

**ИЗБРАННЫЕ  
НАУЧНЫЕ ТРУДЫ  
ПРОФЕССОРА В.В. КРИСТАЛИ**



Харьковская медицинская академия последипломного образования  
Кафедра сексологии и медицинской психологии

**ИЗБРАННЫЕ  
НАУЧНЫЕ ТРУДЫ  
ПРОФЕССОРА В.В. КРИШТАЛЯ**

ХАРЬКОВ  
2011

Избранные научные труды проф. В.В.Кришталь //  
под редакцией проф. Е.В.Кришталь -Харьков,-2011-130с.

Составитель канд. мед. наук В.З.Варибрус

Отпечатано ЧП "Талант Трейдинг",  
г.Харьков, ул. Отакара Яроша-18

## I. МАТЕРИАЛЫ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ И УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ КОНФЕРЕНЦИЙ

### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ\*

В.В. Кришталь, Д.Л. Буртянский

Излагаются условия развития и клинические проявления различных вариантов сексуальной дисгармонии супружеской пары. Показана необходимость индивидуализированного подхода к решению задач психотерапевтической коррекции этих нарушений в зависимости от уровня социально-психологической, сексуально-поведенческой адаптации супругов, степени информированности о нормах, физиологических колебаниях и патологии половой функции, а также от состояния сексуальной функции каждого из супругов. Освещены методологические основы и техника дифференцированной психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии с учетом форм вторичных невротических реакций у супругов.

\*Актуальные проблемы психиатрии: Аннотации докладов юбилейной научно-практической конференции, посвященной 75-летию Воронежской областной клинической психиатрической больницы, 4 июня 1981 года (отв. за выпуск – проф. Л.А. Стукалова). – МЗ РСФСР, Воронежский медицинский институт им. Н.Н. Бурденко, Воронежский областной отдел здравоохранения, Воронежское областное общество невропатологов и психиатров. – Воронеж, 1981. – С.50-51.

## МЕТОДИКА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ\*

В. В. Кришталь

Дисгармонии в супружеских парах диктуют необходимость использования психотерапевтической коррекции, особенно при таких вариантах сексуальной дисгармонии, как социально-психологическая дезадаптация супругов, дезадаптация полового поведения, дезинформационно-оценочный вариант.

При социально-психологической дезадаптации супружеской пары психотерапевтическая коррекция должна представлять собой систему специальных корректирующих воздействий, включающую индивидуальную и коллективно-групповую психотерапию.

Целью индивидуальной психотерапии является ликвидация у супругов негативных эмоциональных тенденций по отношению друг к другу, несоответствия направленности их личности (различие взглядов и интересов, морально-этических и эстетических установок). В задачи коллективно-групповой психотерапии входят оптимизация ролевого поведения супругов, улучшение их межличностных отношений и укрепление семьи. Весь курс лечения проводится в 4 этапа.

1-й этап — информационно-разъяснительный; его задача — повышение уровня культуры межличностных отношений супругов. Этот этап психотерапевтической коррекции проводится в форме специальных индивидуальных и коллективно-групповых бесед (от 1 до 3 бесед), в зависимости от информированности супругов по данному вопросу.

2-й этап — реконструкция установки. Задачей его является формирование новых установок, которые должны привести к взаимной адаптации супружеской пары. Этот этап проводится в форме индивидуальной и групповой психотерапевтической коррекции с помощью методов убеждения, внушения, анонимного обсуждения.

3-й этап — оптимизация отношений.

Его задачей является максимальная адаптация супругов друг к другу путем сближения их ценностных ориентаций, переключения на перспективную деятельность, расширения сферы интересов, нивелирования характерологических особенностей. Данный этап проводится в форме индивидуальной, коллективно-групповой психотерапии и психотерапии супружеской пары, причем используются методы рассудочной психотерапии, библиотерапии, анонимное обсуждение.

4-й этап — поддерживающая психотерапевтическая коррекция, имеющая целью подкрепления достигнутого уровня оптимизации, предупреждение срывов и профилактику дезадаптации.

Психотерапевтическая коррекция супружеской пары при сексуально-поведенческой дезадаптации предусматривает последовательное проведение 5-и этапов.

1-й этап — информационно-разъяснительный, задачей которого является формирование правильного представления супругов о нормальном сексуальном поведении.

2-й этап — это этап индивидуального инструктажа с целью повышения уровня взаимной сексуальной адаптации супружеской пары с учетом индивидуальных особенностей каждого из супругов. Проводится в форме отдельного собеседования с каждым из супругов, направленного на оптимизацию их сексуального поведения.

3-й этап — поисковый тренинг сексуального поведения супружеской пары. В его задачу входит реализация и последовательная оценка различных вариантов сексуального поведения в предварительном периоде, непосредственно во время полового акта и заключительном периоде с целью выбора наиболее оптимальной программы. При этом учитывается характер воздействия психологических (вербальных) раздражителей, специфических (тактильных) и физиологических воздействий на эрогенные зоны, а также внешних условий проведения полового акта.

4-й этап — является закрепляющим тренинг сексуальных реакций, в его задачу входит закрепление благоприятных психологических воздействий и системы условных рефлексов, составляющих модель сексуального поведения.

5-й этап — поддерживающий этап корригирующей психотерапии.

Цель его — подкрепление достигнутой модели оптимального сексуального поведения. Он осуществляется в форме индивидуальных бесед с каждым из супругов, а затем — совместного собеседования.

Психотерапевтическая коррекция супружеской пары при дезинформационно-оценочном варианте сексуальной дисгармонии предусматривает последовательное проведение 4-х этапов.

1-й этап — информационно — разъяснительный.

Его задача — установление сущности информационно-оценочной дезадаптации и правильная информация супружеской пары о норме сексуальных проявлений, об особенностях сексуальной функции и её физиологических колебаниях.

2-й этап — переориентация оценочных установок.

Его задачей является коррекция установок с учетом выясненных оценок и позиций супругов, а также их взаимной адаптации. Данный этап проводится в форме индивидуальной и групповой корригирующей психотерапии.

3-й этап — контрольное собеседование с целью упрочения и потенцирования адекватных, приемлемых для каждого из супругов установок.

4-й этап — поддерживающая психотерапевтическая коррекция, в которую входит анализ ее результатов, обсуждение причин срывов и потенцирование успехов. Осуществляется этот этап в форме индивидуальных бесед с каждым из супругов и совместных собеседований с обоими.

\* Седьмой Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров: Тезисы докладов 26—30 мая 1981 г., Москва — Т. III. — Симпозиумы съезда. — МЗ СССР, Всесоюзное научное общество невропатологов и психиатров. — Москва, 1981. — С.260—262.

## ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ В СЕМЬЕ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИЕЙ\*

Н. К. Агишева, В. В. Кришталь

Наиболее частой причиной нарушений взаимоотношений в семье является сексуальная дисгармония супружеской пары, имеющая значительную распространенность, снижающая уровень социально-психологической адаптации супругов и служащая одним из серьезных препятствий для создания прочной семьи.

В случаях низкого уровня социально-психологической адаптации супругов постоянно происходят внутрисемейные конфликты, нарушение во взаимоотношениях между родителями супругов, что сказывается на воспитании детей. Изучение типов родительского отношения к ребенку показало, что чаще встречается недостаток любви и заботы или гиперопека, что может приводить к невротизации ребенка и его психопатизации.

Степень и выраженность влияния на психическое здоровье детей зависят от их возраста, пола, от характера отношений супругов, количества детей в семье, глубины переживаний и особенностей личности ребенка.

Изучение отношений общения в семье показало, что чаще встречается типология отношений «соперничество» и «изоляция» (по Т.М. Мишиной, 1878), нарушается характер эмоциональных отношений вследствие неправильного взаимного отражения. Возникает дисбаланс компонентов общения, приводящий к нарушению интеракции между членами семьи.

Вышесказанное предопределяет проведение психотерапевтической коррекции, направленной не только на нормализацию сексуальной гармонии, но и на восстановление правильных взаимоотношений в семье.

При проведении семейной психотерапевтической коррекции очень важно выработать тактику взаимоотношений врача и психолога. Мы разделяем мнение Г.Л. Исуриной, М.Ю. Мелик-Парсоданова (1979), что эффективным является ведение психотерапевтической группы пациентов, совместно с врачом и психологом как котерапевтами.

Семейная психотерапевтическая коррекция должна состоять из двух составных частей. Одна — это психотерапевтические мероприятия в отношении супругов, направленные на ликвидацию сек-

суальной дисгармонии и оптимизацию сексуальной жизни. Другая — направленность психотерапии на повышение знаний, умений и навыков в общении между членами семьи, что способствует нормализации взаимоотношений в семье и снятию невротических реакций у детей.

Наиболее адекватными методами психотерапевтической коррекции, в данном случае, является групповая дискуссия, библиотерапия и ролевое разыгрывание ситуаций, которые должны проводиться с учетом следующих этапов психотерапевтического лечения: информационно-оценочного, реконструкции установки, оптимизации отношений и поддерживающего этапа. Содержание этих этапов меняется в зависимости от степени и форм сексуальной дисгармонии и нарушений взаимоотношений в семье.

Такой подход позволяет достичь высокой эффективности психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии и нарушений взаимоотношений в семье.

\* Лечение половых расстройств: Тезисы Республиканской научной конференции сексопатологов Украины, Луцк, 27—28 мая, 1982. — Киев, 1982. — С. 66—68.

## ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ\*

А. Т. Филатов, Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь

Сексуальная дисгармония супружеской пары, помимо своих основных проявлений, патогенетически обусловленной симптоматики, связанной с нарушением психологических и нервных механизмов регуляции половой функции, сопровождается различными эмоциональными реакциями, которые, как правило, представляют личностную реакцию больных на половую неполноценность, являющуюся высоко значимым отрицательно-эмоциональным фактором. Эти невротические реакции по механизму «истинных» невротозов могут, в свою очередь, оказывать отрицательное влияние на сексуальную функцию. Возникает своеобразный порочный круг, определяющий выраженность и стойкость сексуальных нарушений.

Сексуальная дисгармония в связи с её особой значимостью для личности, для сохранения семьи требует тщательно продуманной последовательности, и, вместе с тем, достаточно гибкой психотерапевтической тактики.

Психотерапевтической коррекции должен предшествовать анализ межличностных отношений супругов. Их взаимные оценки с учетом фактических и желаемых ролевых позиций должны быть использованы при выборе форм, методов и содержания корректирующих психотерапевтических мероприятий.

Психотерапия необходима при всех формах сексуальной дисгармонии, особенно при таких ее вариантах, как социально-психологическая дезадаптация супругов, дезадаптация полового поведения, дезинформационно-оценочный вариант, а также в случаях стержневого поражения психической составляющей при первичных расстройствах потенции и фригидности.

Проведение психотерапевтической коррекции при этих вариантах сексуальной дисгармонии должно базироваться на методологических позициях, предусматривающих неременное соблюдение определенных принципов:

- 1) проведение психотерапии как системы мероприятий;
- 2) соблюдение этапности и последовательности в ее реализации;
- 3) комплексность психотерапии;
- 4) дифференцированный характер психотерапии в зависимости от причины развития и проявления вариантов сексуаль-

ной дисгармонии, наличия или отсутствия расстройств потенции и фригидности, а также от личностных особенностей пациентов и характера невротической реакции на сексуальную дисгармонию и возникшую ситуацию;

- 5) сочетание индивидуальной и групповой психотерапии;
- 6) оптимальные сроки проведения психотерапии;
- 7) поддерживающая психотерапия;
- 8) преемственность в процессе корригирующих мероприятий;
- 9) проведение психопрофилактической и психологической работы с супругами.

Соблюдение указанных общих принципов психотерапии супружеской пары определяет возможность достижения максимальной результативности лечебных мероприятий.

\* Лечение половых расстройств: Тезисы Республиканской научной конференции сексопатологов Украины, Луцк, 27—28 мая, 1982. — Киев, 1982. — С.21—23.

## СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСГАРМОНИЯ КАК ПРИЧИНА НЕВРОЗОВ\*

В. В. Кришталь, Н. К. Агишева

Освещаются особенности психотравмирующих обстоятельств, приведших супругов к сексуальной дисгармонии (несоответствие соотношения компонентов чувства любви и личностных черт у супругов, особенности развития сексуального влечения, различия в половой активности и сексуальном поведении, неадекватные условия для реализации половой жизни, рассогласованность диспозиций личности супругов, семейно-ролевых позиций, представлений о функции мужа и жены, а также духовное несоответствие супругов).

Излагаются условия развития, особенности клиники и течения различных форм неврозов, обусловленных сексуальной дисгармонией.

Описывается часто возникающий порочный круг (сексуальная дисгармония — невроз — расстройство потенции или псевдоимпотенция — фригидность или псевдофригидность — сексуальная дисгармония).

Рассматриваются особенности психотерапевтической коррекции при сочетании невроза и сексуальной дисгармонии.

\* Вопросы клинической неврологии и психиатрии: Аннотированная программа научно-практической конференции. — Харьков, 1982. — С. 18—19.



## К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ\*

В.В. Кришталь, Н.К. Агишева

На основе системного подхода к диагностике сексуальной дисгармонии разработан системно-структурный анализ гармонии, который предусматривает выявление следующих компонентов: социального, психологического, социально-психологического, сексуально-поведенческого, психофизиологического и физиологического.

Причем в социальном компоненте выделены 3 составляющие (социально-идеологическая, социокультурная и информационно-оценочная), а в сексуально-поведенческом — две составляющие (психосексуального поведения и сексуально-эротическая).

Данные изучения причин и условий развития сексуальной дисгармонии и результаты системно-структурного анализа обследованных 350 супружеских пар с сексуальной дисгармонией дали возможность выделить 6 вариантов и 5 форм сексуальной дисгармонии соответственно компонентам и составляющим сексуальной гармонии.

Предлагаются методы дифференциальной психокоррекции и психотерапии в зависимости от причин и условий развития сексуальной дисгармонии и состояния трехкомпонентной структуры межличностного взаимодействия.

\* Вопросы психотерапии, психопрофилактики и психогигиены. Платоновские чтения: Межтерриториальная научно-практическая конференция (аннотированная программа), 1983. — Харьков, 1983. — С. 69.

## О СИСТЕМЕ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ГОМОСЕКСУАЛИЗМА\*

В.В. Кришталь, Н.К. Агишева

Гомосексуализм характеризуется не только наличием патологического полового влечения больных к лицам своего пола, но и нарушением структуры межличностного взаимодействия. Это диктует необходимость разработки системы психотерапевтической коррекции гомосексуализма, которая должна включать методы рациональной, гипнозусуггестивной, групповой, ролевой, поведенческой, эстетопсихотерапии и методы психической саморегуляции (аутогенная тренировка, активное самовнушение, самовнушенно корригируемое поведение).

Необходимо отметить, что индивидуализированный выбор тактики психотерапевтической коррекции отнюдь не исключает унификации ее приемов, применяемых при психотерапевтической коррекции гомосексуализма. С другой стороны, система психотерапевтических воздействий должна быть достаточно гибкой, допускающей возможность замены одного приема другим в отдельных случаях при сохранении системности психотерапевтической коррекции гомосексуализма. Указанная система состоит из трех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального) и конативного (поведенческого).

1-й компонент системы — когнитивный, задачей которого является формирование здоровой психологической установки.

Этот компонент состоит из 2-х этапов.

1-й этап — психологической подготовки. Его задачей является повышение уровня знаний в плане межличностных отношений. Он предусматривает проведение цикла бесед, лекций, в которых в популярной форме освещаются основы общения и межличностных отношений.

2-й этап — психогигиеническая подготовка, целью которой является повышение уровня осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни. Проводится данный этап в форме индивидуальных и групповых психотерапевтических бесед, в которых объясняются причины и сущность расстройства, а также конкретные пути его коррекции.

II-й компонент — аффективный, его задача — изменение эмоционально-окрашенного отношения и установки больного на гомосексуальный контакт. Он проводится в 2 этапа.

1-й этап — выработка негативного отношения к гомосексуальному контакту. Целью его является выработка отрицательной



условнорефлекторной реакции и чувства отвращения не только к гомосексуальному контакту, но и к его эротическим переживаниям и платоническим влечениям. Этот этап проводится с помощью методов убеждения, гипносуггестии, активного самовнушения, аутогенной тренировки и эмоционально-стрессовой терапии.

2-й этап — создание сексуально-психологического вакуума. Его задачей является выработка спокойного, безразличного, равнодушного (асексуального) отношения к лицам своего пола. Проводится в форме рациональных бесед, гипносуггестии, аутогенной тренировки, активного самовнушения. 1-й этап не является обязательным, это зависит от проявления и течения гомосексуализма.

III-й компонент системы психотерапевтической коррекции — конативный, целью которого является оптимизация сексуально-поведенческих реакций с лицами противоположного пола. Указанный компонент системы психотерапевтической коррекции проводится в 3 этапа.

1-й этап — психологический тренинг, целью которого является формирование навыков общения и эстетического восприятия лиц противоположного пола. Этот этап осуществляется в форме рациональной, поведенческой и эстетопсихотерапии, гипносуггестии и аутогенной тренировки. На этом этапе целесообразно проводить больным не только индивидуальную, но и групповую психотерапию, включать их в группу больных неврозами.

2-й этап — сексуально-поведенческий тренинг. В задачу входит формирование установки на гетеросексуальный контакт с учетом состояния платонической, эротической и сексуальной составляющей полового влечения. Проводится в форме парной психотерапии, что приводит к выбору наиболее оптимального сексуального поведения и закреплению психологических и физиологических установок на гетеросексуальный контакт.

3-й этап — поддерживающая психотерапевтическая коррекция, которая является подкреплением достигнутого уровня оптимального общения и сексуального поведения. Осуществляется этот этап в форме индивидуальных и совместных собеседований с партнером и партнершей.

Разработанная система психотерапевтической коррекции гомосексуализма дает возможность добиться максимальной эффективности лечения.

\* Тезисы докладов VII съезда невропатологов и психиатров Украинской ССР. — Часть II. — Винница, МЗ УССР, Научное общество невропатологов и психиатров УССР. — 1984. — С. 57—58.

## СИСТЕМНО-МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ\*

В. В. Кришталь

Изучение сексуальной функции человека и ее расстройства выходит за рамки только физиологических представлений и предполагает разработку социальных, психологических, социально-психологических и сексуально-поведенческих аспектов этой проблематики.

Сексуальная функция человека, носящая парный характер, имеет многомерное обеспечение и является сложной системой взаимодействия различных структур и процессов.

Психодиагностика при сексуальной дисгармонии супружеской пары предусматривает не только разработку методов ее исследования, изучение личности и характерологических черт супругов, но и определение степени совместимости на разных уровнях их взаимодействия — социальном, психологическом, социально-психологическом, сексуально-поведенческом и психофизиологическом.

\* «Современные методы диагностики и лечения сексуальных расстройств»: Аннотированная программа семинара-совещания сексопатологов Украины (18—19 сентября 1985 г.). — Керчь, 1985. — С. 7.

## ПРИЧИНЫ И УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ\*

В. В. Кришталь, Н. К. Агишева

Данные системно-структурного анализа развития сексуальной дисгармонии у 350 супружеских пар свидетельствуют, что чаще всего отмечаются поражения сексуально-поведенческого компонента, вследствие нарушения сексуально-эротической составляющей ( $92\pm 5\%$ ) и информационно-оценочной составляющей ( $74\pm 8\%$ ), а также психологического ( $57\pm 9\%$ ) и социально-психологического ( $66\pm 8\%$ ).

Поражение физиологического компонента сексуальной гармонии было отмечено в  $76\pm 8\%$  случаев.

Таким образом, причиной сексуальной дисгармонии в большинстве случаев является не наличие соматической патологии у одного или обоих супругов, а низкий уровень психологической, социально-психологической, сексуально-поведенческой их адаптации и неправильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни.

\* Современные методы диагностики и лечения сексуальных расстройств: Аннотированная программа семинара-совещания сексопатологов Украины (18—19 сентября 1985 г.). — Керчь, 1985. — С. 6—7.

## О СООТНОШЕНИИ ПСИХОТЕРАПИИ, ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ\*

В. В. Кришталь, Н. К. Агишева

До настоящего времени в специальной медицинской и психологической литературе существует, на наш взгляд, неточность толкования взаимоотношений и понятий психотерапии, психологической и психотерапевтической коррекции.

Общим для всех трех видов воздействия является то, что это психологическое воздействие, но есть и ряд особенностей и различий.

Как известно, психотерапия (область медицины) — это лечебное воздействие на психику и через психику на организм больного.

Психологическая коррекция (область социальной психологии) — это психологическое (профилактическое) воздействие, направленное на здоровую личность с целью повышения её адаптации (социальной, социально-психологической, психологической, физиологической и т.д.).

Психотерапевтическая коррекция (область медицинской психологии) — это лечебное исправление несоответствия или устранение дезадаптации, которая первично или вторично сказывается на состоянии психического здоровья.

Авторы останавливаются на целях и задачах различных видов психологического воздействия и предлагают классификацию их методов.

Психотерапия, психотерапевтическая и психологическая коррекция должны проводиться в виде системы, которая состоит из трех компонентов (соответственно трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия): когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального) и конативного (поведенческого). Рассматриваются этапы каждого из компонентов и методы их проведения.

\* Медико-психологические аспекты брака и семьи: тезисы докладов областной научно-практической конференции сексопатологов (17 мая 1985 г.). — Харьков, 1985. — С. 4.

## ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

В. В. Кришталь

В современной сексопатологии существует множество классификаций сексуальных расстройств мужчин и женщин. Общим является нозологический их принцип, при разных подходах (анатомический, анатомо-физиологический, физиологический, патогенетический и клинический). Наиболее оправданным является системный подход к диагностике сексуальной патологии с учетом парного характера сексуальной функции.

В клиническом сексопатологическом диагнозе должны найтись отражение нозология, этиология и патогенез, а также уровень адаптации супругов.

Наш практический опыт показывает, что сексуальные расстройства, как правило, моноэтиологичны, но полипатогенетичны. Один патогенный фактор может одновременно поражать несколько уровней регуляции сексуальной функции, поэтому не всегда изменения сексуальной функции могут укладываться в общепринятую нозоформу.

Преобразование диагноза заболевания в диагноз больного является высшим этапом диагностики, в котором должны быть отражены причины, условия и тенденции развития заболевания, клинические особенности, а также (учитывая парный характер сексуальной функции) уровень социальной, психологической, социально-психологической, сексуально-поведенческой адаптации супругов и степень их информированности в вопросах психогигиены половой жизни.

\* Медико-психологические аспекты брака и семьи: тезисы докладов областной научно-практической конференции сексопатологов (17 мая 1985 г.). — Харьков, 1985. — С. 5.

## ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ

В. В. Кришталь

Сексопатология — междисциплинарная отрасль науки, базирующаяся

на медицинских знаниях, изучающаяся причины и условия развития расстройств сексуального здоровья с целью лечения, психотерапевтической коррекции и профилактики.

Первоочередной задачей последней является санитарное просвещение населения в вопросах психогигиены половой жизни.

На основании изучения факторов риска развития расстройств сексуального здоровья, мы рассматриваем систему мероприятий первичной и вторичной профилактики.

Первичная профилактика направлена на устранение отрицательного воздействия факторов риска, могущих привести к расстройству сексуального здоровья, нарушению полового развития в пубертатном периоде, акцентуаций характера, социальной и психологической и сексуально-поведенческой дезадаптации супругов, неосведомленность в вопросах психогигиены половой жизни.

Вторичная профилактика предусматривает предупреждение обострений, осложнений заболеваний, которые приведут к расстройству сексуального здоровья.

Рассматриваются методы профилактических мероприятий расстройств сексуального здоровья.

\* Медико-психологические аспекты брака и семьи: тезисы докладов областной научно-практической конференции сексопатологов (17 мая 1985 г.). — Харьков, 1985. — С. 157.

## СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ИЗУЧЕНИЮ СТРЕССА, ЭУСТРЕССА И ДИСТРЕССА ПРИ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСГАРМОНИИ\*

В. В. Кришталь

*Украинский институт усовершенствования врачей*

Изучению «общего адаптационного синдрома» посвящено много исследований, раскрывающих те или иные механизмы неспецифических симптомов адаптации, однако многие его аспекты нуждаются в дальнейшей разработке.

Мы применили системный подход, учитывая многомерность обеспечения стресса, и выделили следующие компоненты стресса: социальный, психологический, социально-психологический, психофизиологический, физиологический и соматический. В физиологическом компоненте выделили еще две составляющие: нейроморальную и вегетативную.

Наше исследование имело три этапа: первый — оценка состояния вышеуказанных компонентов по специфическим и неспецифическим критериям; второй — определение уровня адаптации по тем же компонентам (выделили три уровня адаптации — низкий, средний, высокий); третий — определение корреляции указанных компонентов в развитии стресса, эустресса и дистресса.

В соответствии со своей значимостью в развитии стресса, эустресса и дистресса каждый стресс-фактор оценивали по пятибалльной симметричной шкале — от +2 до — 2. Оценка +2 означает весьма значимое положительное влияние факторов на адаптацию; +1 — небольшую положительную значимость данного фактора; 0 — отсутствие практической значимости для адаптации. Оценка — 1 говорит о небольшой отрицательной значимости, — 2 — о выраженной отрицательной значимости стрессового фактора для адаптации.

