УДК 616.891.8-08

КУРАЦИЯ КОНСТИТУЦИОНАЛЬНОЙ ФОРМЫ ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Доц. Н. В. ГАВЕНКО

MANAGEMENT OF CONSTITUTIONAL PRIMARY SEXUAL DEADAPTATION IN WOMEN WITH NEUROTIC DISORDERS

N. V. GAVENKO

Харьковский национальный медицинский университет

Разработана система лечебно-коррекционных мероприятий с целью оптимизации лечебной помощи при конституциональной форме первичной сексуальной дезадаптации у женщин с невротическими расстройствами. Показано, что основным методом коррекции конституционального несоответствия является сексуально-эротический тренинг, направленный на расширение диапазона приемлемости супругов за счет экстракоитальных форм сексуальной активности и оптимизацию сексуальной коммуникации.

Ключевые слова: конституциональная форма первичной сексуальной дезадаптации, невротические расстройства, психотерапия.

A system of therapeutic corrective measures aimed at optimization of medical aid at constitutional primary sexual deadapttation in women with neurotic disorders was worked out. It was shown that the main method of constitutional discrepancy correction was sexual erotic training with the purpose to expand the range of spouse acceptance on the account of extracoital forms of sexual activity and optimization of sexual communication.

Key words: constitutional primary sexual deadaptation, neurotic disorders, psychotherapy.

Различные виды сексуальной дезадаптации, в том числе ее конституциональной формы, были выделены представителями научной школы В. В. Кришталя [1–3]. Особенности курации конституционального несоответствия были рассмотрены в контингентах брачных партнеров с нарушением сексуальной коммуникации [4], у мужчин с невротическими расстройствами [5], у дезадаптированных молодоженов [6] и пр. Анализ публикаций, посвященных вопросам психотерапии конституциональной дезадаптации, позволил сформулировать ряд обобщений, имеющих существенное значение для нашего исследования.

Во-первых, все системы терапии, заявленные как «исключительно психотерапевтические», формально таковыми не являются. Данный вывод основан на том, что в объем курации всеми авторами включена мощная медикаментозная терапия: витаминотерапия; препараты, активирующие рефлекторную деятельность спинного мозга и повышающие тактильную чувствительность [3]; глицерофосфат кальция, фитин, апилак, пантокрин, стрихнин, дуплекс, секуринин, настойки женьшеня, лимонника, аралии, экстракт элеутерококка, витамины Е, РР, группы В, виагра, пенигра, префизон [7]. Медикаментозная терапия во всех системах курации облигатно сочетается с физиотерапией и рефлексотерапией; психотерапия представляется как вторичный, потенцирующий медикаментозное лечение метод [3, 7].

Во-вторых, во всех опубликованных системах лечения терапевтические мероприятия имели целью «активизировать половую жизнь» пациента со слабой половой конституцией [3, 7]. Таким образом, эти системы были ориентированы не на использование адаптационного ресурса пары, а на «улучшение» сексуальных характеристик партнера с лимитированным диапазоном сексуального реагирования и приспособления. В этой связи уместно отметить, что слабая половая конституция не является ни дисфункцией, ни расстройством, ни болезнью, а значит, формально не подлежит психотерапии или любой иной «коррекции».

Под половой конституцией в классической сексологии понимается «совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе; половая конституция лимитирует диапазон индивидуальных потребностей и характеризует индивидуальную сопротивляемость в отношении патогенных факторов, обладающих избирательностью к половой сфере» [8].

Конституциональное несоответствие в паре фактически означает существенную ограниченность или даже невозможность самостоятельного полноценного сексуального функционирования и приспособления друг к другу лиц с различными лимитированными сексуальными возможностями и потребностями. «Лечение» лица со слабой половой конституцией, направленное на систематический выход за пределы конституционального лимита с помощью различных стимуляторов (химических, физических и пр.), не имеет перспектив в долгосрочном и даже в среднесрочном прогнозе. Ни одна живая система не функционирует в состоянии постоянного возбуждения и перевозбуждения. Неизбежно наступает истощение индивидуального адаптационного ресурса, и можно предсказать повторные проявления дезадаптации. Ни один стимулятор не может изменить слабую половую конституцию на сильную и, следовательно, не разрешает полового конституционального конфликта в паре.

