была достигнута у 17 из супружеских пар, т. е. у 74±9%. Это дает основание рекомендовать использование разработанной системы психокоррекции в клинической практике.

Л и т е р а т у р а

1. *Володин В. С.* Основы медицинской сексологии.— М.: Логос, 2003.— 240 с.
2. *Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний.— М.: Медицина, 1991.— 336 с.
3. *Кэлли Гэри Ф.* Основы современной сексологии.— СПб.: Питер, 2000.— 896 с.
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.: Per Se, 2002.— 879 с.
6. Эмоционально-волевая подготовка спортсменов / Под ред. А. Т. Филатова.— Киев: Здоров'я, 1982.— 296 с.
7. *Кон И. С.* Введение в сексологию.— М.: Медицина, 1989.— 336 с.

Поступила 17.07.2007