С целью изучения причин и условий развития стресса, эустресса и дистресса мы обследовали 600 супружеских пар в возрасте от 20 до 50 лет.

По данным клинико-психологических исследований разделили этих лиц на три группы. В 1-ю вошли 201 мужчина и 254 женщины, у которых отмечали состояние стресса. 2-ю составили 99 мужчин и 46 женщин, у которых стрессовый фактор вызвал эустресс. В 3-ю включили 300 супружеских пар, находившихся в состоянии дистресса. У лиц данной группы отмечали различные сек-

суальные нарушения (расстройство потенции, фригидность, сексуальная дисгармония) с выраженными невротическими реакциями.

Изучение характера стресс-факторов выявило у обследованных лиц низкий уровень социальной адаптации —  $3 \pm 3\%$ ; психологической адаптации —  $57 \pm 9\%$ ; социально-психологической —  $40 \pm 7\%$ .

Низкий уровень компонентов был причиной развития сексуальных расстройств у супружеских пар 3-й группы.

Анализ данных обследования лиц 1-й и 2-й групп позволил определить соответственно их субкомпенсацию и полную компенсацию. Данные обследования лиц 3-й группы свидетельствовали об отрицательном влиянии стрессового фактора на адаптацию и сочетанном нарушении компонентов. Нарушение социального компонента выявили у 38 супружеских пар, психологического — у 202, социально-психологического — у 231, психофизиологического — у 25 и нарушение физиологического компонента — у 300 супружеских пар.

Таким образом, проведенный анализ показал, что дистресс возникает при сочетанном нарушении компонентов адаптации и с различной степенью выраженности этого нарушения.

Для понимания роли и характера соотношения компонентов в возникновении стресса, эустресса и дистресса необходимо учитывать наследственные и приобретенные факторы: особенности личности, ее направленность, характер психологической переработки.

В практике врач-клиницист обычно сталкивается с состоянием дистресса, поэтому мы подробно рассмотрели характер действия стрессовых факторов и особенности личности у больных 3-й группы.

Личность супругов исследовали с позиций наиболее принятых советскими психологами концепций деятельности, отношений и общения.

Проведенное исследование показало, что выраженное несоответствие доминирующих мотиваций, ценностных ориентаций супругов является дисгармонирующим фактором в их межличностных отношениях, что в свою очередь, может быть причиной или усугубляющим фактором сексуальной дисгармонии.

Одной из важных и наиболее стабильных причин сексуальной дисгармонии было несоответствие самооенок супругов, уровня притязаний каждого из них и оценок, даваемых супругами друг другу. Даже при достаточном совпадении ценностных ориентаций несоответствие самооенок и особенно неадекватность уровня притязаний служили постоянным источником конфликтов. Непумение соразмерить требования к себе с требованиями к другим, неадекватно завышенный или заниженный уровень притязаний

и оценки своих сексуальных возможностей играли решающую роль в развитии сексуальной дисгармонии.

Данные обследования супружеских пар по методике семантического дифференциала показали, что система отношений у  $53 \pm 9\%$  мужчин и  $62 \pm 8\%$  женщин характеризуются четкими связями в сфере идеальных понятий и нечеткими — в сфере понятий реальных.

У  $21 \pm 6\%$  мужчин и  $29 \pm 7\%$  женщин значения понятий реальной сферы характеризовались адекватной самооценкой и небольшим расхождением между понятиями идеального и реального ряда.

Система отношений (по методике Q-сортировки)  $29 \pm 7\%$  мужчин и  $11 \pm 5\%$  характеризовалась высокой оценкой реального «Я». В то же время у этих супругов имела место высокая степень несоответствия системы отношений друг к другу, что обуславливало снижение уровня психологической адаптации и отрицательно влияло на сексуальную гармонию.

Результаты исследования характерологических особенностей личности супругов 3-й группы по 16-факторному опроснику свидетельствуют о наличии у одного из супругов (чаще женщин) таких черт характера, как эмоциональная неуравновешенность, экспансивность, консервативность, прямолинейность в суждениях, ориентированность на внешнюю сторону событий. У другого супруга отмечали при этом беспокойство, мнительность, неуверенность в себе, низкий порог фрустрации.

Исследование эмоционально-волевой сферы супругов по тесту, проводившееся до и после лечения, показало улучшение ее состояния: уменьшение тревоги и беспокойства, появление инициативы, активности, критического восприятия создавшейся ситуации, желания действовать и принимать решения, оптимистическая настроенность в разрешении психотравмирующих обстоятельств, готовность к компромиссам, тенденция к изменению некоторых черт характера, стремление к гармонии и готовность к контактам.

Мы определили степень патогенности для каждого из супругов конфликта, связанного с сексуальной дисгармонией с помощью специально разработанного опросника, она была высокой у  $83 \pm 7\%$  супружеских пар.

Данные изучения преморбидных особенностей личности у 1-й группы свидетельствуют о психологической совместимости супругов: уравновешенные, спокойные. Лицам 2-й группы (стрессоустойчивым) свойственны такие черты, как уверенность в себе, умение самостоятельно решать конфликтную ситуацию без внешней поддержки. Лица 3-й группы (стрессоуязвимые), напротив, отличались неуверенностью, потребностью к преувеличению сложно-

сти ситуации, высоким уровнем тревожности и невротизма. В преморбиде у них отмечались тревожно-мнительные, аффективно неустойчивые, инфантильные и патологически замкнутые черты характера.

Особый интерес представляют данные, полученные у стрессоуязвимых лиц (9 женщин и 13 мужчин), у которых можно было ожидать развитие дистресса при возникновении конфликтной ситуации. Однако в силу личностных особенностей членов их семей, своевременно их поддержавших, дистресс у этих лиц не развился.

Таким образом, проведенное психологическое исследование показало, что несоответствие диспозиций личности, характерологические особенности супругов, семейных ролей и ценностей и вытекающее отсюда нарушение межличностных отношений были главными причинами развития дистресса. Это указывало на необходимость проведения психотерапии указанному контингенту больных.

Психотерапевтическая коррекция представляет собой систему специальных мероприятий, включающую методы когнитивной коррекции (с помощью научно-популярной литературы), рациональной, гипносуггестивной, групповой, ролевой психотерапии и методы психической саморегуляции (аутогенная тренировка, активное самовнушение, самовнушено корригируемое поведение). Система психотерапевтической коррекции состоит из трех компонентов соответствующей структуре межличностного взаимодействия: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального) и конативного (поведенческого).

Задачами когнитивного компонента психотерапии являются повышение культуры межличностных отношений супругов с целью улучшения их взаимопонимания, а также повышения уровня знаний в вопросах психогигиены половой жизни; аффективного компонента — дезактуализация переживаний, связанных с конфликтной ситуацией в семье, поиск правильного разрешения супругами сложившейся ситуации, снятие неадекватных эмоциональных реакций и негативного отношения друг к другу; конативного компонента — оптимизация сексуально-поведенческих реакций и общения супругов.

Психотерапевтическая коррекция может быть в форме индивидуальных и групповых занятий. Методы их различны в зависимости от причин и условий развития сексуальной дисгармонии супружеской пары: при социальной дезадаптации целесообразно проведение социально-психологического тренинга, когнитивной и эстопсихотерапии; психологической дезадаптации — групповой пси-

хотерапии, библиотерапии, аутогенной тренировки, активного самовнушения; социально-психологической — ролевой и семейной психотерапии; в случаях низкой сексуально-поведенческой адаптации — сексуально-поведенческой терапии и метода самовнушенно-корректируемого поведения; психофизиологической — рациональной психотерапии; при физиологической дезадаптации показаны аутогенная тренировка, рациональная психотерапия, гипносулгестия, активное самовнушение.

Таким образом, системный подход позволяет раскрыть причины и механизмы развития стресса, эустресса, дистресса и разработать систему дифференцированной коррекции этих состояний и психопрофилактических мероприятий.

\* Неврология и психиатрия: Республиканский межведомственный сборник. Вып. 15: Роль стрессов в возникновении и течении нервных и психических заболеваний. — Киев, «Здоров'я», 1986. — С. 89—93.

## О ПРЕДПОСЫЛКАХ К РАЗРАБОТКЕ ПЕРСОНАЛИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ\*

В. В. Кришталь

В последние десятилетия в советской психологии разработаны различные концепции личности: система отношений (В. Н. Мясичев, 1960), деятельность (А. Н. Леонтьев, 1975), общения (А. А. Бодалев, 1979; Б. Ф. Ломов, 1981), персонализации (А. В. Петровский, 1979, 1983). Несмотря на определенные успехи в выявлении роли личности в патогенезе неврозов (В. Н. Мясичев, 1960; Б. Д. Карвасарский, 1980; А. М. Свядощ, 1982) и разработке методов психотерапии (Б. Д. Карвасарский, 1983, 1985; Г. Л. Исурин, 1983 и др.), многие вопросы этиологии и патогенеза так называемых «заболеваний личности» — неврозов, хронического алкоголизма, сексуальных расстройств и девиаций, — требуют дальнейших разработок. Так, до сих пор мало использовалась концепция личности, разработанная А. В. Петровским (1977, 1984), для объяснения причин и условий развития неврозов, других психосоматических заболеваний и разработки новых методов их психотерапии.

Согласно концепции персонализации А. В. Петровского, личность рассматривается с точки зрения социогенной потребности индивида быть личностью и оценивается в трех измерениях (подструктурах, составляющих): интраиндивидуальное (характер, темперамент, способности), интериндивидуальное (межличностное взаимодействие) и метаиндивидуальное («вклады» в других людей). По определению А. В. Петровского, «персонализация — процесс, в результате которого субъект получает индивидуальную представленность в жизнедеятельности других людей» (Краткий психологический словарь, 1985, с. 240).

А. В. Петровский (1983) выделяет три фазы формирования личности, при правильном развитии которых осуществляется процесс персонализации.

Проведенное нами изучение развития личности у больных неврозами, психопатией, хроническим алкоголизмом, у лиц с сексуальной дисгармонией показало пять типов его нарушения: преждевременное, ретардационное, диссоциированное, дисгармоничное, дезинтеграционное.

Изучение причин личностного диссоциогенеза (нарушения развития личности) выявило неразрешимое противоречие индивида и общности как на 2-й, так и на 3-й фазе его развития; отмечались отклонения и на 1-й фазе, что приводило к нарушению про-



цесса персонализации, к внутреннему конфликту и, как следствие, к развитию невроза, хронического алкоголизма и другой патологии, которая чаще всего развивалась по неосознаваемым механизмам психической деятельности.

В связи с этим нами разработана персоналистическая психотерапия, цель которой — способствовать максимальной самоактуализации и персонализации больного. Не останавливаясь на технике ее проведения, отметим, что персоналистическая психотерапия проводится индивидуально, хотя это не исключает возможного параллельного проведения симптоматической и групповой психотерапии. Если последняя воздействует на интериндивидуальный компонент личности, то персоналистическая психотерапия направлена на метаиндивидуальные ее характеристики.

Применение разработанного метода психотерапии значительно повышает эффективность лечения указанного контингента больных.

\* Актуальные вопросы невропатологии, психиатрии и нейрохирургии: Тезисы областной научно-практической конференции, 20—21 октября 1987. — Харьков, Главное врачебно-санитарное управление МПС, Центральная клиническая больница №5 МПС, Врачебно-санитарная служба Южной ордена Ленина железной дороги, Украинский институт усовершенствования врачей, Харьковское научно-медицинское общество, 1987. — С. 144—145.

## О СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ\*

В. В. Кришталь

Сексуальное здоровье человека обуславливается действием онтогенетических, экологических и социальных факторов и является прежде всего результатом правильного психосексуального, соматополового, и в целом гармоничного развития личности супругов, а также их адаптации друг к другу. Нами на основании социо-психобиофизиологической концепции сексуальности в результате анализа причин и условий возникновения сексуальной гармонии у 500 супружеских пар и расстройств потенции у 350 больных была разработана классификация нарушений сексуального здоровья.

- 1) Нарушение психосексуального развития (полового самосознания, полоролевого поведения, психосексуальной ориентации).
- 2) Нарушение соматополового развития (ретардация, преждевременное, дисгармоничное развитие, анатомический половой дефект).
- 3) Сексуальная дисгармония.
  - а) социальная дезадаптация (социально-идеологическая, социо-культурная, дезинформационно-оценочная форма дезадаптации).
  - б) сексуально-поведенческая дезадаптация (дезадаптация психосексуального поведения, сексуально-эротическая дезадаптация).
  - в) психологическая, социально-психологическая, психоанатомо-физиологическая дезадаптация.

Система профилактики нарушений сексуального здоровья должна учитывать все обуславливающие их патогенные социальные, психологические и биосоматические факторы.

1-й этап профилактики расстройств сексуального здоровья начинается с психопрофилактики нарушений беременности у матери, так как правильное ее течение — залог успеха нормального развития плода, его генетического пола, правильной половой дифференцировки мозга и соматополового развития. При наличии факторов риска профилактика заключается в ранней диагностике нарушений, диспансеризации женщин и проведении индивидуальных профилактических мероприятий.

Задача 2-го этапа психопрофилактики нарушений сексуального здоровья — воспитание правильного осознания своей поло-

вой принадлежности, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. На данном этапе родители и воспитатели детских учреждений должны информировать детей о половых различиях, направлять и организовывать детские игры с учетом пола.

Необходимо дифференцировать половое воспитание и сексуальное просвещение. Цель полового воспитания — формирование правильных психологических установок по отношению к противоположному полу, цель сексуального просвещения — правильная информация о психогигиене половой жизни.

3-й этап профилактики нарушений сексуального здоровья — ликвидация патогенных факторов, приводящих к сексуальной дисгармонии.

Причиной сексуальной дисгармонии в подавляющем большинстве случаев является низкий уровень психологической, социально-психологической, сексуально-поведенческой адаптации супругов, неправильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни. Социально-психологические аспекты формирования сексуальной дисгармонии представляют собой, главным образом, диссоциацию ценностных ориентаций супругов, отсутствие совместно выработанной иерархии ценностей. Кризисные ситуации и сексуальная дисгармония возникает также у лиц с различными акцентуациями характера, с неадекватным стереотипом реагирования на любую фрустрацию. Типологические особенности личности играют, как правило, важную роль и при неправильной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни. Понижение уровня социально-психологической адаптации при сексуальной дисгармонии резко снижает адаптационные возможности личности в целом и в свою очередь выступает в качестве патогенного фактора. Все сказанное является результатом дефектов полового воспитания и сексуального просвещения, недостаточной подготовленности молодежи к браку, созданию семьи.

В половом воспитании, помимо семьи и школы, имеющих первостепенное значение в этом отношении, большую роль играют детские и юношеские организации, средства массовой информации. Одно из условий правильного полового воспитания детей — обучение родителей, учителей и воспитателей способам и принципам этого воспитания. Для такой работы необходимо привлекать квалифицированных врачей (психотерапевтов, сексопатологов, акушеров-гинекологов) психологов, социологов.

Система мероприятий, направленных на предупреждение расстройств сексуального здоровья, должна состоять из первичной и вторичной профилактики. Первая направлена на устране-

ние воздействия факторов риска, могущих привести к нарушению полового развития в пубертатном периоде, предупреждение возникновения акцентуаций характера, социальной, психологической и сексуально-поведенческой дезадаптации супругов, а также на повышение их осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни. Вторичная профилактика направлена на предупреждение обострения заболеваний и нарушений, обусловивших расстройство сексуального здоровья. Профилактические мероприятия должны проводиться при строгом соблюдении принципов системности, этапности и последовательности, комплексности и дифференцированности, преемственности и индивидуальности.

Таким образом, правильное половое воспитание и просвещение, с одной стороны, и своевременно проводимые профилактические мероприятия — с другой, должны стать основой охраны сексуального здоровья.

\* Профилактика сексуальной патологии и супружеской дисгармонии: тезисы докладов Республиканской научной конференции, 31 мая — 2 июня 1988. — Киев-Ворошиловград, 1988. — С. 15—17.

## О ПЕРСОНАЛИСТИЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ\*

В. В. Кришталь

Разработка новых эффективных методов психотерапии должна основываться на методологически правильном и умелом применении современных концепций личности. Действенная этиопатогенетическая психотерапия представляет собой систему психологического воздействия на личность и психику больного и через них — на его организм.

Изучение причин и условий формирования некоторых заболеваний (хронический алкоголизм, неврозы, сексуальные дисгармонии) показало, что их причиной нередко служит осознанное или неосознанное неудовлетворение духовной потребности больного «быть личностью». Этот процесс активного преобразования в интеллектуальной и эмоциональной сферах, «вклады» в других людей, продолжение субъекта в другом индивиде А.В. Петровский (1984) называет персонализацией.

В соответствии с указанной концепцией личности нами разработана персоналистическая психотерапия, направленная на адекватное разрешение трудно разрешимого противоречия между потребностью и быть таким и не таким, как все, при понимании того, что только те отличия личности будут приняты обществом, которые споспобствуют их совместной деятельности.

Проведение персоналистической психотерапии должен предшествовать диагностический период, целью которого является определение этапа и стадии развития личности, ее уровня и степени зрелости, а также окружающей микросоциальной среды. Изучение формирования личности больных хроническим алкоголизмом, неврозами, лиц с сексуальной дисгармонией показало следующие типы ее нарушения: ретардационный, преждевременный, дисгармоничный, дезинтеграционный, диссоциированный, акцентуированный и деградационный. Нередко отмечалась деперсонализация больных. Персоналистическая психотерапия, разработанная с учетом указанных типов и нарушений, представляет собой систему мероприятий, состоящую из трех компонентов — информационного, эмоционального и поведенческого — и пяти этапов.

Первый уровень — психологическая подготовка, направленная на повышение уровня знаний больного в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений.

Второй этап — психогигиеническая подготовка; его задачей является повышение уровня осведомленности больного о своем заболевании и роли личности в его генезе.

Третий этап — структурный; его цель — установление причин, условий, структуры нарушений процесса персонализации у больного и конфликтных ситуаций, выявление их связи с заболеванием.

Четвертый этап — реконструктивный. Задача психотерапевта — формировать новые установки, тип реагирования, перспективу на достижение адекватной формы разрешения противоречий между больным и общностью, перестраивая его активность, направленность, личностный смысл, самосознание, уровень притязаний в соответствии с реальными обстоятельствами жизни, т.е. способствовать максимальной персонализации.

Пятый этап — поддерживающая психотерапия, проводимая с целью подкрепления достигнутого уровня персонализации больного.

Персоналистическая психотерапия проводится в форме индивидуальных бесед с помощью методов разъяснения, убеждения, внушения. Курс лечения — 15-20 занятий. Продолжительность каждого занятия — от 30 мин до 1 часа.

Показания к проведению персоналистической психотерапии определяется не только этиологическими факторами развития болезни, но и способностью к персонализации, обусловленной индивидуальностью и уровнем развития личности больного.

Сочетание персоналистической психотерапии с другими индивидуальными групповыми формами психотерапии и методами самовоспитания способствует повышению эффективности проводимых лечебных мероприятий.

\* Восьмой Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: тезисы докладов, Том III, 25-28 октября 1988 г. — Москва, 1988. — С. 489-490.

## НАРУШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У МУЖЧИН\*

В. В. Кришталь, А. К. Казарян

Влиянию отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы (ЧМТ) на сексуальное здоровье мужчин посвящен ряд исследований, в которых освещено нарушение в основном количественных характеристик копулятивного цикла (эрекции и эякуляции). Однако влияние ЧМТ (в частности, легкой и средней тяжести) на психосексуальное и соматополовое развитие, роль травмы в возникновении сексуальной дисгармонии изучены недостаточно.

Исследование значения родовой черепно-мозговой травмы в последующем возникновении расстройств сексуального здоровья (12 наблюдений) позволило выявить у больных ретардацию психосексуального и соматополового развития, которая привела к девиациям полового поведения и психосексуальной ориентации.

Изучение последствий закрытой черепно-мозговой травмы, перенесенной на этапе формирования полового самосознания (18 наблюдений), показало, что она особенно патогенна в кризисный период от 2 до 4 лет, поскольку может приводить не только к ретардации выработки установки — осознания половой принадлежности, но и к задержке процесса научения и закрепления установки. У этих больных отмечалось запоздание (на 2-3 года) появления любопытства, направленного на половые признаки, и другие нарушения.

Влияние на сексуальное здоровье ЧМТ, перенесенной в 7-8 летнем возрасте (13 наблюдений), проявлялось в ретардации формирования стереотипа полового поведения, как выработки половых установок, так и процесса научения половому поведению в играх. Это было следствием задержки становления психики ребенка. У больных отмечалось нарушение коммуникации, обусловленное характерологическими особенностями (обидчивость, робость, эмоциональная лабильность или повышенная агрессивность), у подавляющего большинства обследованных наблюдалась также задержка соматополового развития, и только у 2 из 13 человек отмечалось преждевременное, соматополовое развитие.

Черепно-мозговая травма, перенесенная на этапе формирования психосексуальной ориентации, в критический период становления сексуальности (12-15 лет), оказывала патогенное влияние на формирование либидо (9 наблюдений), что проявлялось как нарушением сроков и темпов его развития, так и его откло-

нениями. Исследование показало нарушение у этих больных сроков формирования платонического, эротического и сексуального либидо, а иногда выпадение какого-либо (чаще эротического) из указанных компонентов либидо. Особенно часто возникали девиации психосексуального развития в тех случаях, когда имели место ретардации становления психики, патохарактерологическое развитие и преждевременное соматополовое развитие (сложные асинхронии), приводившие к перверзным тенденциям и перверзиям.

Патогенное влияние закрытой черепно-мозговой травмы, перенесенной в 16 лет-24 года — переходный период сексуальности (17 наблюдений), заключалось в нарушениях выраженности либидо, эрекции, снижении половой активности, сочетанных или изолированных. У этих больных отмечалось нарушение коммуникации в силу наличия у них патохарактерологического развития.

Закрытая ЧМТ, перенесенная в возрасте от 26 до 55 лет, т.е. в период зрелой сексуальности (13 наблюдений), влекла за собой снижение потенции, степень которой обуславливалась не столько тяжестью травмы, сколько уровнем психологической и сексуально-эротической адаптации супругов.

Отметим, что было бы неправильно связывать нарушение психосексуального развития только с наличием черепно-мозговой травмы, поскольку, как известно, большая роль в этом отношении принадлежит социальным и психологическим факторам, прежде всего правильному половому воспитанию, которое может нивелировать патогенность черепно-мозговой травмы (8 наблюдений).

Что касается влияния перенесенной мужем черепно-мозговой травмы на сексуальную гармонию супружеской пары, то следует признать, что в ее нарушении большое значение имеет уровень психологической и сексуально-эротической адаптации.

Таким образом, как показали проведенные исследования, определяющее значение в возникновении расстройств сексуального здоровья при закрытой черепно-мозговой травме легкой и средней степени тяжести имеет возрастной период, в котором она была перенесена. Особенно патогенно действие ЧМТ в критические периоды становления психосексуальности и соматополового развития. На развитие сексуальной дисгармонии основное значение оказывает не сам факт перенесения черепно-мозговой травмы, а уровень психологической и сексуально-эротической адаптации супругов.

\* Проблемы отдаленных последствий закрытой черепно-мозговой травмы в условиях научно-технического прогресса: Тезисы докладов областной научно-практической конференции, сентябрь. — Харьков, 1998. — С. 13—15.

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ И СЕКСОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЖЕНСКОГО СПОРТА ВЫСОКИХ ДОСТИЖЕНИЙ\*

Н. Г. Богдашкин, В. В. Кришталь, В. В. Лопыч, В. Ф. Осташко,  
О. А. Удовиченко, В. В. Сологуб, Е. А. Цивенко

Нарушение менструальной и репродуктивной функции у спортсменок высоких квалификаций отмечается во многих наблюдениях (С.А. Левенец, 1980; И.А. Авдеева, 1982; Abgacham et al., 1982), однако причины и механизмы развития у них сексуальных расстройств остаются недостаточно изученными. Спортивная гиперкинезия имеет своим следствием дисгармоничное развитие отдельных систем, приводит к физиологической дезинтеграции и снижению в последующем функциональных резервов организма.

Нами обследованы 494 спортсменки, из которых спортивную квалификацию мастера спорта международного класса (МСМК) имели 34 (6,8 %), мастера спорта СССР (МС) — 52 (10,5 %), кандидата в мастера спорта (КМС) — 141 (28,5%) и первый спортивный разряд — 267 (54,6 %).

Спортивная специализация обследованных представлена циклическими, ациклическими и игровыми видами спорта. Спортивный стаж у подавляющего большинства (74±3 %) составлял от 3 до 17 лет. Тренировочный режим составлял в среднем 18,6±4,6 часов в неделю.

Возраст менархе 15-16 лет был у 36±2% женщин. Различными нарушениями менструальной функции страдали 84±5% женщин, среди которых было 29 МСМК, 45 МС, 105 КМС и 240 спортсменок первого разряда. При увеличении тренировочных нагрузок с 13,8±3,8 до 23,3±4,3 ч в неделю достоверно чаще выявлялись гиперменструальный синдром, альгодисменорея, вторичная аменорея, первичное и вторичное бесплодие, критическое течение гестационного процесса и сексуальная дисфункция.