Цель данного исследования — оптимизация лечебной помощи при конституциональной форме первичной сексуальной дезадаптации у женщин с невротическими расстройствами.

В исследование были включены 30 супружеских пар с первичной конституциональной сексуальной дезадаптацией. Верификация сексологического диагноза основывалась на следующих критериях:

1) наличие у брачных партнеров крайних полярных вариантов половой конституции (сильной и слабой);

2) наличие выраженной и устойчивой психосексуальной неудовлетворенности у одного или у обоих супругов на протяжении последних 6 мес;

3) наличие симптомов нарушения одной или нескольких фаз копулятивного цикла у одного или у обоих супругов на протяжении последних 6 мес;

4) наличие специфических форм реагирования супругов на факт сексуальной дезадапатации (фиксация дезадаптивного стереотипа, редукция половой активности, блокада сексуальных отношений, появление/усиление фантазирования на тему альтернативных (внебрачных) способов реализации полового влечения, реальная внебрачная сексуальная активность, возврат к добрачным формам самоудовлетворения);

5) невозможность супругов самостоятельно сексуально адаптироваться друг к другу или достигнуть ранее существовавшего уровня сексуальной адаптации на протяжении последних 6 мес;

6) сексуальная дезадаптация является анозогенной, то есть не выступает следствием нарушения сексуальной функции у одного или обоих супругов, вызванного каким-либо соматическим или психическим заболеванием.

По преобладающему характеру полоконституционального сочетания пациенты были разделены на две подгруппы. В первую вошли 20 супружеских пар (66, 6±4%), у которых наблюдалось сочетание слабого типа половой конституции у мужа с ее сильным типом у жены. Вторую подгруппу составили 10 супружеских пар (33,4±3%) с сочетанием слабого типа половой конституции у жены с ее сильным типом у мужа.

В соответствии с критериями МКБ-10 у большинства женщин первой подгруппы (70%) и у всех женщин второй подгруппы был установлен диагноз «Неврастения» (F48.0); у 30% женщин первой подгруппы — диагноз «Диссоциативное расстройство» (F44). В среднем по группе продолжительность невротического расстройства составила 4,8±2 мес; продолжительность сексуальной дезадаптации — 8,2±4 мес. Сексуальная дезадаптация достоверно во всех случаях предшествовала развитию невротического расстройства ($p < 0,01$) и детерминировала его ($p < 0,01$).

Разработанная нами система лечебно-коррекционных мероприятий состояла из двух базовых уровней — лечения невротического расстройства и коррекции полоконституционального несоответствия. Каждый из уровней был организован в виде последовательно реализуемых этапов. Разрешение полового конституционального конфликта в супружеской паре всегда начиналось с терапии невротического расстройства у жен, которая проводилась с учетом общих и специфических принципов, сформулированных в работах отечественных неврозологов [9, 10].

При проведении медикаментозной терапии невротического расстройства использовались современные препараты, не обладающие выраженным депрессивным эффектом на сексуальную функцию. Основным методом коррекции конституционального несоответствия являлся сексуально-эротический тренинг, направленный на расширение диапазона приемлемости супругов в пределах фактического конституционального лимитирования.

В качестве иллюстрации приведем последовательность осуществляемых лечебных мероприятий при различных полоконституциональных сочетаниях в контингенте женщин с неврастенией.