У 326 спортсменок, живущих половой жизнью, у 232 (70±8%) отмечались снижение либидо, сексуальная гипестезия, аноргазмия, реже — генитоальгии, обусловленные воспалением внутренних гениталий и застойными явлениями в органах малого таза. Нарушениями овариально-менструальной функции яичников в этой группе страдали 207 (89±6%) женщин. Причиной сексуальной дисгармонии в семьях этих обследованных явилось поражение нейрогуморальной, психической и генитосегментарной составляющей физиологического компонента. У 158 (68±10%) женщин данной группы вы-

явлена социально-психологическая дезадаптация ролевых позиций. У этих же женщин отмечалась трансформация полоролевого поведения, обуславливающая низкую сексуально-эротическую адаптацию.

У подавляющего большинства обследованных (73±5%) отмечалась низкая степень осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни.

На основании результатов исследования рекомендуется следующие мероприятия по профилактике и коррекции выявленных нарушений.

1. Грамотное методическое обеспечение врачебно-педагогического контроля за состоянием здоровья спортсменок с привлечением гинеколога и медицинского психолога.
2. Объективизированный индивидуальный подход к планированию роста спортивного мастерства с учетом состояния половой сферы спортсменки. Построение индивидуальных тренировочных микроциклов с учетом пиковой фазности спортивной работоспособности.
3. Проведение ультразвукографического мониторинга внутренних гениталий и эндометрия в сочетании с анализом меноциклограммы и учетом случаев гипоменореи, которое позволит адекватно моделировать графики спортивных нагрузок.
4. Комплексная медико-психологическая коррекция выявленных нарушений должна состоять из когнитивного, аффективного и конативного компонентов, направленных на повышение уровня социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации, а также знаний спортсменок о норме, физиологических колебаниях и патологии половой жизни.

\* Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тезисы докладов IV областной научно-практической конференции сексопатологов, 17 мая 1990. — Харьков, 1990. — С. 174—176.

## СИСТЕМНО-СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ\*

В. В. Кришталь

Изучение состояния сексуального здоровья выходит за рамки только анатомо-физиологических представлений и требует разработки социальных, психологических, социально-психологических и медико-биологических аспектов этой проблемы с учетом многомерности ее обеспечения и парного характера сексуальной функции. В соответствии с этим системно-структурный анализ сексуального здоровья предполагает выделение следующих его компонентов в зависимости от уровня обеспечения сексуальности: социального, психологического, социально-психологического и биологического.

Социальный компонент определяется уровнем общей и сексуальной культуры, социализацией сексуальности, сложившейся дифференциацией мужских и женских социальных ролей, стереотипов мужественности и женственности и оценивается в зависимости от состояния социокультурной, информационно-оценочной и сексуально-поведенческой составляющих.

Критерием оценки состояния социокультурной составляющей является соответствие уровня общей культуры, морально-этических и эстетических установок супругов, их мировоззрения и убеждений.

Оценка информационно-оценочной составляющей определяется следующими критериями: осведомленностью о норме, физиологических колебаниях и патологии сексуальной функции и правильной оценкой своих сексуальных проявлений.

Сексуально-поведенческая составляющая требует оценки состояния и степени соответствия полоролевого поведения, психо-сексуальной ориентации, типа сексуальной мотивации, сексуального опыта супругов и их сексуально-эротической адаптации.

Состояние психологического компонента оценивается ролью психологических факторов (осознаваемых и неосознаваемых), особенностью личности в развитии и проявлении сексуальности каждого из супругов и степенью их соответствия.

Критериями оценки психологического компонента являются:

- 1) влияние психологических процессов (ощущения, восприятия, представления, воображения, мышления, эмоций, желаний, интеллекта, памяти, внимания) на сексуальное развитие и его проявления;
- 2) наличие взаимовлияния характеристик личности (направленности, активности, темперамента, характера, интересов,

самооценки, уровня притязаний, способности и др.) и сексуальности, а также их соответствие у супругов.

Состояние социально-психологического компонента обусловлено парным характером сексуальной функции, формированием социальной малой группы, т.е. семьи, уровнем межличностных отношений супругов и его влиянием на их сексуальное поведение.

Критерии оценки социально-психологического компонента следующие:

- 1) наличие взаимной любви, глубоких эмоциональных связей;
- 2) наличие взаимного желания сексуального контакта и соответствии сексуальной установки, сексуальной мотивации супругов;
- 3) обеспечение в интимных отношениях оптимального межличностного контакта, взаимно-обогащающего личность;
- 4) соответствие семейно-ролевых позиций супругов;
- 5) соответствие ценностных ориентаций и доминирующих мотиваций;
- 6) соответствие уровня притязаний и самооценки у супругов;
- 7) соответствие материально-бытового состояния семьи запросам каждого из супругов.

Биологический (медико-биологический) компонент оценивается как сохранность генетических механизмов развития организма, его общего психического и соматического состояния, так и сохранность анатомо-физиологических (морфо-функциональных) структур, обеспечивающих формирование сексуальности, типа половой конституции и осуществляющих нейрогуморальную, психическую и нервную регуляцию сексуальной функции.

Общим критерием оценки биологического компонента является наличие или отсутствие признаков:

- 1) генетических отклонений;
- 2) наследственных заболеваний;
- 3) нарушений половой дифференцировки мозга;
- 4) нарушений функционирования ферментативных систем;
- 5) слабости половой конституции.

Биологический компонент оценивается также состоянием нейрогуморальной, психической, инервационной и генитальной составляющих.

Состояние генитальной составляющей определяется анатомической сохранностью половых органов. Критериями ее оценки являются наличие или отсутствие:

- 1) врожденного дефекта половых органов и
- 2) заболеваний половых органов (воспалительных процессов, травм, опухолей, нарушений васкуляризации гениталий и пр.).



Нейрогуморальная составляющая характеризуется состоянием системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники-гонады и отдельных эндокринных желез, а также обменных процессов в организме.

Критерии оценки нейрогуморальной составляющей разработали у мужчин Г. С. Васильченко (1977), у женщин И. Л. Ботнева (1983).

Психическая составляющая связана с деятельностью коры головного мозга, определяется ролью психического состояния организма в регуляции сексуальной функции и оценивается выработкой сексуальных условных рефлексов и наличием или отсутствием психического расстройства (Г.С. Васильченко, 1977).

Для формирования и закрепления прочных сексуальных условных рефлексов необходима органическая зрелость коры головного мозга, выраженность сексуальной потребности, сексуальной эмоциональной напряженности, наличие адекватного сексуального раздражителя, а также своевременное начало половой жизни, ее регулярность и успешность половых актов.

Иннервационная составляющая характеризуется состоянием центральной и периферической нервной системы, обеспечивающей нервную регуляцию сексуальной функции. Критерием оценки иннервационной составляющей является наличие или отсутствие признаков поражения:

- 1) головного мозга;
- 2) спинальных центров (эрекции и эякуляции);
- 3) периферической нервной системы;
- 4) чувствительных рецепторов;

Системно-структурный анализ сексуального здоровья состоит из двух этапов: на первом оценивается состояние его компонентов и составляющих по описанным выше критериям для каждого из супругов; на втором устанавливается степень поражения компонентов, что дает возможность определить долю участия каждого из них в генезе нарушения сексуального здоровья.

Применение системно-структурного анализа в диагностике нарушений сексуального здоровья позволяет выявить причины и условия их развития и разработать систему коррекции с учетом состояния всех компонентов и составляющих сексуального здоровья.

\* Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тезисы докладов IV областной научно-практической конференции сексопатологов, 17 мая 1990. — Харьков, 1990. — С. 4—8.

## КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ПРОБЛЕМЕ «АЛКОГОЛИЗМ И СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСГАРМОНИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ»\*

Н. К. Сосин, В. В. Кришталь

В последние годы среди мотивационных причин реверзibelной алкогольной аутоинтоксикации и формирования болезненного пристрастия к этанолу все чаще выявляются сексуальные нарушения и сексуальная дисгармония супружеской пары. Сексуальная дисгармония обуславливает своеобразный стереотип интоксикации, особенности развития и клинический патоморфоз алкоголизма, что в практике психиатра-нарколога и сексопатолога требует модифицированных профилактических и лечебно-восстановительных коррекционных программ.

Наш клинический опыт показывает, что такая сочетанная патология (сексуальные нарушения + последствия хронической алкогольной интоксикации) настолько распространена, что наркология и сексопатология по сути становятся по данному клиническому разделу смежными дисциплинами. Вместе с тем эта проблема, несмотря на ее актуальность, до настоящего времени целенаправленному комплексному изучению не подвергалась. Кафедрой наркологии в содружестве с кафедрой сексопатологии Украинского института усовершенствования врачей разработана и выполняется трехэтапная программа научных исследований, целью которой является изучение особенностей формирования и течения алкоголизма в условиях сексуальной дисгармонии супружеской пары, а также разработка способов ее медицинской профилактики и коррекции.

Первый этап программы включает изучение медицинских (сексуальная дисгармония и алкоголизм) проблем в семье, в которой муж страдает алкоголизмом. Второй этап имеет целью изучение указанной сочетанной патологии в семье, где алкоголизмом страдает жена. Задача третьего этапа — выборочное клинико-эпидемиологическое изучение сексуальной дисгармонии супружеской пары в условиях тотальной хронической алкогольной интоксикации в семье (муж и жена больны алкоголизмом).

Системный подход к изучению семейного аспекта алкоголизма и сексуальной дисгармонии супружеской пары позволит, как показывают полученные предварительные результаты, создать новую концепцию механизма формирования зависимости от этано-

ла, разработать классификацию обусловленной алкоголизмом сексуальной дисгармонии, предложить новые программы профилактики и лечения рассматриваемой патологии.

\* Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тезисы докладов IV областной научно-практической конференции сексопатологов, 17 мая 1990. — Харьков, 1990. — С. 20—21.

## ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПСИХОГИГИЕНЫ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ\*

В.В. Кришталь, А.К. Агишева, А.И. Руснак

Сексуальное поведение человека определяется, прежде всего, уровнем общей и сексуальной культуры. Политические, экономические и культурные перемены в обществе повлекли за собой изменение моральных и нравственных норм, что не могло не отразиться и на половой морали, которая составляет неотъемлемую часть общественной и личной морали. В связи с этим, изменились взгляды на роль сексуальной функции, проблем супружеской жизни в жизни человека. Изменилась и оценка эротики. Эротика — это половая чувствительность и эмоции, обусловленные половой рефлексией организма. Формирование эротического либидо — нормальное явление психосексуального развития человека.

Сексуальность современного человека в значительной мере освободилась от биологической детерминированности, и во многом зависит от психологических и социокультурных факторов.

Уровень сексуальной культуры обусловлен половым воспитанием, сексуальным просвещением и формируется при усвоении сексуальных и общественных норм поведения. Сексуальная культура проявляется в сексуальных установках, типе сексуальной мотивации, в сексуальной потребности, кинетике и позах полового акта, в стремлении к эротической привлекательности, сексуальном опыте, в отношении к сексуальности и идеалу красоты.

Высокий уровень сексуальной культуры является важным фактором общественной, семейной, личной жизни и одним из условий устойчивости супружеских отношений.

Строгое соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии имеет особое значение в практической деятельности врача-сексопатолога на всех этапах работы с больными, обратившимися за сексологической помощью. При изучении причин и условий развития сексуальных расстройств, приходится касаться интимных сторон личной жизни. Поэтому, общаясь с больным, врач-сексопатолог должен учитывать его характерологические особенности, эмоциональное состояние и не упускать из вида, что своим поведением, характером и формой поставленных вопросов он может травмировать чувство собственного достоинства пациента. Недостаточное внимание к этим факторам, как правило, мешает установлению истинных причин сексуальных нарушений.

При назначении лечения, в котором важную роль играет психотерапевтическое воздействие, необходимо учитывать личностные особенности супругов, их возраст, уровень социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации. Лечение во всех случаях должно касаться не только лица, обратившегося за помощью по поводу сексуального расстройства, но и супружеской пары.

Наиболее частой причиной нарушения сексуального здоровья является низкий уровень сексуальной культуры, обусловленный недостаточной осведомленностью в области психогигиены половой жизни, отсутствием верных представлений о норме, физиологических колебаниях сексуальной функции, о правильном сексуальном поведении. В таких случаях необходима рациональная психотерапия — коррекция путем разъяснения и логического убеждения.

Соблюдение принципов и правил медицинской этики и деонтологии является непременным условием эффективности диагностики, и лечения больных с нарушением сексуального здоровья.

\* Актуальные вопросы психиатрической практики. — Полтава, МЗ УССР, УЗ Полтавского облисполкома, Полтавский медицинский стоматологический институт, Полтавская областная клиническая психиатрическая больница им. А. Ф. Мальцева, 1991. — Выпуск 6. — С. 50—52.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ\*

В. В. Кришталь

*Харьковский институт усовершенствования врачей*

Проблема психосоматики — одна из наиболее сложных проблем в медицине, решение которой требует системного, междисциплинарного подхода. Формирование расстройства сексуального здоровья может служить моделью механизмов развития психосоматических заболеваний. Системное понимание психосоматических соотношений при нарушении сексуального здоровья предусматривает изучение роли в его генезе не только психических и соматических, но и социальных, психологических и социально-психологических факторов, т.е. общей и сексуальной культуры человека, личностных особенностей и эмоциональных реакций, соотношения сознательного и бессознательного, психологических механизмов защиты, а также межличностных отношений супругов, степени их адаптации на всех уровнях взаимодействия.

Биологические структуры формируют морфо-функциональную систему, отвечающую за соматосексуальное развитие, регуляцию полового инстинкта, формируют тип половой конституции и создают предпосылку половой потребности, тогда как психосексуальное развитие определяется в основном социальными и психологическими факторами, и обусловленное ими сексуальное поведение — это проявление личности в процессе ее взаимодействия с культурой.

Низкий культурный уровень может быть источником нарушения сексуального здоровья, т.е. психосоматической патологии. Социогенные факторы (неправильное половое воспитание и сексуальное просвещение, детские и подростковые сексуальные психотравмы) могут приводить к психологическим конфликтам и включению психологической защиты, например, к вытеснению психотравмирующих ситуаций, и к соматической, психо- и соматовегетативной патологии, влияя в то же время на поведение личности. Нередко у больных отмечается механизм психологической защиты на биологическом уровне — это прямой путь к психосоматическим заболеваниям вследствие психотравмирующих обстоятельств.

Хроническое подавление эмоций, эмоциональные расстройства, всегда сопровождаются сексуальными нарушениями вследствие межличностных и внутриличностных конфликтов, приводят к характерологическим сдвигам от трансформации скрытой акцентуа-

ции характера в явную до патохарактерологического развития личности, к различным невротическим реакциям и состояниям (ипохондрическим, депрессивным, истерическим) и даже реактивным состояниям, которые, как правило, сопровождаются увеличением содержания в крови пролактина, эстрадиола, прогестерона, что в свою очередь приводит к нарушению нейрогуморальной регуляции сексуальной функции. Супружеские конфликты нередко влекут за собой снижение половой активности и дизритмию половой жизни, которые становятся причиной конгестивного простатита и расстройства сексуальной функции у мужчин и способствуют развитию воспалительных процессов в гениталиях у женщин.

В возникновении нарушений сексуального здоровья большое значение имеет биологическая неполноценность систем и органов. Как свидетельствуют исследования и клинический опыт, сексуальные расстройства, как правило, развиваются у лиц с ослабленным типом половой конституции. Неврозы, хронический простатит и другие заболевания нередко приводят к сексуальному расстройству в тех случаях, когда у больных отмечается слабый тип половой конституции, а задержка соматосексуального и психосексуального развития выступает при этом в качестве предрасполагающего фактора. Таким образом, выявление системных механизмов психосоматических соотношений в генезе нарушения сексуального здоровья, как, впрочем, и другой патологии, должно быть непременно звеном диагностического процесса, поскольку оно открывает возможность адекватно сочетать психотерапевтические и биологические методы коррекции практически любых соматических и психических заболеваний.

\* Український вісник психоневрології, вип. 1. — Харків, 1993. — С. 107—108.

## ДІАГНОСТИКА «ВНУТРІШНЬОЇ КАРТИНИ ХВОРОБИ» ПРИ СЕКСУАЛЬНИХ РОЗЛАДАХ ТА ДИСГАРМОНІЯХ\*

В.В. Кришталь, Р.І. Білобровка

*Кафедра медичної сексології та медичної психології  
Харківський інститут удосконалення лікарів*

Внутрішня картина хвороби — це власне відношення пацієнта — хворого до своєї проблеми — хвороби і вироблення, побудова моделі поведінки, яка б допомагала вирішити цю проблему.

Проте в силу специфіки особистісного реагування на подразник, тобто проблему-хворобу, не завжди отримуємо позитивний результат.

До лікаря такий хворий приходить із тупиковою ситуацією — неможливості її вирішення самостійно своїми силами.

Формування моделі поведінки, тобто алгоритму вирішення проблеми-хвороби, залежить від кількох особистісних факторів, а саме: типу психічної діяльності, інтелекту, типу емоційного сприйняття і реагування, наявних психологічних систем захисту, ціннісних орієнтацій та віри в себе. Виявивши особливості цих структурних елементів особистості, їх взаємовплив між собою, тобто діагностувавши їх, ми зможемо скорегувати їх, внісши доповнення та корективи в ті ланки, які будуть вносити збій у процес формування правильної моделі поведінки-реагування, а також, знаючи особливості парної поведінки суб'єкта, ми можемо підібрати більш адекватний тип лікування, врахувавши всі діагностовані нами особливості пацієнта.

Враховуючи той факт, що статева функція проявляється в парі, тобто є строго парною, провівши аналогічний аналіз протилежного учасника пари, ми зможемо ще більш адекватно відкорегувати особливості його реагування, тобто статево-поведінкові реакції, що будуть найбільш відповідними у даній парі.

\* Новое в медицине: теория, практика: Тезисы научной конференции. — Харьковский институт усовершенствования врачей, Харьков, 1994. — С. 34.

## К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ ФОРМИРОВАНИЯ МОТИВАЦИИ И МОТИВОВ СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕСТУПЛЕНИЙ\*

В. В. Кришталь, Б. Л. Гульман

*Харьковский институт усовершенствования врачей*

Причины такого сложного социального явления как сексуальные преступления, не могут быть изучены в рамках какой-либо одной дисциплины — психиатрии, сексопатологии, психологии и социологии. Познание их требует комплексного, междисциплинарного, системного подхода. Возникновение, формирование и реализация мотивов сексуальных преступлений, их источники и условия совершения являются результатом интеграции социальных, психологических, социально-психологических и биологических (психофизиологических) факторов.

С целью изучения причин, условий и механизмов возникновения сексуальных преступлений, знание которых необходимо для диагностики их мотивов, нами разработан метод системно-структурного анализа мотивации сексуального поведения. Основой его послужили результаты обследования 300 здоровых лиц, не совершавших преступление. Анализ предусматривает выделение следующих компонентов сексуального поведения: социального, психологического, социально-психологического и биологического.

Социальный компонент обусловлен степенью социализации общего и сексуального поведения, выработкой установок и усвоением норм поведения. Важным мотивообразующим фактором поведения является образ жизни, его уровень (в макро- и микросфере), который воздействует на формирование и актуализацию потребности, образование и выбор целей и т.д. Неправильный образ жизни может приводить к обеднению интересов, оскудению общения, ослаблению моральных регуляторов поведения и усилению примитивных, биологических потребностей и форм их удовлетворения. Социальное окружение непосредственно или опосредованно влияет на формирование мотивов поведения и на весь процесс мотивации. Высокозначимым условием для реализации мотива служит ситуация, которая может активизировать или, напротив, нивелировать мотивы сексуального поведения.

Психологический компонент определяется ролью личности (социальных и психологических ее характеристик) в поведении, соотношением осознаваемых и неосознаваемых психических процессов. Воздействие внешних обстоятельств опосредуется через личность, через ее внутренние условия (социальная среда-личность-поведение). Стабильность личностных позиций, мотивов деятель-

ности, направленность личности, правовые и моральные оценки своего поведения определяются зрелостью личности.

Социально-психологический компонент обусловлен межличностными отношениями. Наибольшей мотивообразующей силой обладает группа, которая влияет на мотив поведения через групповые нормы, образы поведения, мнения, взгляды, эмоциональные контакты. При этом возникают проблемы общения, деятельности, определяются ролевые позиции, такие факторы, как взаимопонимание, взаимодействие, взаимовлияние, совместимость, идентификационные процессы. Особое мотивационное значение в генезе поведения имеет социальная роль, в понятие которой входят определенные требования и ожидания окружающих в отношении поведения человека в конкретной ситуации. Развитие внутриролевого или межролевого конфликта влияет на формирование мотивов поведения. Восприимчивость к групповым влияниям зависит от того, насколько они соответствуют «я-концепции» личности.

Биологический компонент детерминирован анатомо-физиологическими процессами, индивидуальными особенностями психики и психосексуального развития, конституцией, которые могут влиять как на проявление потребности, так и на способы ее удовлетворения, а также на психодинамическую сторону поведения.

Таким образом, мотивация сексуального поведения является продуктом интеграции социальных, психологических, социально-психологических и биологических факторов.

Системный анализ мотивации сексуального поведения состоит из четырех этапов.

На первом из них оценивается состояние ее компонентов по мотивообразующим факторам поведения.

Социальный компонент мотивации оценивают по следующим факторам:

- 1) образ жизни, ее уровень и стиль;
- 2) макро- и микро-социальная среда;
- 3) ситуация;

Критериями оценки состояния психологического компонента мотивации служат:

- 1) мировоззрение и убеждение;
- 2) морально-этические и эстетические установки личности;
- 3) уровень интеллекта;
- 4) состояние эмоционально-волевой сферы;
- 5) восприятие, память, мышление, воображение, способности;
- 6) уровень притязаний, самооценка;
- 7) характерологические особенности;
- 8) темперамент, тип нервной системы.

Социально-психологический компонент предусматривает оцен-

ку следующих факторов:

- 1) особенности общения и идентификационные процессы общения;
- 2) социальная роль личности, интернализация его норм, характеризующих социальную роль;
- 3) приобщение к коллективным формам поведения;
- 4) межличностные взаимодействия.

Критерии оценки биологического компонента мотивации:

- 1) анализ инстинктов;
- 2) определение типа конституции;
- 3) наличия или отсутствия врожденной или приобретенной психоневрологической симптоматики, свидетельствующей о психических заболеваниях или об органическом поражении центральной нервной системы;
- 4) эндокринных заболеваний;
- 5) алкогольного опьянения.

На втором этапе определяется механизм влияния выявленных факторов на возникновение и формирование мотивации и мотивов сексуального поведения, которые, как известно, проходят следующие этапы: появление потребности, актуализация потребности, опосредование потребности, опредмечивание данной потребности, потребностное состояние, «напряженное мотивационное поле» — фрустрация или возможность удовлетворения; в случае фрустрации: отрицательные эмоции — конфликт — неадекватное поведение или угасание потребности.

Формирование мотивации и мотивов зависит, как правило, от иерархизации побуждений: общественное — личное, социальное — индивидуальное, объективное — субъективное, естественное (витальное) — культурное, материальное — духовное; внешнее — внутреннее, должное — желаемое, ситуативное — устойчивое, сиюминутное — перспективное, эмоциональное — рациональное, реальное — мнимое; главное — второстепенное.

На третьем этапе строится структурная решетка формирования мотивации и мотива поведения, позволяющая выявить их причинные, усугубляющие, провоцирующие и предрасполагающие факторы.

В случаях девиации, противоправного поведения — сексуального преступления — проводится четвертый этап анализа, целью которого является определение социального, психологического и биологического (клинического) диагноза.

Такой дифференцированный диагноз дает возможность правильно построить систему психологической коррекции нарушений сексуального поведения и разработать психопрофилактические мероприятия.

\* Український вісник психоневрології. — 1994. — вип. 3. — С. 30—32.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ\*

В. В. Кришталь

Эпидемиология сексуальных расстройств очень мало изучена, несмотря на то, что эпидемиологические исследования необходимы для разработки эффективной системы сексологической помощи населению и решения ряда социальных, психологических и медико-биологических проблем сексологии.

Результаты проведенного нами обследования 1000 супружеских пар позволили установить, что у  $24 \pm 4\%$  из них имела место полная сексуальная гармония, у  $36 \pm 6\%$  — частичная дисгармония, а у  $40 \pm 5\%$  — полная гармония.

Все супружеские пары с дисгармонией, в том числе частичной, отметили потребность в консультации сексопатолога и медицинского психолога, из гармоничных супружеских пар желание проконсультироваться высказали только  $5 \pm 2\%$  мужчин и  $8 \pm 3\%$  женщин.

Обследованные были в возрасте от 19 до 60 лет и старше. Почти половина из них ( $49 \pm 5\%$ ) были жителями г. Харькова, остальные — жителями сельской местности. Среднее специальное образование имели  $32 \pm 5\%$  мужчин и  $31 \pm 5\%$  женщин, высшее — соответственно  $47 \pm 6\%$  и  $46 \pm 6\%$ . Половину обследованных составляли служащие, половину рабочие и работники сельского хозяйства (по  $50 \pm 5\%$ ).

Общее состояние своего здоровья большинство мужчин и женщин ( $71 \pm 6\%$  и  $63 \pm 4\%$ ) считали нормальным. В браке большая часть супругов ( $81 \pm 7\%$ ) состояли от 6 до 20 лет.

Обследование показало, что даже в гармоничных семьях имеет место средний уровень развития межличностных отношений супругов в сексуальной сфере (коэффициент 6,0 у женщин и 6,3 у мужчин), им присуща некоторая скованность в общении на сексуальные темы по сравнению с общением в других сферах жизни. По-видимому, это объясняется наличием и устойчивостью ряда норм общественного сознания, объявляющих данную тему закрытой для обсуждения. В дисгармоничных семьях уровень межличностных отношений был низким: коэффициенты общения составляли от 5, 5-5, 6 (при частичной дисгармонии) до 2,7-2,1, т.е. о практически полной деструкции.

Резко (в 2—3 раза) различались в гармоничных и дисгармоничных семьях частота конфликтов, отличались также их причины и характер.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить ряд следующих эпидемиологических закономерностей нарушения



сексуального здоровья. Оно показало прежде всего, что подавляющее большинство — 82 % обследованных испытывают потребность в консультации, а 76% из них — в лечении у сексопатолога и медицинского психолога. При этом, чем выше уровень образования супругов, тем больше значимость психологических и социально-психологических факторов в генезе нарушения сексуального здоровья. В то же время высокий уровень образования не всегда определяет повышение уровня сексуальной культуры.

Сексуальная дисгармония наиболее часто встречается в периоды 5—10 и 15—20 лет супружеской жизни. По мере усугубления дисгармонии ухудшаются межличностные отношения супругов, и наоборот, с возрастом роль соматических факторов в течении дисгармонии приобретает большее значение, чем психологических. Конфликты в дисгармоничных семьях принципиально отличаются от конфликтов у гармоничных супружеских пар: в первом случае в основе конфликтов, носящих деструктивный характер, лежат внутренние причины (личностные, межличностные), во втором — конфликты носят конструктивный характер и возникают, как правило, по внешним (социальным) причинам.

\* Сексология и андрология, вып. № 3. — Киев, АМН Украины, МЗ Украины, Научно-медицинское общество сексологов, Украинский НОМКЦ сексопатологии и андрологии, Институт Урологии и нефрологии АМН Украины, АО «Укрпрофздравница», 1996. — С. 24—25.

## ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД В РАЗРАБОТКЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ И ПРИКЛАДНЫХ АСПЕКТОВ ПСИХОТЕРАПИИ, МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ, НАРКОЛОГИИ И СЕКСОЛОГИИ\*

И. К. Сосин, В. В. Кришталь, Г. П. Андрух

Результативный опыт многолетнего научного сотрудничества кафедр наркологии, медицинской сексологии и медицинской психологии, психотерапии базируется на интегральном поиске и включении в исследовательский процесс «сквозных», «смежных», «на стыке» проблем, объединяющих данные клинические дисциплины.

Концептуальные положения данной интеграции следующие.

При наркологических заболеваниях и расстройствах сексуальной функции в патологический процесс вовлекаются однотипные центральные механизмы, ведающие сферой влечений с ее нейрогормональными, нейромедиаторными, эндогенно-опиатными, нейроцепторными и другими компонентами. Характерно также участие личностно-психологических девиаций и однотипных отклонений сфер психической деятельности (тревожно-фобические, анксиозные и другие состояния). Отсюда вытекает роль медицинской психологии и психотерапии.

Закономерным является многофакторная и разнонаправленная взаимообусловленность формирования зависимости (алкогольной, наркотической и пр.) и нарушений сексуальной функции. Сексуальные расстройства могут выступать как первичный предрасполагающий фактор алкоголизации, наркотизации. С другой стороны, алкоголизация может являться первичным ноцицептивным фактором, запускающим механизмы развития сексуальной патологии. Возможны варианты синхронного, независимого формирования данных видов расстройств. Изучение сочетанной патологии в аспекте супружеской пары (Е. В. Кришталь, 1998) позволило сформулировать концепцию о патологической семье, что существенно меняет взгляды на терапевтические подходы.

\* Вопросы пограничной психиатрии, психотерапии, медицинской психологии: Материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения И. З. Вельвовского, 75-летию основания Харьковского института усовершенствования врачей и 135-летию курорта «Березовские минеральные воды», 4—5 июня. — Харьков, 1998. — С. 71—72.

## ДО ПИТАННЯ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ТА ГОРТАНОГЛОТКИ\*

Кришталю В. В., Тимчук С. М., Чернокур О. А., Ковтуненко О. В.

Сучасна медицина, вивчаючи хвороби, виходить із визнання єдності соматичного і психічного, організму і особистості в усій складності їхніх співвідношень. Цьому аспектові медичної науки в минулому приділяли багато уваги найвидатніші лікарі.

Проблема ще більше ускладнюється, коли йдеться про тяжке хронічне соматичне захворювання. Таке захворювання суттєво змінює всю соціальну ситуацію життя і діяльності людини, рівень її психічних можливостей у здійсненні цієї діяльності, воно спричиняє обмеження кола контактів з оточуючими, змінюючи, таким чином, об'єктивне місце, що посідає людина в житті, і тим самим — її «внутрішню позицію» щодо всіх обставин життя.

Тяжка соматична хвороба насамперед змінює біологічні умови ходу діяльності людини. Сама по собі біологічна зміна організму не входить до змісту соціальної ситуації, а є лише передумовою протікання психічної діяльності. Проте вплив її позначається на динаміці діяльності, витривалості людини до навантажень (фізичних та психічних), стійкості енергетичного потенціалу діяльності, збереженні її операційного складу тощо. Усі ці власно психологічні наслідки біологічної шкідливості, пов'язаної з соматичною хворобою, значною мірою визначають соціальну ситуацію, що складається в умовах хвороби.

Найважливішим соціальним наслідком хвороби є зміна професійного і сімейного статусу людини. Змушене відмовлення від звичайної професійної діяльності (необхідність у зміні професії в зв'язку з захворюванням або перехід на інвалідність), перетворення на об'єкт сімейної опіки, ізоляція від звичайного соціального оточення неминуче спричиняє зміну психічного образу хворого.

Враховуючи зазначене, слід вважати, що об'єктом психологічної діагностики повинні бути не тільки сам пацієнт, але й вся та соціальна ситуація, в якій здійснюється його життєдіяльність. Основні моменти, що утворюють цю ситуацію: пацієнт із притаманними йому преморбідними відмінностями особистості та їхня зміна в ході хвороби (спрямованість особистості, самооцінка, настанова та трудову діяльність, внутрішня картина хвороби).

Психологічна і соціальна адаптація людини є результатом діяльності цілісної самоврядної системи, яку являє собою індивід і яка у свою чергу є компонентом більш складної системи індивід-

суспільство. Активність цієї та іншої забезпечується не простою сукупністю цих компонентів, а їхньою взаємодією, що породжує нові інтегративні якості, які не притаманні окремим компонентам і відповідно не доступні оцінці і розумінню при їх ізольованому розгляді.

\* Вестник проблем биологии и медицины. — Полтава-Харьков. — 1998. — Вып. 10. — С.71—72.

## О СИСТЕМНОМ ПОДХОДЕ К ОЦЕНКЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАСТУРБАЦИИ\*

В. В. Кришталь

*Харьковский институт усовершенствования врачей*

Феномен мастурбации изучали многие исследователи.

Однако точки зрения на ее роль в становлении сексуальности расходятся. Одни авторы считают, что мастурбация не вредна и даже полезна, другие преувеличивают ее патогенность. Нам представляется наиболее правильным оценивать «физиологичность» или патогенность мастурбации в зависимости от её типа, продолжительности и интенсивности, состояния генитальных и внегенитальных эрогенных зон, их адекватности и неадекватности, от возраста, соматического, психического, соматосексуального, психосексуального развития и особенностей личности, а также степени зависимости от мастурбации дальнейшего сексуального поведения.

В паралубертатный период (1 год — 7 лет) у детей тактильное воздействие на половой орган, манипуляции с ним вызывают приятное ощущение, возбуждение, эрекцию у мальчиков, но не приводит у них к эякуляции и оргазму, так же как к оргазму у девочек: это так называемая фрустрационная псевдомастурбация. Но в препубертатный период (7—13 лет) этот тип мастурбации может трансформироваться в раннюю допубертатную (патогенную) мастурбацию, которая характеризуется тем, что ее развитие начинается до пробуждения либидо и нередко сопровождается оргазмом без эякуляции или эякуляцией без оргазма у мальчиков, а у девочек, как правило, приводит к оргазму.

В пубертатный период (12—18 лет) происходит активное сомато- и психосексуальное развитие, половое созревание, формирование платонического, эротического и начальной фазы сексуального либидо. Мастурбацией в этот период юношеской гиперсексуальности занимаются большинство как юношей, так и девушек, и она не является патогенной, если носит умеренный характер и не наблюдалась в предыдущие периоды.

В переходный период становления сексуальности (16—26 лет) мастурбацией занимаются многие мужчины и женщины при невозможности жить регулярной половой жизнью. Это заместительная мастурбация, которую также следует считать непатогенной, если ее не предпочитают гетеросексуальным контактам. В то же время отсутствие партнерской практики может негативно сказываться на сексуальной адаптации в дальнейшем. Это же и относится к периоду зрелой сексуальности (26—55 лет).

Мастурбация в инволюционный период (51—70 лет), характеризующийся снижением половой активности и регрессом либидо, может быть патогенной, если она входит в структуру дивергентного сексуального поведения, которое может развиваться в этот период (экспрессионизм, педофилия и т.д.).

Патогенность мастурбации зависит от ее типа. Патогенной является персевераторно-обсессивная мастурбация, которая носит навязчивый характер и может отмечаться при отсутствии либидо, эрекции и оргазма. Психическая мастурбация может быть патогенной, затрудняя сексуальные контакты и влияя на дальнейшее сексуальное поведение личности.

Особенно патогенна эксцессивная интенсивность мастурбации, но при оценке ее патогенности необходимо учитывать соответствие этой интенсивности типу половой конституции.

Мастурбацию следует считать патогенной, если при ней используется вспомогательные механические средства (например, введение проволоки в уретру и т.д.), что нередко наблюдается у психически больных мужчин.

Патогенность мастурбации зависит также от воздействия на генитальные или внегенитальные, адекватные или неадекватные эрогенные зоны. При получении многократного оргазма от стимуляции неадекватных эрогенных зон может сформироваться зависимость от нее, влияющая на дальнейшее сексуальное поведение мужчин и женщин.

Как известно, в процессе мастурбации формируются сексуальные сценарии, фантазии, генитальные эрогенные зоны. При асинхронии полового развития, преждевременном или задержанном психосексуальном развитии эти процессы могут искажаться и формировать неадекватные сексуальные сценарии, неадекватные эрогенные зоны. Отсутствие специфических ощущений, испытываемых при фрикциях, также может отрицательно сказываться на формировании сексуальности.

Следует учитывать, что мастурбация может входить в структуру различных перверзий или сочетаться с ними (нарциссизм, экспрессионизм, визионизм, фетишизм), а также наблюдаться при сексуальных расстройствах.

Ранняя мастурбация может приводить к диссоциации платонического, эротического и сексуального либидо. Эксцессивная и продолжительная мастурбация может негативно влиять на эрекцию, ослабляя ее, и приводить к ускоренной эякуляции (поскольку ощущения при фрикциях сильнее, чем при мастурбации) и развитию молчаливого простатовезикулизма. Она может обусловить и задержанную эякуляцию или анэякуляцию в случаях несоответствия ощущений

и суммации раздражений, возникающих при половом акте, привычным ощущениям, связанным до этого с мастурбацией; это может повлечь за собой ослабление эрекции во время полового акта и задержку или отсутствие эякуляции в связи с выработанным патологическим условным рефлексом. Взаимная мастурбация в детском и подростковом возрасте при определенных условиях может способствовать формированию неправильной психосексуальной ориентации.

Продолжительная мастурбация и отсутствие партнерского опыта иногда затрудняют умение контролировать сексуальные реакции и снижают уровень сексуальной адаптации к противоположному полу. Мастурбация может сказываться и на формировании типа сексуальной мотивации и мотива полового акта в сторону их примитивизации и девиации.

При довольно часто встречающейся неправильной или недостаточной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни у лиц с мнительными чертами характера мастурбация может способствовать формированию фобического сексуального невроза (онанофобии, дефлорациофобии), неправильной оценке своих сексуальных проявлений, а также формированию невротического или девиантного типа сексуальной культуры.

Таким образом, мастурбация в подростковом возрасте может представлять собой нормальное сексуальное проявление, средство сексуального самовыражения, познания своего тела и своих сексуальных возможностей, способ снятия сексуального напряжения, она может способствовать формированию адекватных эrogenных зон и сексуальной фантазии, и в этих случаях мастурбацию следует считать нормальным физиологическим феноменом.

Патогенной мастурбация является в тех случаях, когда она практикуется в раннем, допубертатном возрасте, способствует нарушению психосексуального развития, аномальному сексуальному поведению, развитию сексуальной дисфункции и нарушению сексуальной адаптации мужчин и женщин.

Такая системная оценка патогенности мастурбации определяет и подход к ее коррекции. В соответствии с выявленными механизмами патогенной мастурбации необходимы либо педагогические, воспитательные меры, психотерапевтическая коррекция — рациональная психотерапия, библиотерапия, сексуально-поведенческий и сексуально-эротический тренинг, а при необходимости — и медикаментозное лечение.

\* Сексопатология и андрология. Лекции для врачей. Вып. 4 / Под ред. Б. М. Ворника. — Киев, 1998. — Харьков, 1983. — С. 8—11.

## СУДЕБНЫЕ АСПЕКТЫ ПОРНОГРАФИИ\*

В. В. Кришталь, Н. К. Агишева, Е. П. Мелентьева, И. Н. Козаченко

В последние годы в связи с демократизацией общества, в нашей стране значительно расширилось распространение так называемых порнографических произведений — литературных, изобразительных, видеопроизведений и т.п., нередко являющихся объектом судебной экспертизы. В связи с этим возникла необходимость более тщательного изучения данной проблемы.

Отражение в литературе и изобразительном искусстве сексуальной деятельности человека представляет собой древнейшее явление. Сексуальные сцены воспроизведены еще в наскальных рисунках. У древних народов нагота составляла излюбленную форму пластического искусства и эротизм служил предметом культа. В Элладе изображение сексуальных сцен были вполне обыденными: сексуальные мотивы в архитектуре украшали частные дома и общественные здания, в том числе храмы. В Афинах был даже специальный храм. Посвященный «олицетворению бесстыдства», украшенный чтимыми эмблемами «приапических гениев» и Афродиты. Вакхические оргии служили неисчерпаемой темой греческого изобразительного искусства и литературы. Римляне использовали на пирах кубки с высеченными на них сценами, возбуждающими сладострастие. Широко известен храм Кхаджурахо в Индии, скульптурные изображения которого отражают представления того времени о счастье, здоровье и сексе, воспевают земную любовь, а в древнеиндийском трактате о любви Камасутра (400 г. до н.э.), являющемся философским учением о сексуальности и духовности, подробно описывается техника секса. Японские графические изображения полового акта и гравюры по дереву, изображающие самые разнообразные формы сексуальных контактов, в XVI—XVII вв. считались шедеврами искусства.

Однако в разные эпохи, и, особенно, в новое время, открытие изображение, описание, обсуждение интимных сторон сексуальной жизни вызывало резкое противодействие части общества, в том числе официальные запреты.

В ряде европейских стран (Англии, Франции, Германии) с конца XVIII в. и в России в XIX в. принимались законодательные акты против порнографии, а в начале XX в. борьба с ней приобрела международный характер. В 1913 г. в Париже состоялся первый международный конгресс по борьбе с порнографией, который принял ряд резолюций, объявляющих наказуемыми продажу и передачу для

временного пользования порнографических произведений. На конгрессе было принято следующее определение понятия порнографии: «Порнографией является все, что имеет непристойный характер, что расположением лиц, поз, рисунка обнаруживает специальное стремление породить нездоровые представления и своим содержанием выдает желание автора вызвать похотливые и развратные мысли».

Понятно, что такое определение является весьма расплывчатым, поскольку в термин «непристойность» можно вкладывать разный смысл, и тем более это относится к «похотливым мыслям» (сексуальным фантазиям). Четкое определение порнографии не выработано до сих пор, и сформулировать его, по-видимому, достаточно сложно. Мнения сексологов о том, что считать порнографией, существенно расходятся, а восприятие порнографических изображений и описаний очень субъективно.

Американские исследователи (R. Crook, K. Baug, 1990) в общем виде относят к порнографическим изображениям письменные или устные материалы, показывающие или описывающие сексуальное поведение или половые органы и вызывающие сексуальное возбуждение. Авторы, однако, сами признают, что такое определение является слишком широким: под него попадают как рекламная продукция с сексуальной ориентацией, так и откровенное изображение полового акта и сцен сексуального насилия, в том числе убийства и истязания. В законодательстве наибольшее противоречие вызывает определение «непристойности», т.е. того, что вызывает отвращение с общественной или личной точки зрения.

В украинском законодательстве (ст. 211 УК) преступным считается нарушение принципов половой морали посредством ввоза или распространения предметов порнографического характера, к которым относятся произведения, предназначенные для возбуждения «нездорового полового влечения путем циничного, грубо натуралистического или противоестественного отображения сферы половой жизни». В таком качестве могут выступать рассказы, стихи и другие произведения порнографического содержания в печатном, машинописном, рукописном виде, изображения (воспроизведение действий) порнографического характера на фотоснимках, рисунках, в скульптурных композициях, кино- или видеофильмах и т.д. В статье указывается, что изготовление, распространение и сбыт порнографических предметов является опасной формой нарушения принципов половой морали: создавая искаженное представление об интимных отношениях между полами, особенно у молодежи, оно наносит вред нравственности. Отмечается также, что произведения изобразительного искусства или художественной литературы, вос-

певающие красоту человеческого тела, не имеют отношения к порнографии. Если относительно того или иного произведения возникают сомнения, назначается искусствоведческая экспертиза.

Приведенное в ст. 211 Уголовного кодекса Украины определение порнографии также трудно назвать достаточно четким, поскольку «циничное, натуралистическое отображение», как и «непристойное», нельзя считать объективной характеристикой к такому сложному явлению, как сексуальная сфера. Неясно, что считать «нездоровым влечением» и, кроме того, что у одного человека возбуждает влечение, у другого может вызывать отвращение. Это зависит, в частности, от типа сексуальной культуры. Так, если пуританская культура отвергает какие бы то ни было удовольствия, в том числе и сексуальное наслаждение, а репрессивная культура основана на подавлении любых проявлений секса и даже запрещает их обсуждение, то аполоновский тип сексуальной культуры отличается стремлением радоваться сексу и отсутствием комплексов, либеральный — терпимым отношением к сексуальным связям, а оргастический приемлет все формы сексуальной активности, включая девиантные.

Таким образом, оценка порнографии как однозначно негативного явления в жизни общества затрудняется отсутствием объективных критериев. Это само по себе показательный факт, если учесть, что сексуальное изобразительное искусство сопровождает практически всю историю существования человеческого общества.

Верховным судом США были установлены три критерия для определения непристойности: первый — порнографический материал должен возбуждать похотливый интерес к сексу; второй — он должен вызывать явное отвращение, исходя из современных норм данной общественной группы; третий — материал не должен представлять какой-либо литературной, художественной, политической или научной ценности. Однако «похотливый интерес», т.е. сексуальное возбуждение, в принципе, нельзя считать отрицательным явлением, а нормы общественных групп, как отмечалось выше, и художественные вкусы существенно различаются, что справедливо в отношении любых произведений литературы и искусства.

Общество, разумеется, должно воспитывать вкусы, но не путем запретов. Если рисунок, скульптура, стихотворение и т.п. признаны недостаточно художественным, должны ли они быть запрещены, уничтожены? И значит ли это, что художник, писатель, не сумевший создать высокохудожественное произведение, должен быть привлечен к уголовной ответственности? Между тем, законодательство именно так ставит вопрос в отношении произведений

литературы и искусства на сексуальные темы, исходя из того, что они могут наносить ущерб морали.

Нам представляется, однако, справедливым высказывание Оскара Уайльда, что не существует книг моральных или аморальных, а есть только произведения плохие или хорошие.

Следует признать неправомерным сам термин «порнография», изначально в Древней Греции обозначавший «описание проститутки». На протяжении сотен лет содержание его изменялось, и теперь можно говорить, что под этим понятием подразумевается описание сексуального поведения человека во всем многообразии его форм, и нормальных, и девиантных. Поэтому правильнее было бы употребить термин «сексография».

Сексографическое искусство представляет собой один из видов информации, на которую имеет право каждый человек. Ограничения его распространения, по-видимому, должно заключаться в отведении для этой цели специальных мест (магазинов, выставок, кинозалов), где желающие могут приобрести или ознакомиться с произведением сексуального характера, в то время как дети и те, кого это не интересует, не будут с ними соприкасаться. Отметим также, что, как показали проведенные в Дании специальные исследования, знакомства с так называемой порнографической продукцией не оказывает негативного влияния на сексуальность человека и не приводит к увеличению числа сексуальных преступлений.

Отсутствие точного определения и критериев оценки порнографии по существу делает невозможной ее объективную судебную экспертизу, и нередко эксперты, оценивая произведения сексуального содержания, на самом деле высказывают свое личное к ним отношение.

Нам представляется, что следует направлять вызывающие сомнения сексографические произведения на искусствоведческую и сексологическую, а их авторов — психиатрическую экспертизу, поскольку ими могут быть лица, страдающие сексографоманией.

Таким образом, по нашему мнению, борьба с сексографией должна заключаться не в запрете, не в определении контроля ее качества, но главным образом — в ограничении доступа к ней.

\*Актуальні питання теорії та практики судової експертизи: Матеріали конференції, присвяченої 25-річчю кафедри судово-медичної експертизи. — вип. VI. — Харків, ХМАПО. — С. 112—115.

## СЕКСУАЛЬНАЯ КОММУНИКАЦИЯ СУПРУГОВ И ПРИЧИНЫ ЕЕ НАРУШЕНИЯ\*

В. В. Кришталь

Сексуальная коммуникация представляет собой один из важнейших аспектов супружеского взаимодействия. К ней приложимы представления об основных функциях коммуникативного процесса — информативной, эмотивной, поведенческой (установление контактов), успешное выполнение которых обеспечивает сексуальную гармонию при сохранении индивидуальности каждого из супругов.

Системный подход к познанию сложных механизмов взаимодействия супругов, в том числе в половой жизни, позволяет выделить четыре компонента сексуального общения: личностный, информационный, эмоциональный и поведенческий.

Первый из них определяется наличием у супругов гармоничных или дисгармоничных черт характера, второй — информационный — компетентностью в вопросах общей и сексуальной коммуникации, уровнем знаний в области психогигиены половой жизни, уровнем и типом сексуальной культуры. Эмоциональный компонент является естественным элементом сексуального общения и определяется способностью адекватно реагировать в различных ситуациях. Поведенческий компонент сексуальной коммуникации зависит от адекватного или неадекватного способа сексуального поведения в той или иной ситуации сексуальных контактов.

Важным условием успешной сексуальной коммуникации является способность каждого из супругов к вербальному контакту в сексе и умение общаться при сексуальных контактах на невербальном уровне, понимать невербальные знаки друг друга.

Естественно, что правильная сексуальная коммуникация во многом зависит от черт личности и характера партнеров. Способствуют ей гармоничные черты, такие, как адаптивность, зрелость, здравомыслие, гибкость, реализм в оценке окружающих, реальность самооценки, самостоятельность, автономность, естественность, проблемная центрация, самоуважение, разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей, умение принимать ответственность на себя. Большая роль в сексуальном общении принадлежит невербальному способу коммуникации, которому, к сожалению, часто не уделяется должного внимания. При сексуальных контактах невербальные сообщения могут выражать удовольствие, страсть, широкий спектр других чувств, в том числе и неудоволь-



ствии, неудовлетворенность. Эффективное средство невербальной коммуникации — прикосновения, выражающие нежность и любовь друг к другу. Но прикасаясь друг к другу только во время полового акта, супруги отделяют физическую сторону своих отношений от эмоциональной и духовной, тогда сексуальное общение по существу уже может быть проявлением патологической коммуникации.

К нарушению сексуального общения могут приводить неосведомленность в вопросах общей и сексуальной коммуникации; неадекватные эмоциональные реакции одного или обоих супругов; наличие у одного или обоих супругов дисгармоничных черт личности и характера; неадекватные способы сексуального поведения; неумение супругов разговаривать о своих сексуальных отношениях и неумение слушать; отсутствие невербальной коммуникации.

Способствуют нарушению сексуального общения дисгармоничные черты личности и характера у одного или обоих супругов: дезадаптивность, инфантилизм, нездравомыслие, ригидность, использование каузальной атрибуции, нереальность самооценки, центрация на несущественных параметрах, крайние варианты отношения к себе (самоуничижение, самовосхваление), эгоцентризм.