КОРРЕКЦИЯ ПАР С ПЕРВЫМ ТИПОМ НЕКОМПЛЕМЕНТАРНОГО ПОЛОКОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО СОЧЕТАНИЯ (МУЖ СО СЛАБОЙ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИЕЙ, ЖЕНА — С СИЛЬНОЙ)

Первый базовый уровень: лечение невротического расстройства. Медикаментозная терапия осуществлялась в соответствии со стандартизированными нормами МЗО Украины. Отчетливое улучшение состояния пациенток при стандартной терапии отмечалось уже с первой недели лечения и проявлялось в редукции слабости, вялости, повышенной утомляемости, истощаемости, психомоторной заторможенности, дневной сонливости и эмоциональной реактивной лабильности, достигавшей уровня клинической и статистической достоверной значимости к 14-му дню терапии.

Проводимая на этом этапе патогенетическая индивидуальная личностно-ориентированная психотерапия была направлена на выработку адекватного понимания связи невротического расстройства с основной причиной заболевания и на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией. В нашем исследовании было установлено, что при рассматриваемом полоконституциональном сочетании возникновение невротических реакций у жен обусловливалось повторяющимся в процессе интимного взаимодействия с мужем состоянием сексуальной фрустрированности, отсутствием полноценного сексуального реагирования. Перечисленные факторы достоверно чаще ($p < 0{,}05$) встречались в данной подгруппе.

Медикаментозная терапия и патогенетическая психотерапия сочетались с гипнотерапией. Применялся пролонгированный гипноз в группе пациенток по методике М. Э. Телешевской [9]. Выбор варианта гипносуггестивной терапии (седативной, стимулирующей, мотивированной) определялся характером основных клинических проявлений, особенностей конфликтных переживаний, динамики расстройства. Критическое улучшение состояния пациенток создавало необходимые предпосылки для проведения дальнейших коррекционных мероприятий.

Второй базовый уровень: коррекция полового конституционального несоответствия. Данный уровень включает в себя несколько этапов.

Задачи первого этапа:

— повышение уровня информационной компетентности супругов в области нормативного сексуального функционирования и взаимодействия;

— преформация сложившихся в паре неадекватных сексуальных реакций и способов оценки сексуального взаимодействия;

— дискредитация сложившихся в паре неконструктивных типов компенсаторного реагирования супругов на факт сексуальной дезадаптации;

— формирование у супругов установки на принятие новых форм сексуального взаимодействия.

На первом этапе коррекции супруги обучались навыкам рационального мышления, адекватного оценивания и реагирования на происходящее с ними. Одной из эффективных техник, применяемой нами на этом этапе, была техника «дискутирования» (оспаривания) иррациональных взглядов [11]. Техника основана на использовании трех подкатегорий оспаривания: детекции, дебатирования и дискриминации. Детекция включает установление и фиксацию дисфункциональных установок, мнений и оценок, характерных как для каждого супруга, так и для пары в целом. Дебатирование представляет собой особым образом организованный поток вопросов, которые задавались каждому из супругов, чтобы помочь им отказаться от имеющихся иррациональных мнений, оценок и убеждений. Информационная терапия проводилась в виде тематических лекций с последующим обсуждением (темы лекций: «Половая конституция человека», «Сексуальное функционирование лиц с различной половой конституцией», «Основные типы компенсаторного реагирования супругов на факт конституционального несоответствия»). В процессе рациональной психотерапии анализировались возможности, пределы и перспективы реально проявленных женщинами стратегий компенсаторного поведения (фиксация дезадапативного стереотипа, количественное и качественное ограничения сексуального стереотипа, блокада сексуальных отношений, возврат к мастурбаторной практике, внебрачная сексуальная активность). Последовательно дискредитировались компенсаторные стратегии, имевшие деструктивную для существования пары направленность.

Основной смысл проводимых на этом этапе терапевтических методов заключается в формировании у пары позитивной терапевтической перспективы, готовности к возобновлению сексуальной коммуникации, в подготовке супругов к предстоящему расширению диапазона приемлемости, а супруга с более слабой половой конституцией — к необходимости освоения упражнений, повышающих сексуальную реактивность.