Особые трудности возникают при наличии у одного из супругов и тем более у обоих таких черт, как застенчивость, агрессивность, самовлюбленность, эгоизм, неспособность к сопереживанию, нереалистические ожидания.

Резко нарушает интимные контакты застенчивость, которая заставляет человека замыкаться в себе. Агрессивность одного из супругов вынуждает другого занимать оборонительную позицию, что, естественно, не способствует успешному сексуальному контакту. Такая черта, как самовлюбленность, поглощенность самим собой, отталкивает партнера, а эгоизм, вытекающий из самовлюбленности, может стать непреодолимым препятствием к настоящей интимной близости между супругами. Столь же отрицательную роль играют идеализированные представления о сексуальных контактах. Ожидая невозможного, супруги создают предпосылки для разочарований и фрустрации.

При любом сочетании характерологических черт в паре отрицательно влияют на сексуальную адаптацию ригидный, тревожный характер, склонность к навязчивостям, недостаточная эмоциональность, антисексуальные взгляды и, как указывалось, застенчивость, неуверенность в себе, склонность к самоуничижению, мазохистские наклонности.

Неизбежное существование личностных различий между людьми диктует необходимость владения навыками эффективной комму-

никации и их согласованного применения, в том числе при сексуальном общении. При этом условия сексуальные различия могут не препятствовать эффективному общению и даже способствовать ему.

Следует учитывать, что мужчины и женщины воспитываются в рамках различных культур общения. От женщин ждут кротости и мягкости, поэтому при коммуникации они скорее идут на компромиссы. Мужчины склонны не следовать наставлениям, поскольку в своих социальных интеракциях избегают подчиненного положения. Эти различия могут вносить диссонанс и в сексуальные отношения мужчины и женщины. Для супружеской коммуникации важно также сочетание в паре психосексуальных типов мужчины и женщины, которое может даже определить гармонию или дисгармонию сексуальных отношений супругов.

При сочетании типов мужчина-отец и женщина-дочь, женщина-мать и мужчина-сын, агрессивная женщина и пассивно-подчиняемый мужчина, пассивно-подчиняемая женщина и агрессивный мужчина, сексуальные отношения будут гармоничными. Дисгармония практически неизбежна при сочетании агрессивных или пассивно-подчиняемых мужчины и женщины и типов женщина-дочь и мужчина-сын, а также при довольно редком сочетании женщины-матери с агрессивным мужчиной.

Сексуальная коммуникация может зависеть и от сочетания в супружеской паре типов сексуальной мотивации мужа и жены. Наиболее успешная коммуникация наблюдается при взаимно-альтруистическом коммуникативно-гедоническом типе мотивации у обоих супругов, способствует ей и игровой тип, а сочетание любых других типов сексуальной мотивации (шаблонно-регламентированного, гомостабилизирующего, генитального, агрессивно-эгоистического и др.), как правило, нарушает сексуальное общение супругов.

При неумении одного из супругов адаптировать свое сексуальное поведение к поведению другого возникают различные формы сексуальной дезадаптации — коммуникативная, социокультурная, полоролевая, сексуально-эротическая, аверсионная, виргогамия (девственный брак).

Возникновение этих форм является прямым следствием патологической коммуникации супругов.

Для успешного сексуального общения важны адаптивные реакции, прежде всего, расширение диапазона приемлемости. Дезадаптивные реакции — отказ от контактов или перенос вины на партнера — усугубляет сексуальные проблемы.

При неправильном сексуальном общении, как правило, нарушаются все компоненты общения: личностный из-за наличия

у супругов дисгармоничных черт, информационный — из-за некомпетентности в вопросах психогигиены половой жизни и низкой сексуальной культуры, эмоциональный — вследствие неадекватных реакций на трудности и неудачи, поведенческий — из-за неправильных форм поведения.

В соответствии с этим помощь супругам с нарушенной сексуальной коммуникацией должна представлять собой систему, учитывающую состояние каждого из компонентов общения. Коррекция неправильного сексуального общения проводится в два этапа: выработки установки на гармоничные сексуальные отношения и выработки навыков правильного сексуального общения.

На первом этапе поставленная цель достигается методами рациональной, информационной психотерапии, библиотерапии; на втором этапе проводятся персоналистическая психотерапия и тренинги — общения, сексуально-поведенческий и сексуально-эротический.

В заключении следует подчеркнуть, что успешная сексуальная коммуникация супругов достигается только при условии сохранности всех ее компонентов — личностного, информационного, эмоционального и поведенческого. Это условие должно быть положено в основу диагностики, психотерапевтической коррекции и психопрофилактики сексуальной дезадаптации супружеской пары, независимо от вызвавших ее причин.

\* Актуальные проблемы сексологии и медицинской психологии: материалы научно-практической конференции, посвященной 15-летию кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования. — Харьков, 2002. — С. 103—108.

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЕКСОЛОГИИ\*

В. В. Кришталь, Б. М. Ворник

Вторая половина XX века ознаменовалась бурным развитием сексологии, как самостоятельной научной дисциплины. Причем были достигнуты значительные успехи в изучении и физиологии, и патологии половой функции, клиники, диагностики и лечения сексуальных расстройств, четкое осознание и обоснование роли психических, личностных и социальных изменений и влияний на сексуальную жизнь человека. Наметились значительные успехи в изучении детской сексологии, понимании процессов формирования сексуальности.

Ретроспективный взгляд на развитие зарубежной и отечественной сексологии во второй половине XX столетия позволяет выделить следующие основные достижения:

1. Разработка социально-психологического и квантификационного базиса научной сексологии (А. Кинзи).
2. Изучение анатомо-физиологических и коррекционных основ практической сексологии (У. Мастерс, В. Джонсон).
3. Создание структурного анализа: методологического обоснования сексологии как самостоятельной научной дисциплины (Г.С. Васильченко).
4. Обоснование концепции парности — основания для понимания как адаптационных, так и дезадаптационных механизмов сексуальной функции мужчин и женщин (В. В. Кришталь).

Тем не менее, значительные изменения, которые произошли в обществе за последние десятилетия, внесли соответствующие коррективы в развитие сексологии как науки.

За последнее десятилетие отношение общества к вопросам секса заметно изменилось благодаря нескольким важным общественным тенденциям: распространяющаяся во всем мире эпидемия ВИЧ-инфекции и СПИДа; развитие секс-индустрии и секс-бизнеса; мощная экспансия фармацевтических фирм с препаратами, воздействующими на эрекцию.

Необходимо отметить, что данные моменты не только не способствовали развитию сексологии, но скорее послужили тормозом в ее развитии.

Все это породило значительное количество проблем, из которых можно выделить как основные следующие:

- снижение уровня, количества и интенсивности научных разработок;

- постепенный отказ от клинического (нозологического) подхода;
- симптоматическое лечение сексуальных проблем без попыток найти причину;
- все чаще возникающие этические конфликты в работе врачей-сексологов;
- низкий уровень подготовки врачей из-за ухудшения системы обучения и аттестации;
- коммерциализация сексологии и ограниченный доступ к услугам для молодежи и для лиц с низким доходом;

Практически за последние годы не было ни одного значительного фундаментального исследования в сексологии, если не считать таковыми создание нескольких симптоматических фармацевтических препаратов для фармакотерапии эректильной дисфункции.

Анализируя перечисленные проблемы, становится очевидной необходимость поиска эффективных путей их решения.

#### **В области организации службы:**

- определение места и роли сексологической службы в структуре служб репродуктивного и сексуального здоровья;
- дальнейшая разработка и внедрение в практику системы профилактики нарушений сексуального здоровья, здоровья семьи и повышение уровня сексуальной культуры общества;
- усиление профилактической работы и сотрудничества с «третьим сектором» — т.е. с неправительственными организациями.

#### **В области научных исследований:**

- разработка стандартов диагностики и лечения сексуальных расстройств, как связующего звена между симптомом и нозологией;
- изучение причин, механизмов развития отсутствия или потери полового влечения, генитальных реакций, оргазмической дисфункции неорганического и органического генеза и их эффективной коррекции;
- разработка и усовершенствование концепции психосексуального развития и его девиаций на основе психофизиологических исследований. Развитие этого аспекта сексологической науки должно способствовать решению широкого спектра проблем не только клинической, но и судебной сексологии, а, следовательно, и профилактики сексуальных правонарушений.
- изучение сексуальных нарушений в детском и подростковом возрасте.

#### **В области подготовки кадров:**

- внедрение системы дистанционного обучения и консультирования;
- первичная подготовка;
- переподготовка врачей из смежных специальностей, но не только из психиатров, а из урологов, гинекологов, невропатологов, эндокринологов.

\*Актуальные проблемы современной сексологии и репродуктологии: Сборник тезисов научно-практической конференции, 23-26 июня 2003. — Киев, 2003. — С. 10—11.

## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ СЕКСОЛОГІЇ\*

Проф. В. В. Кришталь, проф. О. Г. Луценко, доц. Н. К. Агішева,  
доц. Л. В. Кожекару, доц. Р. І. Рудницький

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра сексології та медичної психології*

П'ятнадцятирічний досвід роботи кафедри сексології та медичної психології як в педагогічній так й в науково-практичній діяльності дозволяє визначити певні взаємовідносини відносно нової клінічної медичної дисципліни з процесами у науковій і практичній медицині з урахуванням не тільки медичного, а й соціального значення сексології.

Якщо мати на увазі, що розвиток і визначення позицій сексології як клінічної дисципліни слід розглядати під впливом культуральних, економічних, соціальних, моральних чинників, то слід зазначити, що в останні роки має місце деяке послаблення позицій сексології серед інших медичних спеціальностей.

Це пояснюється змінами в суспільному житті, зміщеннями у системі моральних цінностей, а також тою обставиною, що провідним мотивом для інтенсивної рекламної діяльності спеціалістами, що не мають фахової підготовки і відповідної кваліфікації, стає матеріальний здобуток. Навіть з попереднього погляду на зміст реклами ясно, що послугу пропонує не фахівець, що глибоко знає всебічну складність проблеми, а лікарі з суто біологічними поглядами, які пов'язують сексуальну дисфункцію виключно з локальними порушеннями.

Але ж у дійсності, згідно з визначення експертів ВООЗ (1997 р.), під сексуальним здоров'ям людини розуміється комплекс соматичних, емоційних, інтелектуальних і соціальних аспектів сексуального буття людини, що позитивно збагачує особистість та підвищує комунікабельність людини і його здатність до любові.

Нехтування цими визначеннями і зокрема використання застарілого методологічного підходу є джерелом такої терапевтичної помилки, як отожднювання сексуального здоров'я з еректильною функцією, не враховуючи, комунікативний компонент сексуальності.

До важливих складових, що призводять до нехтування сексологією як клінічною дисципліною і можуть принести шкоду здоров'ю людини слід віднести:

- 1) формування невірних уявлень у лікарів про сексуальне здоров'я та закономірності розвитку сексуальних розладів;

- 2) відсутність індивідуального підходу до пацієнтів, який є законом для медичної практики, а сексологічна практика не є виключенням з цього «золотого» правила;
- 3) дезорієнтацію широкого кола слухачів, яким тлумачиться невірна модель причин, структури та методів лікування сексуальних порушень;

Сукупність вищезгаданих причин і умов може привести до неякісної діагностики і лікування, що в уявленні пацієнтів переноситься на всю сексологічну службу і дискредитує роботу фахівця-сексолога.

Тому, система організаційних заходів повинна насамперед бути спрямована на відмову від послуг непрофесійних спеціалістів, що надто рекламують свої «послуги». Потрібно скоротити потік тенденційної медичної реклами і мати професійну експертизу її змісту.

Знецінювання сексології як медичної, клінічної дисципліни здійснюється також в умовах експлуатації і вульгаризації теми сексуальних відносин сексуальності людини у масовій культурі. У цих випадках, як правило, не існують науково обгрунтовані точки зору, а також мають місце вислови, що не відповідають медичній етиці.

До крайньої міри «наукового нігілізму» слід віднести і публікації, що прямо захищають педофілів, які використовують безнаглядних дітей.

Також негативним є погляд на сексологію, що подібно психіатрії має стигматуючий вплив на особистість, і в наслідок цього сексологічна стигматизація поєднується з характерним відношенням до сексуального життя, як до того, що є надлишковим по відношенню до здоров'я. Таким чином, знецінюється вітальна важливість сексуальної сфери для людини, що займає одне з провідних місць у системі його цінностей.

Труднощі розвитку сучасної сексології пов'язані зі слабким фінансуванням, насамперед, наукових досліджень.

У зв'язку з цим слід подумати про нові організаційні форми підготовки студентів з сексології і післядипломної підготовки фахівців, у тому числі з сімейної медицини. Необхідно більш широко інтегрувати сексологічні знання в практику підготовки інтернів-психіатрів, сімейних лікарів. Адже сімейний лікар є важливою ланкою у здійсненні профілактики і лікування захворювань.

Тому кафедрою розроблені і впроваджені в систему післядипломної освіти учбові плани і програми циклів тематичного удосконалення «Сучасні методи діагностики і корекції порушень сексуального здоров'я». «Сексологія та медична психологія у практиці сімейного лікаря».

\* Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: Матеріали учбово-методичної конференції, присвяченої 80-річчю ХМАПО, 11–12 листопада 2003 року. — Харків, 2003. — С. 162–163.

## ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПОДГОТОВКИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ\*

*д-р. мед. наук, проф. Б. В. Михайлов, канд. мед. наук, доц. В. Г. Марченко,  
канд. мед. наук, доц. А. И. Сердюк, д-р. мед. наук, проф. В. В. Кришталь,  
д-р. мед. наук, проф. Н. А. Марута, д-р. мед. наук, доц. Е. В. Кришталь,  
А. И. Химчан*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
кафедра психотерапии*

*Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ,  
отдел пограничных состояний*

*Управление охраны здоровья Харьковской облгосадминистрации  
Управление охраны здоровья Харьковского городского Совета*

Сейчас в Украине сложилась насущная необходимость содержательной перестройки медицинского образования соответственно мировым стандартам. Для этого может быть осуществлена структурная реорганизация взаимоотношений между учреждениями охраны здоровья, научными и преподавательскими подразделениями.

Организационно на базах высших медицинских учебных заведений должны быть созданы мощные учебные и научно-практические объединения, которые включают кафедры как структурные единицы учебного процесса, НИИ и клинические подразделения. Такого рода объединения будут аналогами единого научно-педагогического и лечебного процесса университетских клиник в западных странах. При такой модели исчезают часто существующие разрывы и несогласованность между ВУЗами, НИИ и учреждениями практического здравоохранения, существенно сокращается время внедрения научных разработок в педагогический и лечебный процессы, реализуется единая медицинская доктрина. Ученые, проводящие новейшие исследования, на собственных материалах проводят подготовку кадров всех уровней и непосредственно внедряют разработки в лечебный процесс. При этом, такая форма является максимально эффективной как для традиционных форм последипломного образования, так и новых, например, резидентуры.

Концептуальные положения организации последипломного образования будут проводиться на системе единых государственных стандартов лечебно-диагностических мероприятий, выполнения научных разработок и квалификационных образовательных требований.

В Харьковском регионе в течение ряда лет действует региональная программа реформирования психотерапевтической помо-

щи. В результате сложилась новая действующая модель, построенная на следующих принципах:

- 1) максимальная интеграция психотерапевтической помощи в общесоматическую сеть;
- 2) сосредоточение основных усилий в амбулаторном звене и звене первичной медико-санитарной помощи;
- 3) обработка «бригадно-командной» модели оказания психотерапевтической помощи.

Для этого психотерапевтическая помощь фактически оказывается на модели производственно-научно-учебных объединений. Центральное место занимает амбулаторное ЛПУ — общесоматическая поликлиника или диспансер.

Созданные койки дневного пребывания распределены как в диспансере, так и в базовых общесоматических поликлиниках. Научное руководство осуществляется кафедрами ХМАПО, ХГМУ МОЗ Украины и отдельными ИНПиН АМНУ. Это дает возможность обеспечения непрерывной лечебно-консультативной работы, непосредственного внедрения новых методик обучения врачей в реальных модельных условиях.

В звене первичной медико-санитарной помощи проведено тренинговое обучение семейных врачей основам психиатрии и психотерапии. Для оказания психотерапевтического компонента медицинской помощи специальным контингентам созданы специальные центры — Центр психического здоровья студенческой молодежи, Центр психического здоровья Дергачёвской районной больницы и др.

Таким образом, функционирует последовательная дифференцированная система оказания психотерапевтической помощи: первичная медико-санитарная помощь — общесоматическая поликлиника, специализированные центры и кабинеты — ПНД — психиатрические больницы — учебно-научные подразделения. Это дало возможность оптимизировать систему и улучшить уровень и качество подготовки психотерапевтов.

\* Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: Матеріали учбово-методичної конференції, присвяченої 80-річчю ХМАПО, 11–12 листопада 2003 року. — Харків, 2003. — С. 203–205.

## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДО- ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ\*

*д-р. мед. наук, проф. Б. В. Михайлов, канд. п. наук, проф. Вітенко,  
д-р. мед. наук, проф. С. І. Табачников, д-р. мед. наук, проф. О. К. Напрещко,  
д-р. мед. наук, проф. В. В. Кришталь*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра психотерапії.*

*Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ.  
УНДІ соціальної та судової психіатрії та наркології. м. Київ  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,  
кафедра психіатрії, м. Київ.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра сексології та медичної психології.*

Проблеми до- та післядипломної освіти з психотерапії та медичної психології в сучасних умовах пов'язані з бурхливими змінами в соціально-економічних умовах існування суспільства, суттєвим зростанням в загальній структурі захворюваності межових психічних розладів (до 60%), відповідними потребами практичної охорони здоров'я у масовій підготовці психотерапевтів. Однак підготовка з психотерапії та медичної психології на до дипломного етапі бажає бути набагато кращою. В першу чергу, це пов'язано із явно недостатньою кількістю годин для вивчення цих дисциплін фактично на правах факультативних.

Студентські програми мають бути переглянуті і психотерапія введена до обов'язкових навчальних дисциплін.

В післядипломній підготовці з психотерапії вдалося створити певну систему. Психотерапія відноситься до медичної діяльності, відповідна спеціальність «Психотерапія» за №88 міститься у «номенклатурі лікарських спеціальностей», затвердженій наказом МОЗ від 19.12.1997 р., № 359. Підготовка кадрів психотерапевтів проводиться шляхом спеціалізації за фахом «Психотерапія» осіб, які у порядку передбаченому наказом МОЗ від 25.12.1992 р., №195 допущено до лікарської діяльності. Після закінчення курсів спеціалізації проводиться атестація на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст» за означеною спеціальністю (наказ МОЗ від 19.12.1997 р., №359). Спеціалізація проводиться у термін 4 місяці за навчальним планом та програмою, розробленою

за вказівкою МОЗ України від 11.03.1999 р. №513 Харківською медичною академією післядипломної освіти та Донецьким медичним університетом, яка затверджена МОЗ України від 27.10.2000 р.

Подальша атестація психотерапевтів на присвоєння кваліфікаційної категорії також визначається наказом МОЗ від 19.12.1997 р., №359.

Протилежної точки зору дотримуються деякі закордонні асоціації. Так, згідно «Декларації по психотерапії», яка прийнята Європейською Асоціацією Психотерапії (ЕАР) 21.10.91 р. у Страсбурзі, «Психотерапія є особливою дисципліною з області гуманітарних наук... одержання... освіти можливе при умовах попередньої підготовки... в галузі гуманітарних і суспільних наук».

Проти такого розуміння психотерапії виступають Інтернаціональна Федерація Психотерапії (ІФР) та Європейська та Світова Психоаналітична Асоціація (ЕАР і WAP).

Але, не дивлячись на це і в Україні є спроба трактувати психотерапію не як виключно медичну спеціальність і запровадити підготовку фахівців поза вищими медичними закладами освіти.

Почалося створення факультетів медичної психології у вищих медичних закладах освіти (Національний медичний університет, Буковинська медична академія). Випускники цих факультетів мають отримувати сертифікати спеціалістів за спеціальностями «Медична психологія», «Психотерапія», «Психофізіологія». Це дасть можливість створити систему уніфікованої професійної діяльності психотерапевтів і медичних психологів та уникнути деструктивної конфронтації між медичною та психологічною моделями підготовки і діяльності цих фахівців.

Концептуальні положення організації післядипломної освіти будуть відбуватися на системі єдиних державних стандартів, що до лікувально-діагностичних заходів, виконання наукових розробок та кваліфікаційних освітніх вимог.

\* Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: Матеріали учбово-методичної конференції, присвяченої 80-річчю ХМАПО, 11—12 листопада 2003 року. — Харків, 2003. — С.205—206.



## СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ТА НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ СЕКСОЛОГІЇ\*

*Проф. В. В. Кришталь, проф. О. Г. Луценко, доц. Н. К. Агішева,  
доц. Л. В. Кожекару, доц. Р. І. Рудницький*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра сексології та медичної психології*

П'ятнадцятирічний досвід роботи кафедри сексології та медичної психології як в педагогічній так й в науково-практичній діяльності дозволяє визначити певні взаємовідносини відносно нової клінічної медичної дисципліни з процесами у науковій і практичній медицині з урахуванням не тільки медичного, а й соціального значення сексології.

Якщо мати на увазі, що розвиток і визначення позицій сексології як клінічної дисципліни слід розглядати під впливом культуральних, економічних, соціальних, моральних чинників, то слід зазначити, що в останні роки має місце деяке послаблення позицій сексології серед інших медичних спеціальностей.

Це пояснюється змінами в суспільному житті, зміщеннями у системі моральних цінностей, а також тою обставиною, що провідним мотивом для інтенсивної рекламної діяльності спеціалістами, що не мають фахової підготовки і відповідної кваліфікації, стає матеріальний здобуток. Навіть з попереднього погляду на зміст реклами ясно, що послугу пропонує не фахівець, що глибоко знає всебічну складність сексуальну дисфункцію виключно з локальними порушеннями.

Але ж у дійсності, згідно з визначення експертів ВООЗ (1997 р.), під сексуальним здоров'ям людини розуміється комплекс соматичних, емоційних, інтелектуальних і соціальних аспектів сексуального буття людини, що позитивно збагачує особистість та підвищує комунікабельність людини і його здатність до любові.

Нехтування цими визначеннями і зокрема використання застарілого методологічного підходу є джерелом такої терапевтичної помилки, як отожднювання сексуального здоров'я з еректильною функцією, не враховуючи, комунікативний компонент сексуальності.

До важливих складових, що призводять до нехтування сексологією як клінічною дисципліною і можуть принести шкоду здоров'ю людини слід віднести:

- 1) формування невірних уявлень у лікарів про сексуальне здоров'я та закономірності розвитку сексуальних розладів;

- 2) відсутність індивідуального підходу до пацієнтів, який є законом для медичної практики, а сексологічна практика не є виключенням з цього «золотого» правила;
- 3) дезорієнтацію широкого кола слухачів, яким тлумачиться невірна модель причин, структури та методів лікування сексуальних порушень;

Сукупність вищезгаданих причин і умов може привести до неякісної діагностики і лікування, що в уявленні пацієнтів переноситься на всю сексологічну службу і дискредитує роботу фахівця-сексолога.

Тому, система організаційних заходів повинна насамперед бути спрямована на відмову від послуг непрофесійних спеціалістів, що надто рекламують свої «послуги». Потрібно скоротити потік тенденційної медичної реклами і мати професійну експертизу її змісту.

Знецінювання сексології як медичної, клінічної дисципліни здійснюється також в умовах експлуатації і вульгаризації теми сексуальних відносин сексуальності людини у масовій культурі. У цих випадках, як правило, не існують науково обґрунтовані точки зору, а також мають місце вислови, що не відповідають медичній етиці.

До крайньої міри «наукового нігілізму» слід віднести і публікації, що прямо захищають педофілів, які використовують безнаглядних дітей.

Також негативним є погляд на сексологію, що подібно психіатрії має стигматуючий вплив на особистість, і в наслідок цього сексологічна стигматизація поєднується з характерним відношенням до сексуального життя, як до того, що є надлишковим по відношенню до здоров'я. Таким чином, знецінюється вітальна важливість сексуальної сфери для людини, що займає одне з провідних місць у системі його цінностей.

Труднощі розвитку сучасної сексології пов'язані зі слабким фінансуванням, насамперед, наукових досліджень.

У зв'язку з цим слід подумати про нові організаційні форми підготовки студентів з сексології і післядипломної підготовки фахівців, у тому числі з сімейної медицини. Необхідно більш широко інтегрувати сексологічні знання в практику підготовки інтернів-психіатрів, сімейних лікарів. Адже сімейний лікар є важливою ланкою у здійсненні профілактики і лікування захворювань.

Тому кафедрою розроблені і впроваджені в систему післядипломної освіти учбові плани і програми циклів тематичного удосконалення «Сучасні методи діагностики і корекції порушень сексуального здоров'я». «Сексологія та медична психологія у практиці сімейного лікаря».

\* Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: Матеріали учбово-методичної конференції, присвяченої 80-річчю ХМАПО, 11–12 листопада 2003 року. — Харків, 2003. — С.162–163.

## ИНТЕГРАТИВНАЯ МОДЕЛЬ ПОДГОТОВКИ ПСИХОТЕРАПЕВТОВ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ\*

*д-р. мед. наук, проф. Б. В. Михайлов, канд. мед. наук, доц. В. Г. Марченко,  
канд. мед. наук, доц. А. И. Сердюк, д-р. мед. наук, проф. В. В. Кришталь,  
д-р. мед. наук, проф. Н. А. Марута, д-р. мед. наук, доц. Е. В. Кришталь,  
А. И. Химчан*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
кафедра психотерапии  
Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМНУ,  
отдел пограничных состояний  
Управление охраны здоровья Харьковской облгосадминистрации  
Управление охраны здоровья Харьковского городского Совета*

Сейчас в Украине сложилась насущная необходимость содержательной перестройки медицинского образования соответственно мировым стандартам. Для этого может быть осуществлена структурная реорганизация взаимоотношений между учреждениями охраны здоровья, научными и преподавательскими подразделениями.

Организационно на базах высших медицинских учебных заведений должны быть созданы мощные учебные и научно-практические объединения, которые включают кафедры как структурные единицы учебного процесса, НИИ и клинические подразделения. Такого рода объединения будут аналогами единого научно-педагогического и лечебного процесса университетских клиник в западных странах. При такой модели исчезают часто существующие разрывы и несогласованность между ВУЗами, НИИ и учреждениями практического здравоохранения, существенно сокращается время внедрения научных разработок в педагогический и лечебный процессы, реализуется единая медицинская доктрина. Ученые, проводящие новейшие исследования, на собственных материалах проводят подготовку кадров всех уровней и непосредственно внедряют разработки в лечебный процесс. При этом, такая форма является максимально эффективной как для традиционных форм последипломного образования, так и новых, например, резидентуры.

Концептуальные положения организации последипломного образования будут проводиться на системе единых государственных стандартов лечебно-диагностических мероприятий, выполнения научных разработок и квалификационных образовательных требований.

В Харьковском регионе в течение ряда лет действует региональная программа реформирования психотерапевтической помощи. В результате сложилась новая действующая модель, построенная на следующих принципах:

- 1) максимальная интеграция психотерапевтической помощи в общесоматическую сеть;
- 2) сосредоточение основных усилий в амбулаторном звене и звене первичной медико-санитарной помощи;
- 3) обработка «бригадно-командной» модели оказания психотерапевтической помощи.

Для этого психотерапевтическая помощь фактически оказывается на модели производственно-научно-учебных объединений. Центральное место занимает амбулаторное ЛПУ — общесоматическая поликлиника или диспансер.

Созданные койки дневного пребывания распределены как в диспансере, так и в базовых общесоматических поликлиниках. Научное руководство осуществляется кафедрами ХМАПО, ХГМУ МОЗ Украины и отдельными ИНПиН АМНУ. Это дает возможность обеспечения непрерывной лечебно-консультативной работы, непосредственного внедрения новых методик обучения врачей в реальных модельных условиях.

В звене первичной медико-санитарной помощи проведено тренинговое обучение семейных врачей основам психиатрии и психотерапии. Для оказания психотерапевтического компонента медицинской помощи специальным контингентам созданы специальные центры — Центр психического здоровья студенческой молодежи, Центр психического здоровья Дергачёвской районной больницы и др.

Таким образом, функционирует последовательная дифференцированная система оказания психотерапевтической помощи: первичная медико-санитарная помощь — общесоматическая поликлиника, специализированные центры и кабинеты — ПНД — психиатрические больницы — учебно-научные подразделения. Это дало возможность оптимизировать систему и улучшить уровень и качество подготовки психотерапевтов.

\*Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: Матеріали учбово-методичної конференції, присвяченої 80-річчю ХМАПО, 11—12 листопада 2003 року. — Харків, 2003. — С. 203—205.



## АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДО- ТА ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ З МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ\*

*д-р. мед. наук, проф. Б. В. Михайлов, канд. п. наук, проф. Вітенко,  
д-р. мед. наук, проф. С. І. Табачников, д-р. мед. наук, проф. О. К. Напресенко,  
д-р. мед. наук, проф. В. В. Кришталь*

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра психотерапії  
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти МОЗ  
УНДІ соціальної та судової психіатрії та наркології. м. Київ  
Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця,  
кафедра психіатрії, м. Київ.  
Харківська медична академія післядипломної освіти,  
кафедра сексології та медичної психології.*

Проблеми до- та післядипломної освіти з психотерапії та медичної психології в сучасних умовах пов'язані з бурхливими змінами в соціально-економічних умовах існування суспільства, суттєвим зростанням в загальній структурі захворюваності межових психічних розладів (до 60%), відповідними потребами практичної охорони здоров'я у масовій підготовці психотерапевтів. Однак підготовка з психотерапії та медичної психології на до дипломного етапі бажає бути набагато кращою. В першу чергу, це пов'язано із явно недостатньою кількістю годин для вивчення цих дисциплін фактично на правах факультативних.

Студентські програми мають бути переглянуті і психотерапія введена до обов'язкових навчальних дисциплін.

В післядипломній підготовці з психотерапії вдалося створити певну систему. Психотерапія відноситься до медичної діяльності, відповідна спеціальність «Психотерапія» за №88 міститься у «номенклатурі лікарських спеціальностей», затвердженій наказом МОЗ від 19.12.1997 р., № 359. Підготовка кадрів психотерапевтів проводиться шляхом спеціалізації за фахом «Психотерапія» осіб, які у порядку передбаченому наказом МОЗ від 25.12.1992 р., №195 допущено до лікарської діяльності. Після закінчення курсів спеціалізації проводиться атестація на визначення знань та практичних навичок з присвоєнням звання «лікар-спеціаліст» за означеною спеціальністю (наказ МОЗ від 19.12.1997 р., №359). Спеціалізація проводиться у термін 4 місяці за навчальним планом та програмою,

розробленою за вказівкою МОЗ України від 11.03.1999 р. №513 Харківською медичною академією післядипломної освіти та Донецьким медичним університетом, яка затверджена МОЗ України від 27.10.2000 р.

Подальша атестація психотерапевтів на присвоєння кваліфікаційної категорії також визначається наказом МОЗ від 19.12.1997 р., №359.

Протилежної точки зору дотримуються деякі закордонні асоціації. Так, згідно «Декларації по психотерапії», яка прийнята Європейською Асоціацією Психотерапії (ЕАР) 21.10.91 р. у Страсбурзі, «Психотерапія є особливою дисципліною з області гуманітарних наук... одержання... освіти можливе при умовах попередньої підготовки... в галузі гуманітарних і суспільних наук».

Проти такого розуміння психотерапії виступають Інтернаціональна Федерація Психотерапії (ІФП) та Європейська та Світова Психоаналітична Асоціація (ЕАР і WAP).

Але, не дивлячись на це і в Україні є спроба трактувати психотерапію не як виключно медичну спеціальність і запровадити підготовку фахівців поза вищими медичними закладами освіти.

Почалося створення факультетів медичної психології у вищих медичних закладах освіти (Національний медичний університет, Буковинська медична академія). Випускники цих факультетів мають отримувати сертифікати спеціалістів за спеціальностями «Медична психологія», «Психотерапія», «Психофізіологія». Це дасть можливість створити систему уніфікованої професійної діяльності психотерапевтів і медичних психологів та уникнути деструктивної конфронтації між медичною та психологічною моделями підготовки і діяльності цих фахівців.

Концептуальні положення організації післядипломної освіти будуть відбудовуватися на системі єдиних державних стандартів, що до лікувально-діагностичних заходів, виконання наукових розробок та кваліфікаційних освітніх вимог.

\* Актуальні питання післядипломної освіти в Україні: Матеріали учбово-методичної конференції, присвяченої 80-річчю ХМАПО, 11—12 листопада 2003 року. — Харків, 2003. — С. 205—206.

## II. СТАТЬИ В ЖУРНАЛАХ

### КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН\*

*Проф. В. В. Кришталь*

*Харьковский институт усовершенствования врачей*

Рассмотрены современные методы коррекции нарушения сексуальной функции мужчин и сексуально-эротической дезадаптации супружеской (партнерской) пары: психотерапевтические, медикаментозные, хирургические. Сделан вывод о необходимости системного комплексного подхода к коррекции расстройства сексуального здоровья с учетом состояния всех составляющих сексуальности и степени адаптации партнеров на всех уровнях взаимодействия.

Сексуальное здоровье представляет собой интегративный феномен, обусловленный действием социальных, психологических, социально-психологических и биологических факторов, что определяет многообразие его проявлений и нарушений.

Причиной расстройства сексуального здоровья может быть негативное изолированное, но гораздо чаще — сочетанное воздействие указанных факторов. Социогенные факторы приводят к формированию дисгармоничных и девиантных типов сексуальной культуры; психогенные факторы, обусловленные особенностями личности, — к возникновению внутриличностного конфликта; негативные социально-психологические факторы обуславливают развитие межличностных конфликтов, нарушение коммуникации; биогенные факторы влекут за собой расстройство нервной, эндокринной и психической регуляции сексуальной функции.

В соответствии с этим коррекция нарушения сексуального здоровья должна представлять собой систему воздействий на все патогенные факторы и их последствия с учетом парного характера сексуальной функции. При этом следует принимать во внимание, что слабость одного компонента сексуального здоровья может компенсироваться за счет другого, сохранного его компонента.

Среди методов коррекции сексуальных расстройств наиболее широкое распространение за последние три десятилетия получила секс-терапия.

Название «сексуальная терапия» возникло и применяется в научной литературе после основополагающей работы W. H. Masters,

V. E. Johnson (1976), получившей дальнейшее развитие в трудах Н. S. Kaplan (1974), L. Lo Piccolo (1980), С. Кратохвила (1991) и других сексологов. В основе метода лежит терапевтическая работа врача (или двух врачей — мужчины и женщины) с партнерами, нацеленная непосредственно на сексуальный симптом и заключающаяся в выполнении определенных сексуальных заданий, направленных на стимуляцию эрогенных зон и обучение умению регулировать сексуальные реакции. После выполнения заданий партнеры обсуждают ощущения, которые они при этом испытывали. Достоинствами метода являются открытое обсуждение своих сексуальных желаний и ощущений, снижение напряжения отношений между партнерами, поиск и использование в процессе терапии оптимальных сексуальных стимулов. В результате секс-терапии постепенно восстанавливается нарушенная сексуальная функция и ликвидируется страх перед сексуальной неудачей.

- 1) Однако существенным недостатком секс-терапии, на наш взгляд, является ее симптоматический характер, то, что в ней не учитывается огромная роль в генезе нарушения сексуального здоровья психологической, социально-психологической дезадаптации партнеров и в определенной мере — роль дезинформации в области психогигиены половой жизни. Поэтому мы считаем, что секс-терапия, и в частности разработанный нами сексуально-эротический тренинг, может проводиться только при отсутствии противопоказаний, которыми являются: низкий уровень психологической и социально-психологической адаптации супругов (партнеров);
- 2) неправильная осведомленность в вопросах психогигиены половой жизни;
- 3) психологическая неприемлемость проведения необходимого обследования и самой коррекции, требующей психологической подготовки;
- 4) нарушение полоролевого поведения и психосексуальной ориентации.

При наличии таких противопоказаний, прежде чем проводить сексуально-эротический тренинг, необходимо нормализовать уровень психологической и социально-психологической адаптации супругов (партнеров), повысить их информированность в области психогигиены половой жизни, нормализовать полоролевое поведение и психосексуальную ориентацию. Это достигается с помощью групповой психотерапии, коммуникационного тренинга, метода когнитивной коррекции, ролевого психосексуального тренинга.

### Сексуально-эротический тренинг

Как свидетельствует наш клинический опыт и специально проведенные исследования, низкий уровень сексуально-эротической адаптации отмечается в подавляющем большинстве случаев нарушения сексуального здоровья. Повысить ее дает возможность разработанная нами методика сексуально-эротического тренинга, который, как указывалось, проводится при отсутствии противопоказаний или после их соответствующей коррекции.

Проведению тренинга предшествует диагностический этап, цель которого — выявление эрогенных зон супругов (партнеров), физиологических реакций при воздействии на них, а также выяснение психологической приемлемости воздействия на ту или иную эрогенную зону. С этой целью проводится обследование супругов с помощью карты эрогенных зон мужчины и женщины по методике, описанной нами в «Общей сексопатологии» (Кришталь В. В., 1997).

Сексуально-эротический тренинг проводится в четыре этапа.

Первый этап — информационно-разъяснительный — имеет целью повышение осведомленности о психогигиене половой жизни, в частности представлений о сексуальных физиологических реакциях при воздействии на эрогенные зоны, об их анатомо-физиологических особенностях, о психофизиологии половой жизни и технике полового акта, а также повышение сексуальной культуры. Проводится данный этап методом рациональной психотерапии в форме индивидуальных и групповых бесед.

При этом психотерапевт может убеждать, что свойственные пациенту чувства, мысли, фантазии и поведение нормальны, если они повышают его психосексуальную удовлетворенность и не приводят к каким-либо отрицательным последствиям. Важно помочь супругам (партнерам) правильно оценивать свои сексуальные проявления, свои модели поведения, не сравнивая их с другими или какими-то средними показателями, убедить пациента не предъявлять к себе чрезмерных требований. Полезно рекомендовать научно-популярную литературу по вопросам секса, в которой можно найти сведения о правильном проведении предварительного и заключительного периодов полового акта, о коитальных позициях и т. д., что будет способствовать эффективности сексуально-эротического тренинга.

Большое значение имеет также специфичная для сексуальной проблемы пациента информация, которая должна помочь ему изменить убеждения и мысли, препятствующие сексуальному удовлетворению. Информация, которая помогает человеку позитивно относиться к сексу, свободно думать, говорить и фантазировать о сексе, — важный компонент лечения многих сексуальных про-

блем. Например, правильная информация о незначительной роли размеров полового члена в сексуальной удовлетворенности женщины или о влиянии медикаментов на сексуальную восприимчивость может снизить тревожность и решить проблему, обусловленную недостаточностью знаний. На данном этапе психотерапии целесообразно и проведение инсайта — ориентированной терапии, призванной помочь пациенту осознать свои бессознательные мысли и чувства, внутриличностный конфликт, способствующий появлению сексуальной неудовлетворенности.

Второй этап сексуально-эротического тренинга — психологическая подготовка, задача которой — выработка у супругов (партнеров) новой установки на совершение полового акта. С этой целью проводятся беседы с парой и индивидуально с каждым.

Третий этап — тренинг сексуальных реакций супругов (партнеров). Задача этого этапа — самопознание и научение партнеров правильному воздействию на эрогенные зоны друг друга, поиск адекватной техники полового акта, в результате которого должна быть найдена оптимальная форма сексуального поведения.

Завершает сексуально-эротический тренинг поддерживающий этап, проводимый с целью закрепления выработанного оптимального сексуального поведения пациентов. Он проводится в форме индивидуальных и совместных собеседований с супругами.

**Коррекция нарушений эякуляции.** Довольно распространенной причиной сексуальной неудовлетворенности партнерской пары является преждевременная эякуляция. Однако в большинстве случаев имеется реальная возможность развить умение контролировать эякуляцию. С этой целью чаще всего применяется так называемая техника стоп-старта (Semans J., 1956). Она основывается на предположении, что причина преждевременной эякуляции заключается в недостаточном осознании мужчиной своих нервно-мышечных ощущений, предшествующих эякуляции и оргазму, в том, что он не замечает сенсорной обратной связи между наступлением эякуляции и этими ощущениями, тогда как именно такое осознание необходимо для контроля любой рефлекторной функции.

Для обучения технике стоп-старта используются специальные упражнения, направленные на продление ощущений, предшествующих эякуляции, что позволяет пациенту прочувствовать связь между ними и таким образом регулировать наступление семяизвержения. Партнерша должна продолжать сексуальную стимуляцию до того момента, когда нужно задержать эякуляцию, затем прекратить стимуляцию, пока не угаснут предшествующие ей ощущения.

Для предупреждения преждевременной эякуляции применяется также техника сдавливания, заключающаяся в том, что при приближении у мужчины эякуляции партнерша нажимает большим пальцем на уздечку полового члена, а указательным и средним пальцами — на другую его стороны, ниже головки, до тех пор пока у мужчины не исчезнут ощущения, предшествующие наступлению эякуляции.

Описанные упражнения выполняются обычно в течение 15—30 мин один раз в сутки, в зависимости от результата — на протяжении нескольких дней или недель. Во время каждого занятия пара повторяет стимуляцию и процедуру стоп-старта несколько раз, а затем половой акт завершается эякуляцией, причем партнеры должны условиться, какими должны быть стимуляция и коитальная позиция. В большинстве случаев после овладения техникой стоп-старта мужчине удается предотвращать слишком быстрое наступление эякуляции и оргазма. При этом главным достоинством метода является улучшение коммуникации между партнерами, что необходимо для нормального совершения полового акта и достижения обоюдной психосексуальной удовлетворенности.

Следует заметить, что при преждевременной эякуляции самая неблагоприятная для мужчины коитальная позиция — мужчина сверху, поскольку увеличение мышечного напряжения обычно приводит к более быстрой сексуальной реакции. Многие мужчины могут контролировать эякуляцию лежа на спине, хотя сама по себе такая поза для этого недостаточна, важна релаксация. Поиски позиции, способствующей релаксации, не всегда приносят результат сразу. Иногда из-за новизны позы мужчина чувствует повышенное возбуждение, которое мешает ему контролировать эякуляцию. Однако после нескольких попыток обычно удается найти позицию, в которой мужчина чувствует преимущества релаксации.

Оптимальной при ускоренной эякуляции является позиция женщина сверху, позволяющая мужчине расслабиться. После введения полового члена во влагалище мужчина некоторое время лежит спокойно, затем начинает медленные движения. Когда он чувствует, что приближается к оргазму, пара останавливает движения.

Продлить половой акт помогает также общение партнеров: если они во время коитуса говорят о своих ощущениях, это помогает им контролировать свое поведение и, если нужно, задержать оргазм.

Чтобы уменьшить тревогу по поводу преждевременной эякуляции, полезно рассматривать половой акт как один из вариантов сексуальной деятельности, в которой достижение оргазма не является необходимым для получения наслаждения. Иногда снижают

тревогу и увеличивают выносливость мужчины эффективные способы стимуляции, вызывающие оргазм у женщины, — мануальная стимуляция, применение вибратора и т. д. Нужно знать, что существует множество способов получить сексуальное удовлетворение и доставить его партнерше. С другой стороны, нередко мужчины обнаруживают, что им тем легче задерживать эякуляцию, чем чаще она происходит. Действительно, умение контролировать эякуляцию возможно только при условии регулярной половой жизни.

Многие исследователи считают, что когда мужчина достигает точки «неизбежности эякуляции», предотвратить ее невозможно. Однако некоторые сексологи полагают, что можно прервать эякуляцию в самом ее начале, испытывая при этом «мини-оргазм» в виде одного или двух мышечных сокращений и небольшого выброса семенной жидкости. После «мини-оргазма» сохраняется эрекция и возрастает контроль над эякуляцией. Благодаря этому становится возможным продолжительный половой акт, завершающийся полной эякуляцией.

Значительно реже преждевременного семяизвержения встречается задержанная эякуляция (эякуляция тарда), которая может обуславливаться психогенными и соматогенными причинами. При этом нарушении рекомендуется тренинг, направленный на получение эякуляции и проводимый в три этапа: мануальным, мануально-влагалищным и влагалищным способом. Рекомендуется также использовать мази фирмы «Инверма», усиливающие чувствительность головки полового члена.

**Коррекция нарушений эрекции.** Главной причиной расстройства эректильной функции (за исключением органической его природы) является тревожность пациента при недостаточном знании своих сексуальных потребностей и возможностей. Огромное значение в реализации сексуального потенциала имеют самопознание, знание своих сексуальных ощущений, реакций своего тела и умение делиться этой информацией с партнершей.

В секс-терапии с этой целью применяется так называемая концентрация на ощущениях. При гипо- и анэрекции используется специальный тренинг: сексуальная реактивность разделяется на отдельные элементы, тренинг которых проводится по отдельности и последовательно. Весь тренинг делится на пять сенсорных фаз, в которых фиксируются ощущения: 1) при телесном соприкосновении; 2) при стимуляции женских половых органов; 3) при стимуляции мужского полового члена; 4) при введении полового члена во влагалище; 5) при копулятивных фрикциях. Эта техника способствует уменьшению тревожности, вызванной ориентаци-

ей на результат, получению более приятных ощущений и улучшению коммуникаций, большей близости партнеров. Концентрация на ощущениях дает возможность узнать о самых чувствительных участках своего тела и тела партнерши, научиться эротически реагировать всеми частями тела и таким образом облегчает наступление полноценной эрекции. При этом создаются условия для устранения тревоги, благодаря чему повышается уверенность мужчины в себе и уменьшается или исчезает страх неудачи.

Тренинг каждой фазы длится несколько дней и проводится 1—2 раза в день от 15 мин до 1 часа. Для концентрации на ощущениях необходима атмосфера полного взаимопонимания, доверия и позитивного эмоционального состояния супругов (партнеров). Мужчина должен быть уверен, что партнерша в период лечения не будет ожидать завершения полового акта и не станет предъявлять претензий, если, возбуждив, он не удовлетворит ее.

В случаях когда нарушение эректильной функции является следствием заболевания, некоторые мужчины адаптируются к отсутствию эрекции, получая удовлетворение от других видов сексуальной деятельности. Однако в настоящее время разработаны и применяются различные виды достаточно эффективной медицинской помощи при анэрекции, прежде всего медикаментозное лечение.

Хорошие результаты дает *интракавернозное введение каверджекта* (аллпростадила). Основу препарата составляет простагландин E<sub>1</sub>, естественный кислый липид, присутствующий в тканях и жидкостях многих млекопитающих. В большом количестве он содержится в спермальной жидкости фертильных мужчин. Препарат оказывает сосудорасширяющее действие и вызывает эрекцию у больных с нарушением васкуляризации полового члена и психогенной анэрекцией.

В здоровом организме сигналы полового возбуждения, поступающие из мозга, стимулируют образование в пенисе циклического GMP — химического вещества, вызывающего ослабление мускульных тканей и способствующего расширению артерий. Кровь устремляется в свободные от мускульного напряжения пространства, и пенис уплотняется. Полная эрекция достигается, однако, лишь когда вены, в нормальном состоянии хорошо пропускающие ток крови, сжимаются, закрывая путь к оттоку. При недостатке циклического GMP ткани не разбухают настолько, чтобы временно закупорить вены, и отток крови из пениса ничем не затруднен.

Как было установлено, в зависимости от причины нарушения эрекции дозы вводимого каверджекта оказывают неодинаковое действие, что можно использовать в качестве диагностического теста. Так, при психогенных нарушениях эрекции внутрикаверноз-

ное введение 10 мкг каверджекта давало положительный результат почти в 100% случаев, а при органической природе нарушения кровотока в половом члене дозы в 20 мкг препарата вызывали эрекцию лишь у 40% больных.

Использование каверджекта с лечебной целью получило большее распространение. После определения индивидуальной дозы, вызывающей полную эрекцию в течение 30—60 мин, врач обучает пациента самостоятельно делать инъекцию препарата. Эрекция наступает в течение 10—30 мин после его введения и сохраняется до 1 часа. Рекомендуется вводить каверджект за 5—10 мин до предполагаемой близости, не чаще двух раз в неделю.

У некоторых пациентов (до 17%) после инъекции могут возникнуть боли и гематомы, иногда (у 0,2—5,2%) может наступить осложнение в виде приапизма. Системные побочные эффекты при использовании препарата, как правило, не наблюдаются благодаря быстрому метаболизму его в легких.

Способствует появлению эрекции также *йохимбин*, препарат, вызывающий гипертензию в сосудах полового члена. Считается, что действие этого препарата основано на стимуляции нервов, которые влияют на пенальные сосуды, увеличивая приток и снижая отток крови из пениса (Reid K. et al., 1987).

В последнее время для лечения гипо- и анэрекции начали широко применять препарат *виагра* в виде таблеток. Терапевтический механизм виагры заключается в том, что препарат блокирует действие особого фермента, препятствующего нормальной выработке оксида азота, который усиливает приток крови к кавернозным телам.

Пока у виагры не обнаружено серьезных побочных эффектов, иногда отмечаются лишь незначительное временное ослабление зрения, головная боль, понижение артериального давления. Однако имеются противопоказания к применению этого препарата. Так, он несовместим с приемом нитритов, употребляющихся при некоторых сердечных заболеваниях, например с нитроглицерином. Есть также опасность, что прием виагры, обеспечивая появление эрекции, может нивелировать ее нарушение как симптом какого-либо серьезного заболевания. Кроме того, следует учитывать, что в нормальных условиях организм сам пресекает возможные излишества, тогда как виагра в определенной мере снимает природные ограничения, создавая возможность злоупотребления собственным здоровьем. В некоторых случаях, как показали наши наблюдения, постоянное использование виагры и каверджекта, обеспечивающих безотказное наступление эрекции, провоцирует появление у мужчин наиболее примитивного — генитального — типа сек-

суальной мотивации, что отнюдь не способствует сексуальной гармонии супружеской (партнерской) пары.