Задачи второго этапа:

— формирование адаптивной сексуальной мотивации у супругов;

— повышение психологической и сексуальной привлекательности брачного партнера.

Коррекционные действия реализуются применением техники рациональной психотерапии и гипномоделирования. Этап завершается формированием у супругов взаимно-альтруистического типа сексуальной мотивации.

Задачи третьего этапа:

— освоение упражнений, повышающих индивидуальную сексуальную реактивность в пределах конституционального лимита;

— освоение упражнений, повышающих готовность к сексуальному функционированию.

Третий этап проводится раздельно для пациенток и их мужей. Пациентки обучались идентифицировать и регулировать тонус лонно-копчиковой мышцы (m. pubococcygeus) по методике J. Annon [12]. Тренинг указанной мышцы повышает сексуальную возбудимость и способность к оргазму у женщин, редуцирует застойные явления в области малого таза, позволяет усиливать и поддерживать эрекцию у мужа при соитии, а также создавать ему добавочные приятные ощущения, что имеет важное значение для мужчин со слабой половой конституцией.

Мужчины также обучались идентифицировать и регулировать тонус лонно-копчиковой мышцы (m. pubococcygeus) по разработанной методике, что способствовало повышению сексуальной реактивности и готовности к сексуальному функционированию в условиях реального контакта.

Задачи четвертого этапа:

— расширение диапазона приемлемости;

— формирование адаптивного сексуального паттерна.

Четвертый этап начинается конструированием «идеального» для конкретной пары сексуального сценария, который реализуется в сексуально-эротическом тренинге. Особое внимание уделялось планомерному расширению диапазона приемлемости супругов за счет введения в практику экстракоитальных форм сексуальной активности. Супруги осваивали следующие техники: интенсивная стимуляционная мастурбация по С. Кратохвилу [13] с последующей иммиссией и вагинальными фрикциями, сначала в преэякуляторной стадии, а затем и раньше; взаимная синхронная мастурбация без иммиссии, поочередная мастурбация без иммиссии; орально-генитальная стимуляция жены с доведением ее до оргазма; синхронная орально-генитальная стимуляция, завершающаяся взаимным оргазмом без иммиссии; синхронная орально-генитальная стимуляция с последующей иммиссией и вагинальными фрикциями и пр.

Этап считался завершенным при восстановлении сексуального функционирования, сформированности у супругов нового сексуального паттерна, редукции симптомов нарушений копулятивного цикла и стабильного достижения обоюдной психосексуальной удовлетворенности.

КОРРЕКЦИЯ ПАР СО ВТОРЫМ ТИПОМ НЕКОМПЛЕМЕНТАРНОГО ПОЛОКОНСТИТУЦИОНАЛЬНОГО СОЧЕТАНИЯ (МУЖ С СИЛЬНОЙ ПОЛОВОЙ КОНСТИТУЦИЕЙ, ЖЕНА — СО СЛАБОЙ)