Наконец, большим заблуждением является иллюзия, что теперь с помощью таблеток можно решить все сексуальные проблемы. Виагра воздействует лишь на определенные мышцы и кровотоки в половом члене, а отнюдь не на нервную систему и эмоциональную сферу личности, от которых зависят сила чувств и сексуального желания, удовлетворенность общением, в том числе и психо-сексуальная удовлетворенность супружеской (партнерской) пары.

В то же время нужно признать, что медикаментозная коррекция потенции может оказывать благоприятное влияние на сексуальность человека. Так, длительное успешное применение каверджекта в сочетании с психотерапией способствует нормализации полового поведения мужчин, у которых прежде, при отсутствии эрекции, наблюдалось фемининное поведение. Есть основания полагать, что медикаментозные препараты в сочетании с психотерапевтическими методами можно использовать и для коррекции нарушений психосексуальной ориентации.

Для устранения расстройства васкуляризации полового члена предложены, помимо медикаментозных, *микрохирургические мероприятия* (Nelson J., 1988; Whiteside H. et al., 1988; Bennet A., 1989). На основании данных о нервах таза, оказывающих влияние на эрекцию, разработана техника замещения нервов во время операций на тазе, прямой кишке, простате и мочеиспускательном канале.

Существует также возможность *эндогенного протезирования* полового члена. Используются два основных типа протезов. Первый состоит из двух полужестких трубок, имплантируемых в пещеристое тело полового члена. Это довольно простой вид имплантации, но его потенциальным недостатком является то, что пенис всегда находится в состоянии полуэрекции.

Второй тип протеза более сложен. В пещеристое тело пениса имплантируются два надувных цилиндра. Они соединены с заполненным жидкостью резервуаром, который расположен около мочевого пузыря, и насосом в мошонке. Чтобы вызвать эрекцию, нужно несколько раз сжать насос и жидкость наполнит цилиндры. Когда эрекция не нужна, жидкость с помощью клапана спускается обратно в резервуар. Однако ни один из этих методов не восстанавливает сексуальную чувствительность или способность к эякуляции, если они были утрачены в связи с какой-либо патологией. Тем не менее протезирование является альтернативой для мужчин, которые хотели бы механически восстановить свою способность к совершению полового акта.

Заканчивая краткий обзор современных методов лечебной помощи при расстройстве сексуальной функции мужчин, следует подчеркнуть, что подход к коррекции любого нарушения сексуального здоровья окажется плодотворным только при условии, что он будет комплексным, системным, учитывающим особенности сексуального поведения, сексуальную мотивацию и степень адаптации супругов (сексуальных партнеров) на всех уровнях их взаимодействия.

#### Литература:

1. *Кратахвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. — М.: Медицина, 1991. 335 с.
2. *Bennet A.* Nonprosthetic surgical treatment for vasculogenic impotence // *Med. Aspects of Human Sexuality.* — 1989. — P. 54-58.
3. *Kaplan H.S.* The new sex therapy. — New York, Brunner, Mazel, 1974.
4. *Lo Piccolo L.* Low sexual desire // *Principles and practice of sex therapy.* — New York: Guilford Press, 1980.
5. *Masters W.H., Johnson V.E.* Principles of the new sex therapy // *Amer. J. Psychiat.* — 1976. — V. 133. — P. 548-554.
6. *Nelson J.* Gayness and homosexuality: Issues for the church // *Homosexuality and Ethics.* — New York: Pilgrim Press, 1988.
7. *Reid K., Surridg D., Morales A. et al.* Doubleblind trial of yohimbine in treatment of psychogenic impotence // *Lancet.* — 1987. — V. 2. — P. 421-423.

## CORRECTION OF SEXUAL HEALTH IN MEN

V. V. Krishtal

### Summary

The modern methods to correct sexual function disturbances in men and sexual erotic deadadaptation in a partner couple (psychotherapeutic, medicinal, surgical) are described. The author concludes about the necessity of systemic complex approach to the correction of sexual health disturbances with the account of the state of all components of sexuality and the degree of adaptation of the partners at all levels of interaction.

\* Международный медицинский журнал. — 1998. — Т.4. — №3. — С. 54—58.

УДК 614.252:616.89

## КОНЦЕПЦИЯ ОБРАЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ\*

*Д.м.н., проф. В. В. Кришталь, д.м.н., проф. Б. В. Михайлов*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
кафедра сексологии и медицинской психологии,  
кафедра психотерапии*

**Резюме.** Показаны современное состояние и перспективы развития медицинской психологии как науки и медико-психологической службы. Обосновываются междисциплинарный характер медицинской психологии, системный подход к разработке ее проблем. Приводятся рекомендации по совершенствованию медико-психологической службы в Украине.

**Abstract.** Present situation and perspectives of medical psychology and medical psychological service are considered. Interdisciplinary nature of medical psychology, systemic approach to its problems are substantiated. Recommendations as for improvement of medical psychological service in Ukraine are proposed.

В демократическом государстве существенно возрастает роль наук, изучающих влияние человеческого фактора во всех сферах жизнедеятельности общества — политической, экономической, культурной, медицинской и др. В связи с этим на первый план в них выдвигается проблема личности. И поскольку предметом медицинской психологии является в первую очередь психология личности больного, эта наука приобретает особое значение в решении проблемы охраны и восстановления здоровья человека. Это — объективное требование времени. Оно отражено в основополагающих принципах современной медицины: «лечить не болезнь, а больного», «нет болезни, есть больной».

В Украине на настоящем этапе ее социального развития чрезвычайно высок уровень психоэмоционального напряжения населения. С этим связано существенное ухудшение психического здоровья популяции. В условиях социально-политической, экономической и идеологической нестабильности общества потеря старых и отсутствие новых ориентиров проводят к разочарованию населения в научно-

медицинской системе представлений, формируются ориентации на религиозно-мистические, оккультные и паранаучные системы.

Современная медицинская психология — область психологии, представляющая собой систему междисциплинарных научных знаний и практической деятельности, объединенных общей целью изучения психологических аспектов здоровья личности и межличностных отношений как здорового, так и больного человека, причин и условий развития их нарушений и девиаций. В задачи медицинской психологии входят разработка эффективных методов психодиагностики, психотерапии, психокоррекции, психопрофилактики, судебно-психологической экспертизы, деонтологии и психогигиены, а также организация медико-психологической помощи.

Медицинская психология базируется на медицинских, психологических, социологических и биологических знаниях и соответственно связана как с клиническими медицинскими дисциплинами (психиатрией, неврологией, сексологией, наркологией, терапией, хирургией, педиатрией и пр.), так и с медицинской социологией и судебной медициной.

Проблемы медицинской психологии разрабатываются разными специалистами, медиками и психологами [1-4], и это следует считать бесспорно положительным явлением, однако в то же время необходимо определить теоретические основы, общие принципы и подходы к изучению психического здоровья человека. Разные подходы привели к недостаточной унификации медико-психологической терминологии, к определенной разобщенности понятий, в частности к неоднозначной формулировке даже основных из них, таких как медицинская психология и клиническая психология, патопсихология и психопатология, социальная психология. Не решен вопрос о том, кто должен быть медицинским психологом — врач или психолог. Между тем четкое разграничение этих понятий, выделение частей и разделов медицинской психологии — необходимые условия успешного решения не только теоретических, но и важнейших практических ее задач — повышения эффективности психодиагностических, психотерапевтических, реабилитационных мероприятий, психологической экспертизы и в конечном счете, — задачи сохранения психического здоровья и формирования гармоничной личности с высоким уровнем адаптации в социуме.

Представляется целесообразным выделить четыре основные части медицинской психологии.

1. *Общая психология.* Она изучает психические функции человека; биоритмы его психической активности; психическое

и психосексуальное развитие; личность и здоровье; сознательное и бессознательное в норме; психическое здоровье; психологию половых различий; возрастную психологию; межличностные отношения (микро- и макрогруппы); семью и ее функционирование (здоровье семьи); адаптацию; психогигиену.

2. *Клиническая психология.* Ее разделы: общая и частная психопатология, включая семиологию и синдромологию; патопсихология, изучающая психологические механизмы нарушений психической деятельности; нейропсихология, изучающая морфофункциональные корреляты нарушений психической деятельности; психоидентификация (во внеболезненной сфере) и психодиагностика (в сфере болезненных изменений психики) с помощью экспериментально-психологических методик.
3. *Психокоррекция* — коррекция с помощью психотехник неболезненных изменений психической сферы.
4. *Медицинская этика и деонтология.*

В системе адекватного формирования специалистов в области медицинской психологии следует считать принципиальным правильное смысловое наполнение основных дефиниций ее разделов. В многочисленных современных руководствах, претендующих на освещение предмета медицинской психологии, происходит стихийное, неоправданное, лишенное реальной смысловой нагрузки смешение терминов и понятий «психопатология», «патопсихология», «психодиагностика» и «психокоррекция». Без четкой смысловой идентификации этих понятий невозможно говорить о действительном становлении медицинской психологии как самостоятельной отрасли знаний и, соответственно, научно-практической дисциплине.

Изменение структуры заболеваемости в нашей стране в последние годы отражает значительный рост частоты психогенных по своей природе, соматизированных, психосоматических, нейросоматических заболеваний с хроническим течением и пограничных состояний. Этот рост происходит на фоне практически постоянного уровня заболеваемости психозами; отмечается также выраженный патоморфоз клинической структуры неврозов. Традиционные терапевтические подходы к этим заболеваниям требуют активизацию личности, перестройки жизненных ориентаций и категорий самооценки, что вызывает подчас психологический отпор и личностное неприятие больных, а нередко и негативное отношение к представителям официальной медицины.

В то же время наблюдается кризис биологических методов лечения, прежде всего — психофармакологии, в частности в терапии химической зависимости. Становится очевидной невозможность одними биологическими методами достигнуть стойкой и продолжительной реабилитации, ресоциализации, трудовой и семейной реадaptации психически больных. Здесь первостепенное значение приобретает система социально-психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической служб, создание которой требует разработки ее применения и развития. В настоящее время еще нет необходимого четкого взаимодействия этих служб. Пока не определена взаимосвязь между медико-психологической и психотерапевтической службами, между учреждениями психиатрической, наркологической и сексологической сети и другими специализированными и общими медицинскими службами, несмотря на то, что психологическая помощь является основным терапевтическим методом для большинства больных практически во всех сферах медицинской компетенции.

Доктрина медико-психологического образования должна основываться на исследовании таких важнейших проблем медицинской психологии, как взаимодействие психических и соматических процессов при возникновении и развитии болезней, формирование представления больного о своем заболевании, динамика осознания болезни, формирование адекватных личностных установок, связанных с лечением, использование компенсаторных и защитных механизмов личности в терапевтических целях; изучение психологического опосредования лечебных методов и средств (медикаментов, процедур, клинических и аппаратурных исследований, хирургических вмешательств и др.) в целях обеспечения их максимального положительного влияния на физическое и психическое состояние пациента.

В круг проблем, исследуемых медицинской психологией, входят, как видно из приведенного выше определения ее частей и разделов, психологические аспекты организации лечебной среды (поликлиники, стационара, санатория и т.д.), изучение отношений больных с родственниками, медицинским персоналом и друг с другом. В организации лечебных мероприятий большое значение имеют исследование закономерностей психологического воздействия врача в ходе проведения им диагностической, лечебной и профилактической работы, рациональное построение взаимоотношений участников терапевтического процесса, предупреждение ятрогений.

Оказание высококвалифицированной медико-психологической помощи населению требует дальнейшей разработки ряда таких ак-



туальных проблем, как психодиагностика личности больного; больной и болезнь; болезнь и среда; соотношение сознательного и бессознательного при патологии; психосоматические и соматопсихические заболевания; психология больного при соматическом и психическом заболеваниях; психология в наркологии, в сексологии; нейропсихология, патопсихология; семья больного; психология общения врача, медицинского персонала и больного.

Нуждаются в разработке и важнейшие теоретические проблемы: соотношение биологического и социального, связь психики и деятельности мозга, психосоматическая проблема, проблема нормы и патологии в психике.

В качестве основы подготовки специалистов в области медицинской психологии должна быть принята трехуровневая базисная модель.

*Первый уровень* — получение базового высшего образования по специальности «общая психология» согласно пятилетней университетской государственной программе (для лиц с базовым высшим гуманитарным образованием предусматривается получение второго высшего образования по этой специальности по сокращенной 2-3 летней программе).

*Второй уровень* — последипломная подготовка (специализация) по медицинской психологии в высших учебных медицинских учреждениях (факультетах) последипломного образования.

*Третий уровень* — повышение квалификации с последующей аттестацией по квалификационным категориям в высших учебных медицинских учреждениях (факультетах) последипломного образования.

Основные направления развития медицинской психологии в Украине должны базироваться на концептуальной основе системного междисциплинарного подхода, учитывающего интегральное воздействие биогенных (соматогенных), макро- и микросоциогенных, психогенных и негативных социально-психологических факторов на здоровье человека.

\* Медицинские исследования. — 2001. — Т.1. — Вып. 1 (тематический). — С.87—88

## КОММУНИКАЦИЯ В СУПРУЖЕСТВЕ: НОРМА И ПАТОЛОГИЯ\*

*Проф., д. мед. н. В. В. Кришталь, к. психол. н. Н. К. Агишева*  
Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Резюме.** Показаны сущность феномена коммуникации и значение правильной коммуникации для гармоничных отношений супругов. Раскрыты причины и механизмы формирования патологической коммуникации. Описаны система и способы устранения нарушений коммуникации и их предупреждения.

Супружеская коммуникация представляет собой смысловой аспект супружеского взаимодействия. Основные функции коммуникативного процесса — информативная, эмотивная, поведенческая, фатическая — состоит в достижении супружеской общности, психологической и сексуальной гармонии при сохранении индивидуальности каждого из супругов.

Мы разделяем концепцию коммуникации П. Вацлавика, Дж. Бивин, Д. Джексона [1], которые разработали аксиомы теории коммуникации.

Первая из этих аксиом — не вступать в коммуникацию невозможно.

Вторая заключается в том, что любая коммуникация имеет содержательный аспект и аспект отношений, причем последний систематизирует первый и, следовательно, является метакоммуникативным.

Коммуникацию можно представить себе как непрерываемую последовательность взаимообменов. Поэтому третья аксиома гласит: природа отношений зависит от пунктуации коммуникационных последовательностей.

Люди используют как цифровой, так и аналогический способ коммуникации. Цифровой язык обладает чрезвычайно сложным и мощным логическим синтаксисом, но ему недостает адекватной семантики в области отношений, тогда как у аналогического языка есть семантика, но нет адекватного синтаксиса для недвусмысленного определения природы отношений. Это четвертая аксиома коммуникации. И, наконец, пятая аксиома: все коммуникационные обмены являются либо симметричными, либо комплементарными. Симметричные отношения характеризуются равенством и минимальными различиями, комплементарные — доведением различий до максимума.

Познание сложных механизмов взаимодействия супругов, их межличностные отношения требует системного подхода. Нам представляется целесообразным выделить с этой целью четыре компонента общения: личностный, информационный, эмоциональный и поведенческий.

Личностный компонент обусловлен наличием у супругов гармоничных или дисгармоничных черт характера, информационный — компетентностью в вопросах общей и сексуальной коммуникации, уровнем культуры общения и знаний о способах разрешения конфликтных ситуаций. Эмоциональный компонент является естественным элементом коммуникации и определяется способностью эмоционально адекватно реагировать в различных ситуациях. Поведенческий компонент общения зависит от выбора адекватного или неадекватного способа поведения в той или иной ситуации. Поведенческий компонент зависит от выбора адекватного или неадекватного способа поведения в той или иной ситуации.

Для нормальной коммуникации, как общей, так и сексуальной, необходимо, чтобы каждый из супругов обладал способностью разговаривать об их отношениях, т.е. способностью к вербальному личностному контакту, и умением общаться на невербальном уровне, т.е. с помощью жестов, мимики и т.д.

Разработаны правила и рекомендации коммуникации [2], при нарушении которых может формироваться патологическая коммуникация.

Эти правила, отвечающие универсальным требованиям социальных ситуаций, заключаются в следующем.

Необходимо обеспечивать возможность коммуникации.

Следует предотвращать разрыв коммуникации со стороны других участников взаимодействия и предупреждать агрессию. Если требуется продолжить взаимодействие без полного разрыва коммуникации, агрессия должна быть предотвращена, даже несмотря на то, что могут существовать конфликт интересов и взаимная неприязнь.

Универсальным является правило «будь вежлив».

Правило начала и завершения встречи. Для того чтобы начать встречу, двое или большее число людей должны сигнализировать о своем желании участвовать в ней, а затем формировать свои отношения, решая вопросы близости, статусных позиций и ролей. Существует правило, что говорить должен не более чем один человек. Сообщение должно быть ясным и интерпретация его — правильной.

Среди черт личности и характера, способствующих успешной коммуникации, называют адаптивность, зрелость, здравомыслие, гибкость, реализм в оценке окружающих, реальность самооценки,

самостоятельность, автономность, простоту, естественность, проблемную центрацию, самоуважение, разумное сочетание эгоистических и альтруистических целей [3].

Коммуникация должна быть ясной, и один из способов достичь этого, позволяющий избежать игры в чтение мыслей, — так называемый «язык Я».

Главная предпосылка его использования состоит в том, что человек принимает ответственность на себя, поскольку никто лучше его не знает, что ему нужно в каждый данный момент. Начиная как можно больше высказываний с местоимением «Я», человек отчетливо выражает себя как самостоятельная личность. Невербальный способ коммуникации повышает его эффективность, но, используя этот способ, каждый супруг должен помнить о своем собственном невербальном языке. К сожалению, этому аспекту общения очень часто не уделяется должного внимания.

Естественно и понятно, что невербальные сообщения особенно значимы во время сексуальных контактов. Такие сообщения могут выражать удовольствие, страсть, широкий спектр других чувств, в том числе, и неудовольствие и обиду.

Очень эффективное средство невербальной коммуникации — прикосновения, однако нередко партнеры произносят слишком много слов и слишком мало используют прикосновения, чтобы выразить нежность и любовь к друг к другу. Между тем, во многих случаях долгое крепкое объятие скажет о чувствах больше, чем десятиминутный диалог. Ласками и поцелуями можно лучше всяких слов выразить свою любовь и доставить радость. Но, прикасаясь друг к другу только во время полового акта, супруги отделяют физическую сторону своих отношений от эмоциональной и духовной и превращают сексуальное общение в своего рода потребительский акт, что по существу уже является проявлением патологической коммуникации.

К формированию патологической коммуникации могут приводить следующие обстоятельства [4].

Отказ от коммуникации или препятствие для нее, создаваемое одним или обоими супругами.

Смещение содержания и отношений супругов (когда несогласие супругов относилось к уровню отношений, а разрешить его пытаются на уровне содержания).

Возможное нарушение симметричного и комплементарного взаимодействия.

Некомпетентность (неосведомленность) в вопросах общей и сексуальной коммуникации.

Неадекватные эмоциональные реакции у одного или обоих супругов.

Наличие у одного или обоих супругов дисгармоничных черт личности и характера.

Выбор неадекватного способа поведения.

Неспособность супругов разговаривать об их отношениях.

Неумение ясно передавать информацию (противоречивость, неопределенность информации).

Неумение слушать.

Отсутствие невербальной коммуникации.

Неправильная интерпретация получаемой информации вследствие ее противоречивости или неопределенности.

Причиной патологической коммуникации могут стать дисгармоничные черты личности и характера у одного или обоих супругов. Среди таких черт можно назвать дезадаптивность, инфантилизм, нездравомыслие, ригидность, использование каузальной атрибуции, нереальность самооценки, несамостоятельность, зависимость, неестественность, центрация на несущественных параметрах, крайние варианты отношения к себе (самоуничужение, самовосхваление), эгоцентризм [3].

В процессе супружеской жизни и общения супругов особые трудности возникают при наличии у одного из них и тем более у обоих таких черт, как застенчивость, агрессивность, самовлюбленность, эгоизм, неспособность к сопереживанию, нереалистические ожидания [5].

Застенчивость, которую человек не может преодолеть, заставляет его замыкаться в себе, что резко нарушает интимные отношения супругов. Агрессивность одного из супругов вынуждает другого занимать оборонительную позицию. Он опасается оказаться в подчиненном положении, а такие отношения мало кого привлекают. Отталкивающей является и такая черта, как самовлюбленность, самолюбование, поглощенность самим собой. Обычно такой человек игнорирует потребность своего супруга, не замечает их, говорит только сам, не давая высказаться другому, и вообще не хочет делать то, чего хочет супруг (супруга), если только это не совпадает с его собственными желаниями. Понятно, что с таким человеком трудно, а нередко и невозможно поддерживать тесную и длительную связь.

Эгоизм, вытекающий из самовлюбленности, может стать еще большим препятствием для настоящей интимной близости между супругами. Эгоистическая личность часто манипулирует своим супругом, стараясь извлечь ту или иную выгоду для себя, и мало заботится о том, что может быть приятно или принести пользу партнеру.

Весьма проблематично добиться хорошей коммуникации и с человеком, не желающим или неспособным понимать и принимать взгляды, мысли или чувства другого, не способным к эмпатии. Часто он не умеет выслушивать своего супруга и не в состоянии взглянуть на ситуацию его глазами, тем более не может и не хочет помочь ему.

Вредят плодотворному общению также идеализированные представления об интимной близости. Ожидая невозможного, супруги тем самым создают ситуацию, ведущую к разочарованию, фрустрации, иногда даже к отказу от интимных отношений. В ряде случаев ожидания супругов оказываются настолько разными, что отношения неизбежно распадаются. Так, если один из них ждет от другого главным образом развлечения, а другой стремится к интеллектуальному или глубоко эмоциональному общению, их отношения, как правило, обречены на распад.

Характер коммуникации во многом зависит от сочетания типов личности супругов в паре.

Психологи по-разному описывают особенности человеческой личности, однако два обстоятельства не вызывает никаких разногласий: во-первых, нет сомнений в том, что люди по-разному воспринимают жизнь и по-разному относятся к жизни; во-вторых, большинство людей считает своё восприятие и свой подход к жизни «правильным». Поэтому не удивительно, что в процессе супружеского общения такие расхождения могут приводить к напряженности, несогласованности и противоречиям. Важно в связи с этим иметь ясное представление о собственной личности и ее характерных особенностях.

Негативное влияние на коммуникацию при любом сочетании характерологических черт оказывают ригидный, тревожный характер, склонность к навязчивостям, недостаточная эмоциональность, антисексуальные взгляды, а также застенчивость, неуверенность в себе, склонность к самоуничужению, мазохистические наклонности. Столь же отрицательную роль играет подавление своих влечений в результате убеждений и мощной внутренней защиты у эмоциональных личностей.

Неблагоприятно для общения сочетание таких черт личности, как экстраверсия и интроверсия. Как известно, экстраверты склонны к внешним проявлениям темперамента, они легко сходятся с окружающими и любят компанию. Интроверты, напротив, малообщительны, предпочитают уединение, черпают энергию изнутри. Им требуется время и уединение для того, чтобы проанализировать душевные переживания или события. Экстраверт может испытывать раздражение от того, что его супруг (супруга) — интроверт — избегает ши-

рокого общения. Точно также супруг, придающий основное значение чувствам и стремящийся достигнуть гармонии в межличностных отношениях, может испытывать фрустрацию при взаимодействии с другим супругом, если тот предпочитает рациональный подход к решению проблем и доверяет лишь логическим умозаключениям.

Эти различия учитываются в типологии характеров Майера-Бригге [по 4], в котором имеет место также подразделение людей на пунктуальных, решительных, расчетливых, собранных — с одной стороны, и несобранных, беспорядочных, спонтанных — с другой.

Именно существование личностных различий между людьми диктует необходимость владения навыками эффективной коммуникации и их согласованного применения.

Различия между партнерами могут касаться и сексуальных предпочтений. Несмотря на то что противоположности, вопреки распространенному мнению, отнюдь не всегда притягиваются, различия между людьми, в том числе и сексуальные, могут не препятствовать эффективному общению и даже способствовать ему.

Д. Таннен [6] полагает, что половые различия в подходе к коммуникации объясняются тем, что мужчины и женщины воспитываются в рамках различных культур общения. От женщин ждут кротости и мягкости, поэтому при коммуникации они склонны к компромиссам. Мужчины склонны возражать и не следовать чужим наставлениям, поскольку в своих социальных интеракциях не хотят чувствовать себя в подчиненном положении. Эти различия в коммуникации могут вносить диссонанс в отношения между мужчиной и женщиной. Но не следует забывать, что речь идет об общих паттернах коммуникации, которые не всегда полностью соответствуют индивидуально-стилю общения конкретных мужчин или женщин.

Для супружеской коммуникации важно, помимо указанных факторов, сочетание в паре психосексуальных типов мужчины и женщины. Оно может даже определить гармоничность или дисгармоничность отношений супругов.