Первый базовый уровень: терапия невротического расстройства. Медикаментозная терапия пациенток с неврастенией осуществлялась по стандартам МЗО Украины. Патогенетическая психотерапия была направлена на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальным несоответствием. В нашем исследовании было установлено, что возникновению невротических реакций у женщин второй подгруппы предшествовали следующие факторы: 1) повторяющиеся в процессе интимного взаимодействия упреки мужа в «половой холодности» ($p < 0{,}001$); 2) страх потери мужа и страх прекращения брака из-за собственной «сексуальной неполноценности» ($p < 0{,}001$); 3) мнимые или реальные внебрачные связи мужа ($p < 0{,}001$); 4) агрессивное сексуальное поведение мужа ($p < 0{,}001$). С учетом установленных психогений на данном этапе личностно-ориентированную психотерапию во всех случаях сочетали с техникой эриксоновского гипноза. Данный метод гипноза выделяется среди других тем, что он активно вовлекает пациента в процесс гипнотизирования, в отличие от широко распространенного директивного (авторитарного) гипноза. Методика эриксоновского гипноза основана на принципах утилизации, сотрудничества пациента с психотерапевтом при условии максимальной адаптации последнего к текущему поведению субъекта гипноза [14]. Техника эриксоновского гипноза является комбинированной: в ее основе лежит воздействие слабых монотонных раздражителей (в том числе вербальных) в сочетании с внушением. Причем проводимое внушение не имеет насильственного характера, и, если пациентка замечает то или иное ощущение, она рассматривает его как продукт собственного опыта. Подчинение пациентки внушению используется для подкрепления и углубления трансового состояния. Пациентки второй подгруппы, как правило, зафиксированы на тех или иных неизменных структурах переработки информации. Их сознательные процессы идут по бесконечному замкнутому кругу и в силу этого разобщены с ресурсами бессознательного. Подобная фиксация не допускает гибкой адаптации к изменяющимся потребностям, ситуациям и взаимоотношениям. В трансе же пациентка получает возможность работать с глубинными аспектами проблемного состояния в контексте, повышающем чувство собственной ценности, а затем использовать личностный ресурс для осуществления трансформационных изменений. Это является особенно актуальным для наших пациенток, у которых характерными чертами протекания невротического расстройства являются низкая самооценка, чувство неполноценности, тревожность. Процесс эриксоновской гипнотерапии протекает в контексте высокой личностной значимости пациентки. Целенаправленные внушения, направленные на повышение самооценки и рост самоуважения, позволяют эффективно редуцировать такие симптомы, как чувство вины, ангедонии, общий пессимизм. Обращаясь к внутренним ресурсам больной, как было уже отмечено выше, данная методика ставит своей первостепенной задачей достижение личного роста и готовности осуществлять перемены в интимно-личностном пространстве пары.

Второй базовый уровень: коррекция полового конституционального несоответствия. Задачи этапов коррекции в данном случае полностью совпадают с задачами при коррекции конституционального несоответствия брачных партнеров с первым типом некомплементарного полоконституционального сочетания.

Первый этап. Основные методы реализации задач этого этапа — рациональная психотерапия (техника «дискутирования» (оспаривания) иррациональных взглядов [11]) и информационная терапия. Этап завершается формированием у пары позитивной терапевтической перспективы, готовности к возобновлению сексуальной коммуникации, подготовки супругов к предстоящему расширению диапазона приемлемости, а супруга с более слабой половой конституцией — к необходимости освоения упражнений, повышающих сексуальную реактивность.

Второй этап. Основные методы реализации задач данного этапа — рациональная терапия и гипномоделирование. Этап завершается формированием у обоих супругов взаимно-альтруистического типа сексуальной мотивации.

Третий этап. Основные методы реализации задач данного этапа — развивающие тренинги у женщин со слабой половой конституцией: со-

четанное применение тренинга лонно-копчиковой мышцы (m. pubococcygeus) по методике I. Annon [12] и аутостимуляционного тренинга [15]. Этап завершается формированием навыка сознательного управления тонусом лонно-копчиковой мышцы и навыком получения оргастических ощущений вне сексуального контекста.

Четвертый этап. Основные методы реализации задач данного этапа — сексуально-эротический тренинг: пара планомерно расширяет диапазон приемлемости за счет введения в практику внекоитальных форм сексуального поведения и удовлетворения. В процессе тренинга преодолевается характерная для женщин со слабой половой конституцией стереотипизация сексуального поведения, проявляющаяся в полной или частичной редукции подготовительного периода (избегание поцелуев, общих и генитальных ласк), в пассивности во время коитуса, предпочтении одной сексуальной позы и пр. Этап считается завершенным при восстановлении сексуального функционирования, формировании у супругов нового сексуального поведения, редукции симптомов нарушений копулятивного цикла и стабильного достижения обоюдной психосексуальной удовлетворенности.

Полученные результаты — установление адаптивных сексуальных отношений с брачным партнером в 100% случаев в парах с первым типом некомплементарного полоконституционального несоответствия и в 70% случав в парах со вторым типом — позволяют рекомендовать разработанную терапевтическую систему для внедрения в практику.

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы.

Лечебно-коррекционные мероприятия при конституциональной форме сексуальной дезадаптации супружеской пары в контингенте женщин с невротическим расстройством требуют дифференцированного комплексного подхода, включающего применение медикаментозной терапии, психотерапии и специальных сексуально развивающих программ.

Лечебно-коррекционные мероприятия в предложенной системе реализуются на двух базовых уровнях: на первом проводится лечение невротического расстройства, на втором — коррекция полового конституционального несоответствия.

Целью коррекции является разрешение полового конституционального несоответствия посредством максимального использования адаптационного ресурса пары. Коррекция направлена не на «улучшение» параметров сексуального функционирования партнера с более слабой половой конституцией, а на принятие обоими супругами существующего факта природного лимитирования сексуальных возможностей и потребностей, на оптимизацию сексуального взаимодействия в пределах имеющихся конституциональных ограничений.

Основным методом коррекции конституционального несоответствия является сексуально-эротический тренинг, направленный на расширение диапазона приемлемости супругов за счет экстракоитальных форм сексуальной активности и оптимизацию сексуальной коммуникации. Вспомогательные методы: рациональная и информационная терапия, гипносуггестивная психотерапия, индивидуальные аутостимуляционные и сексуально развивающие тренинги.

Литература

1. *Кришталь В. В.* Конституциональная форма сексуальной дезадаптации // Сексология.— Харьков: Акад. сексол. исслед., 1999.— С. 860–863.
2. *Кришталь В. В. Агишева Н. К.* Сексуальная дезадаптация супругов: причины и классификация // Арх. психиатрии.— 2002.— № 4 (31).— С. 126–128.
3. *Кришталь В. В., Кришталь Є. В., Кришталь Т. В.* Сексологія: Навч. посібник: У 4 ч.— Харків, Фоліо, 2008.— 990 с.
4. *Сапрыкин А. В.* Нарушение сексуальной коммуникации при несоответствии половой конституции у супругов // Арх. психіатрії.— 2002.— №4 (31).— С. 187–189.
5. *Рожков В. С.* Причины и механизмы развития первичных форм сексуальных расстройств при неврозе у мужчин // Арх. клин. и эксперим. медицины.— 1999.— Т. 8, вып. 6.— С. 14–17.
6. *Минухин А. С.* Конституциональная форма сексуально-поведенческой дезадаптации молодоженов // Мед. психология.— 2007.— Т. 2, № 3.— С. 77–81.
7. *Рудницкий Р. И.* Конституциональная форма сексуальной дезадаптации супружеской пары // Вісн. психіатрії та психофармакотерапії.— 2005.— № 1 (7).— С. 27–31.
8. Общая сексопатология: Рук. для врачей / Под. ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977.— 487 с.
9. *Телешевская М. Э.* Неврастения.— К.: Здоров'я, 1988.— 168 с.
10. *Бахтеева Т. Д.* Особенности лечения женщин, больных неврастенией // Україн. вісн. психоневрології.— 2004.— Т. 12, вип. 4 (41).— С. 71–74.
11. *Эллис А., Драйден У.* Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии: Пер. с англ.— СПб.: Речь, 2002.— 352 с.
12. *Annon J.* The behavioral treatment of sexual problems.— Honolulu: Enabling Systems, 1974.— 250 p.
13. *Кратохвил С.* Терапия функциональных сексуальных расстройств.— М.: Медицина, 1985.— 160 с.
14. *Цыганков Б. Д., Тюнева А. И., Былим А. И.* Психические расстройства у жертв насилия и их медико-психологическая коррекция.— М.: Медицина, 2006.— 174 с.
15. *Kline-Graber G., Graber B.* Woman's orgasm. A guide to sexual satisfaction.— N. Y.: Bobbs-Merril, 1975.— 180 p.

Поступила 23.03.2009