Гармония наблюдается при сочетании типов мужчина-отец и женщина-дочь, женщина-мать и мужчина-сын, агрессивная женщина и пассивно-подчиняемый мужчина, пассивно-подчиняемая женщина и агрессивный мужчина. Гармония будет неполной, если в супружеской паре сочетаются женщина-мать и пассивно-подчиняемый мужчина, мужчина-отец и пассивно-подчиняемая женщина. Частичная дисгармония наблюдается в тех случаях, когда муж принадлежит к типу мужчина-отец, а жена — к типу женщина-мать, полная дисгармония — при сочетании агрессивных или пассивно-подчиняемых мужчины и женщины и типов женщина-

дочь и мужчина-сын, а также редкое сочетание женщины-матери с агрессивным мужчиной.

Супружеская, и, прежде всего, сексуальная коммуникация может зависеть и от сочетания типов сексуальной мотивации мужа и жены. Успешной коммуникации способствует взаимно-альтруистический коммуникативно-гедонистический, а также игровой её тип у обоих супругов, тогда как сочетание любых других типов сексуальной мотивации (шаблонно-регламентированного, гомеостабилизирующего, генитального, агрессивно-эгоистичного и др.), как правило, нарушает коммуникацию супругов.

При неумении одного из супругов адаптировать своё сексуальное поведение к поведению другого возникают различные формы сексуальной дезадаптации — коммуникативная, социокультурная, полоролевая, сексуально-эротическая, аверсионная, виргогамия (девственный брак). Возникновение этих форм является прямыми следствием патологической коммуникации супругов.

Проблемы в коммуникации оказывают большое влияние на жизнь людей, неизбежно приводя к изменению их мышления и поведения. При этом нарушение межличностных отношений может быть изолированным, но часто оно влечет за собой и нарушение сексуальных контактов. В таких случаях возникает сочетанное нарушение коммуникации.

Изменение в общении обычно состоит из сочетания адаптивных и дезадаптивных реакций. Адаптивными реакциями являются поиск информации и объяснение происходящего, улучшение коммуникативности партнеров, в сексуальном общении — также расширение диапазона приемлемости. Дезадаптивные реакции — отказ от контактов или перенос вины на партнера — усугубляют проблему и могут перевести ее в разряд постоянных. При всех обстоятельствах дезадаптивные реакции способствуют возникновению межличностного конфликта.

В свою очередь, конфликт также вызывает у людей разные реакции. Одни потворствуют партнеру, стремясь избежать ситуаций и отношений, чреватых конфликтами, или игнорируют их. Другие стараются во что бы то ни стало доказать свою правоту, напрочь отвергая мнение и потребность другого человека. Эти способы выхода из конфликта — избегание, соревнование — так же, как и другие — приспособление, компромисс, — не позволяют разрешить конфликт. Между партнерами сохраняются взаимопонимание только в том случае, если они обсуждают противоречия и при этом стараются найти решение, приемлемое для обоих, т.е. конструктивным способом решения конфликта является сотрудничество [7].

Таким образом, при патологии общей и сексуальной коммуникации, как правило, нарушаются все компоненты общения: личностные — из-за наличия у супругов дисгармоничных черт; информационный — из-за некомпетентности в вопросах культуры общения и психогигиены половой жизни; эмоциональный — из-за неадекватных реакций на неизбежно возникающие в жизни трудности; поведенческие — из-за неправильных форм поведения. В соответствии с этим помощь супругам с нарушенной коммуникацией должна представлять собой систему, учитывающую состояние каждого из компонентов общения и проводимую в два этапа: выработки установки на гармоничные межличностные и сексуальные отношения и выработки навыков правильной коммуникации. На первом этапе поставленная цель достигается методами рациональной (разъяснительной), информационной психотерапии, библиотерапии; на втором этапе проводятся персоналистическая психотерапия и тренинги — общения, сексуально-поведенческий и сексуально-эротический.

Психотерапевтическая коррекция патологической коммуникации начинается с ознакомления супругов с аксиомами и правилами коммуникации, о которых шла речь выше. Конкретизируя эти правила, супругам разъясняют, что нужно стараться не копить ошибки и обиды, а сразу реагировать на них, это исключит накопление отрицательных эмоций. В особенности необходимо не допускать сексуальных упреков, которые болезненно переносятся и с трудом забываются. Нельзя делать замечаний друг другу в присутствии других (детей, знакомых и т.д.). Важнейшее значение имеет адекватная самооценка каждого из супругов. Следует доверять друг другу, сдерживать ревность, быть внимательным, уметь слушать и слышать друг друга, заботиться о своей физической привлекательности. С интересом и уважением относиться к увлечениям супруга. Нельзя обобщать даже явные недостатки супруга, нужно говорить только о конкретном поведении в конкретной ситуации. Следует демонстрировать свою сердечность, заботу и уважение: избегать резких суждений и категорических заявлений; внимательно слушать и стараться слышать именно то, что говорит партнер, проявлять эмпатию и понимание тех чувств, которые важны для него; быть искренними, уточнять правильно ли вы поняли собеседника; не бояться молчания и использовать потенциал внутреннего молчания; остерегаться принципа «я не хочу тебя расстраивать», унижающего партнера [8].

Ясности, которая, как указывалось, является одним из условий успешной коммуникации, можно достигнуть несколькими способами [9].

Продумайте то, что вы хотите сказать партнеру, и как вы это скажите, особенно если сообщение важное и несёт эмоциональную нагрузку.

Сообщите партнеру, чему именно вы придаете первостепенное значение; старайтесь не включать в сообщение слишком много требований и указаний, так как это может помешать уловить главное. Будьте кратки. Витиеватые рассуждения не проясняют, а затемняют смысл сказанного. Однако краткость не должна приводить к упрощению или поверхностности сообщения. Не пренебрегайте ради краткости важной информацией о своих чувствах или желаниях.

Не перебивайте партнера, дайте ему или ей возможность участвовать в разговоре.

Не начинайте разговор с упреков или обвинений партнера — иначе вы заставите его занять оборонительную позицию, а это мешает объективному восприятию ваших слов.

Не бойтесь изложить то, что необходимо высказать, в письме, особенно если вам трудно сказать это прямо в лицо. Написав письмо, вы покажите, что ваш партнер вам дорог, и вы готовы затратить время и приложить усилия, чтобы он понял вас.

Попросите партнера ответить на ваши слова, чтобы убедиться, что вы правильно поняты, и узнать о его реакции.

Говоря о способах решения проблем в коммуникации, следует подчеркнуть, что невербальная сторона общения часто не менее важна, чем произносимые слова. Важно знать, что несоответствие между невербальными «намёками» и словесным высказыванием обычно толкуется в пользу первых; в этом смысле «мощность» у невербальных сообщений выше, чем у одних только произнесенных слов.

Среди правил успешной коммуникации мы уже называли умение слушать. Многие ошибочно считают, что хороший слушатель — это тот, кто слушает, не открывая рта. На самом деле способность правильно слушать — сложный процесс, существенно влияющий на характер коммуникации. Можно привести ряд условий, которые должен соблюдать хороший слушатель.

Чтобы хорошо слушать, необходимо быть внимательным. Слушать надо активно, а не пассивно. Хороший слушатель терпелив, он не должен придавать слишком большого значения отдельному слову или фразе и реагировать на них, не дослушав партнера до конца. Хороший слушатель старается вникнуть в то, что ему говорят, и не подходит к разговору с предвзятыми стремлениями о том, что может быть сказано. Он «настроен на волну» своего партнера, даже если не предполагалось никакого разговора. При этом,

слушая партнера, не обязательно соглашаться, если несогласие обосновано или приводит к интересному обсуждению темы разговора.

Специального внимания заслуживает проблема супружеских конфликтов.

Для того чтобы найти выход из конфликтной ситуации, необходимо, прежде всего, восстановить атмосферу взаимности и почувствовать, что в конфликте принимают участие не «я» и «ты», а «мы» [10].

Первым шагом на пути преодоления конфликта является осознание того, что люди отличаются друг от друга, мыслят по-разному и при этом каждый ставит свое мнение выше всех других. Если партнеры хотят преодолеть разногласия на основе взаимности, прийти к сотрудничеству, они должны четко изложить друг другу своё представление о возникшей проблеме. Наибольшего эффекта при этом можно добиться, высказывая свое мнение от первого лица. Это означает, что в конфликтной ситуации человек берёт на себя ответственность за коммуникацию с партнером.

Для предупреждения деструктивных конфликтов важное значение имеет умение преодолевать вспышки гнева. Гнев обычно не бывает первичной эмоцией: его вспышке в большинстве случаев предшествует чувство обиды, возмущения или фрустрации. Если эти чувства удастся понять и обсудить, пока они ещё в зачатке, т.е. до того, как они переросли в гнев, то шансов успешно справиться с ними и избежать конфликта будут гораздо больше.

Особую роль в коммуникации супругов играет выражение любви. Казалось бы, не может быть ничего проще, чем выразить любовь, находясь в интимной связи, однако консультанты по вопросам брака и семьи нередко обнаруживают, что даже любящие пары часто пренебрегают этой стороной своих отношений. Естественно проявлять любовь в поступках важнее, чем в словах, однако если человеку никогда не говорить о любви, это может вызвать у него тревогу и сомнения в чувствах партнера. Если же слова любви произносятся только во время полового акта и никогда в другое время, то человек может подумать, что любят не его самого, а только сексуальные отношения с ним.

Коммуникация в сексе не всегда требует слов, нередко, однако, они необходимы. Между тем многие люди особенно нерешительны, когда приходится говорить о сексе; возможно, это объясняется смущением, страхом быть отвергнутым или же опасением, что разговоры помешают сексуальному контакту. Из-за трудности обсуждения сексуальных проблем супруги часто мирятся с неудовлетворяющими их сексуальными отношениями и не говорят от-

крыто о своих желаниях [11]. В то же время разговоры о сексе, как любые другие формы общения, можно облегчить и сделать более эффективными, если знать некоторые правила и приложить немало старания.

Г. Келли [8] приводит несколько таких правил.

1. Поговорите с партнером о том, как и когда, было бы удобнее всего обсудить сексуальные проблемы.
2. Учтите возможность использовать книги или другие источники информации, чтобы начать обсуждение.
3. В разговорах о сексе как можно больше используйте «язык Я» и ни в коем случае не упрекайте партнера за свои собственные реакции (или их отсутствие).
4. Помните, что если ваш партнер отказывается от каких-либо сексуальных действий, которые могли бы вам понравиться, это вовсе не означает, что он плохо к вам относится.
5. Не забывайте, что сексуальная функция подвержена физиологическим колебаниям.
6. Не пренебрегайте невербальными средствами сексуальной коммуникации, поскольку часто они выразительнее слов.
7. Не ожидайте совершенства. Ошибочно и опасно мнение, что каждый половой акт должен представлять собой запоминающееся страстное переживание. Нужно знать, что точно так же, как изменчивы настроение и острота физических ощущений, могут в широких пределах меняться и связанные с сексом эмоции. В тех случаях, когда половой акт оказался, по вашему мнению, не вполне удачным, необходимо адекватно отреагировать на это. Во всех случаях достижению психосексуальной удовлетворенности супругов способствуют поиск информации, расширение диапазона приемлемости, улучшение коммуникабельности.

Обобщая рассмотренные выше проблемы, можно сделать заключение, что успешная коммуникация достигается только при сохранности всех ее компонентов — личностного, информационного, эмоционального и поведенческого. Это следует учитывать при диагностике, психокоррекции и психопрофилактике невротических расстройств, расстройств личности и сексуальной дезадаптации супружеской пары, к которым, как правило, приводит патологическая коммуникация.

#### Литература:

1. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Аксиомы теории коммуникации / Сост. и общая ред. Н. В. Казариновой,

- В.М. Погольши // Межличностное общение. Сер. Хрестоматия по психологии. — СПб.: Питер, 2001. — С. 11—25.
2. Аргайл М., Фернхэм А., Грэхэм Дж. Правила // Там же. — С. 83—114.
  3. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология: Практ. руководство. — М.: МЕДпресс, 1998. — 592 с.
  4. Вацлавик П., Бивин Дж., Джексон Д. Патологическая коммуникация / Сост. и общая ред. Н. В. Казариновой, В. М. Погольши // Межличностное общение. Сер. Хрестоматия по психологии. — СПб.: Питер, 2001. — С.114—132.
  5. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. — М.: Мир, 1998. — 692 с.
  6. Tanner D. You just don't understand: Women and men in conversation. — New York: William Morrow, 1990. — 205 p.
  7. Семёнкина И.А. Супружеская дезадаптация при нарушении функций семьи и ее психологическая коррекция: Автореф. ... канд. психол. наук. — К., 2001. — 16 с.
  8. Келли Г. Основы современной сексологии. — СПб.: Питер, 2000. — 896 с.
  9. Розенберг М. Как ясно сообщать о своих наблюдениях, потребностях, чувствах / Сост. и общая ред. Н.В. Казариновой, В.М. Погольши // Межличностное общение. Сер. Хрестоматия по психологии. — СПб.: Питер, 2001. — С.361-396.
  10. Atkisson A. What makes love last? // New Age J. — 1994. — V. 11 (5). — P.74-79, 146-148.
  11. Sarrel L., Sarrel P. Sexual turning points: The seven stages of adult sexuality. — New York: Macmillan, 1984. — 151 p.

### COMMUNICATION IN MATRIMONY: THE NORM AND PATHOLOGY

V.V. Krishtal, N.A. Agisheva

#### Summary

The essence of communication phenomenon and significance of the right communication for harmonic relations of the spouses are shown. The causes and mechanisms of forming pathological communication are as well as the system and methods of elimination of communication disturbances and their prevention are described.

\* Международный медицинский журнал. — 2002. — №1-2. — С. 79—83.

### КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЙ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ\*

В. В. Кришталь, Н. К. Агешева

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Сексуальное здоровье — это отсутствие каких-либо болезненных изменений в организме человека, которые могут приводить к снижению сексуальной функции, это интегральный комплекс взаимодействующих компонентов сексуальности — биологического (анатомо-физиологического), социального, психологического, социально-психологического, обеспечивающих сексуальное поведение, сложную систему сексуальных взаимоотношений, приводящих к оптимальной сексуальной адаптации к противоположному полу, сексуальной гармонии в соответствии с нормами социальной и личной морали.

В соответствии со сложной структурой сексуального здоровья его нарушение представляет собой интегративное, социально-биологическое явление, итог столкновения патогенных факторов с защитно-приспособительными механизмами организма, включающими меры физиологической, социальной, психологической защиты и реакцию личности на заболевание. Учитывая динамичный характер сексуальности, не все отклонения следует квалифицировать как болезнь, некоторые из них надо рассматривать как девиации, физиологические колебания либо акцентуации (особую выраженность того или иного компонента сексуального здоровья).

При анализе состояния сексуального здоровья, изучении причин его расстройства, разработке лечебных и профилактических мероприятий, необходимо учитывать все обуславливающие эти нарушения биофизиологические, социальные и психологические факторы.

Системный подход к диагностике нарушений сексуального здоровья, в частности, биологического (анатомо-физиологического) компонента, позволяет выявить изолированное и сочетанное поражение компонентов и составляющих сексуального здоровья и в зависимости от этого выделить первичные и вторичные формы сексуальной дисфункции мужчин, женщин и дезадаптации супружеской пары.

Необходимость выделения первичных сексуальных расстройств подтверждается следующими аргументами. Во-первых, один патогенный фактор может отрицательно влиять на различные системы организма и уровни регуляции сексуальной функции, формируя общий патогенетический механизм: например, длительная сексуальная абстиненция приводит к угасанию условных рефлексов,

к застойным явлениям в предстательной железе и снижению уровня андрогенов в организме. Во-вторых, сексуальное расстройство может быть самостоятельной патологией, как, например, коитофобия, вагинизм, паторефлекторная форма нарушения сексуальной функции и др. Кроме того, не вызывает сомнений существование сексопатологии и как клинической дисциплины, а следовательно, она состоит из собственных нозоформ, какими и являются первичные сексуальные расстройства.

Разделение нарушений сексуального здоровья на первичные и вторичные принципиально важно для дальнейшего развития сексологии. Если принять концепцию вторичности сексуальных расстройств, т.е. признать, что они являются только симптомами и синдромами различных заболеваний, то и лечение, и профилактика должны быть направлены на эти заболевания, и тем самым сексология окажется в статусе симптоматологической науки. Это совершенно неправомерно хотя бы уже потому, что такой подход исключает этиотропное и патогенетическое лечение целого ряда сексуальных дисфункций и дезадаптаций.

К первичным расстройствам сексуального здоровья следует относить нарушение дифференцировки пола, нарушение половой дифференцировки мозга и первичные формы сексуальных дисфункций, среди них паторефлекторную, дисрегуляторную, абстинентную, конституционально-генетическую, дезинтеграционную, сосудистую, рецепторную, спинальную, инволюционную, социокультурную, дезинформационно-оценочную (игнорантную), алекситимическую формы сексуальных расстройств, молчаливый простатовезикулит, коитофобию, невроз ожидания сексуальной неудачи, пенесизм, сексуальную аверсию, вагинизм, гениталгию, а также разные формы девиации полоролевого поведения и психосексуальной ориентации.

К вторичным нарушениям сексуального здоровья мы относим сексуальные расстройства, возникающие вследствие соматических и психических заболеваний, которые приводят к расстройству нервной, эндокринной, психической регуляции сексуальной функции или состояния половых органов. Вторичными являются, таким образом, сексуальные дисфункции и девиации, представляющие собой синдромы или симптомы соматических или психических заболеваний, причем эти дисфункции могут проявляться как гипосексуальностью, так и гиперсексуальностью.

Системный подход к исследованию и диагностике нарушений и девиаций сексуального здоровья позволил разработать приведенную ниже классификацию.

## Классификация нарушений и девиаций сексуального здоровья.

### I. Нарушения полового развития.

1. Нарушение дифференцировки пола — интерсексуальные состояния (агенезия и дисгенезия гонад, эмбриогенетические формы функциональной (эндокринной) патологии гонад, врожденный андрогенитальный синдром).
2. Нарушение половой дифференцировки мозга — транссексуализм (стойкое осознание своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков).
3. Нарушение темпа и сроков полового созревания — акселерация или ретардация соматополового и психосексуального развития, асинхронии полового развития.
4. Девиации полоролевого поведения:
  - 1) трансформация полоролевого стереотипа (фемининный у мужчин, маскулинный у женщин).
  - 2) гиперролевое поведение (чрезмерная акцентуация особенностей половой роли — гипермаскулинное поведение у мужчин, гиперфемининное у женщин).
5. Девиации психосексуальной ориентации:
  - 1) по объекту (нарциссизм, эксгибиционизм, визионизм, фетишизм, зоофилия, некрофилия и др.).
  - 2) по возрасту (педофилия, эфебофилия, геронтофилия).
  - 3) по полу (гомосексуализм, лесбиянство, бисексуализм).
6. Девиации по характеру реализации полового влечения:
  - 1) садизм (патологическое гипермаскулинное поведение).
  - 2) мазохизм (патологическое гиперфемининное поведение);
  - 3) раптофилия (насильственный половой акт).

### II. Сексуальные расстройства у мужчин и женщин.

#### 1. Первичные формы сексуальных расстройств.

##### Дезадаптивные формы:

- 1) социокультурная (несоответствие общей и сексуальной культуры);
- 2) коммуникативная (затруднение общения с представителями противоположного пола);
- 3) сексуально-поведенческая (трансформация полоролевого поведения, гиперролевое поведение, девиация психосексуальной ориентации);
- 4) сексуально-эротическая (несоответствие у супругов типов сексуальной мотивации, мотивов полового акта,



- экспектаций — несоответствие ожидаемой или желаемой модели сексуального поведения при половом акте).
- 5) аверсионная (крайне негативное отношение к партнеру или вообще к сексу).
  - 6) конституционная дезадаптация (несоответствие типов половой конституции у супругов).
  - 7) биоритмическая форма (несоответствие сексуальных биоритмов у супругов);
  - 8) виргогамия (девственный брак);

*Формы сексуальной дисфункции:*

- 1) паторефлекторная (выработка патологического условного рефлекса);
- 2) дисрегуляторная (вследствие систематического прерывания полового акта);
- 3) абстинентная (длительное или кратковременное, но часто повторяющееся, половое воздержание).
- 4) конституционально-генетическая (слабость структур и аппаратов, осуществляющих регуляцию полового инстинкта);
- 5) ретардационная (задержка полового развития, негативно повлиявшая на сексуальность);
- 6) дезинтеграционная (первичная патогенетическая дезинтеграция — неполноценность парацентральных долек);
- 7) сосудистая (артериальная или венозная недостаточность полового члена);
- 8) спинальная (поражение спинального центра эрекции или эякуляции);
- 9) рецепторная (гипо-или гиперестезия рецепторов сексуальной чувствительности половых органов);
- 10) инволюционная (снижение сексуальности, обусловленное инволюционными процессами организма);
- 11) дезинформационно-оценочная (игнорантная) форма (неправильная или недостаточная осведомленность в области психогигиены половой жизни и неправильная оценка сексуальности, своей и партнера);
- 12) сексуальный автоматизм (неумение контролировать эякуляцию);
- 13) алекситимическая форма (так называемая директорская болезнь, обусловленная неумением отдыхать, гармонично сочетать работу с отдыхом, приводящая к снижению сексуальной функции);

- 14) коитофобия;
  - 15) онанофобия;
  - 16) невроз ожидания (неуверенность, ожидание неудачи или удачи перед или во время полового акта);
  - 17) пенесизм (уменьшение полового члена во время попытки к половому акту, нередко сочетается с коитофобией);
  - 18) вагинизм (сокращение мышц влагалища и тазового дна при мысли или попытке к половому акту, гинекологическому обследованию);
  - 19) психогенные гениталгии (боль при половом акте);
  - 20) молчаливый простатовезикулитизм (в результате петтинга, фрустрации);
  - 21) патологическая мастурбация
2. Вторичные формы сексуальных расстройств.
- 1) при соматических заболеваниях (в том числе неврологических, эндокринных, урологических и пр.).
  - 2) при психических заболеваниях

В целом четырехфакторная концепция и системно-структурный анализ сексуального здоровья, а также предлагаемая классификация его нарушений закономерно приводят к созданию системы диагностики расстройства сексуального здоровья, которая дает возможность поставить дифференциальный диагноз расстройства сексуальной функции у мужа и жены и дать диагностическое заключение для обоих супругов с учетом парного характера сексуальной функции, социальных, психологических, социально-психологических и биологических факторов обеспечения сексуального здоровья. Они позволяют при этом установить не только причинные, но и предрасполагающие, усугубляющие и провоцирующие факторы развития сексуальной дисгармонии и на этой основе разработать систему ее этиопатогенетической коррекции и профилактики.

\* Материалы Первого Съезда сексологов и андрологов Украины // «Здоровье мужчины» №3 (10). — 2004. — С.152—153.

УДК 61:159.9

## РОЛЬ И МЕСТО МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ\*

В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, О. Ф. Шестопалова

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,  
Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины,  
Харьков*

**Резюме.** Рассматриваются основные проблемы, составные части и разделы медицинской психологии, показана ее возрастающая роль в оказании лечебной помощи населению и определены основные направления совершенствования медико-психологической службы в Украине.

**Ключевые слова:** медицинская психология, медико-психологическая служба в Украине

**Резюме.** Розглянуто основні проблеми, складові частини й розділи медичної психології, показано її зростаючу роль у наданні лікувальної допомоги населенню та визначені основні напрями удосконалення медико-психологічної служби в Україні.

**Ключові слова:** медична психологія, медико-психологічна служба в Україні.

В демократическом государстве существенно возрастает роль наук, изучающих влияние человеческого фактора на все сферы жизнедеятельности общества — политическую, экономическую, культурную, медицинскую и др. В связи с этим на первый план в них выдвигается проблема личности. И поскольку предметом медицинской психологии является в первую очередь психология личности больного, эта наука приобретает особое значение в решении проблемы охраны и восстановления здоровья человека. Это — объективное требование времени. Оно отражено в основополагающих принципах современной медицины: «лечить не болезнь, а больного», «нет болезни, есть больной».

В Украине на настоящем этапе ее социального развития чрезвычайно высок уровень психоэмоционального напряжения населения. С этим связано существенное ухудшение психического здоровья популяции. В условиях социально-политической, экономической и идеологической нестабильности общества потеря старых

и отсутствие новых ориентиров проводят к разочарованию населения в научно-медицинской системе представлений, формируются ориентации на религиозно-мистические, оккультные и паранаучные системы.

Современная медицинская психология — область медицины и психологии, представляющая собой систему междисциплинарных научных знаний и практической деятельности, объединенных общей целью изучения психологических аспектов здоровья личности и межличностных отношений как здорового, так и больного человека, причин и условий развития их нарушений и девиаций. В задачи медицинской психологии входят разработка эффективных методов психодиагностики, психотерапии, психокоррекции, психопрофилактики, судебно-психологической экспертизы, деонтологии и психогигиены, а также организация медико-психологической помощи.

Медицинская психология базируется на медицинских, психологических, социологических и биологических знаниях и соответственно связана как с клиническими медицинскими дисциплинами (психиатрией, неврологией, сексологией, наркологией, терапией, хирургией, педиатрией и пр.), так и с медицинской социологией и судебной медициной.

Четырехкомпонентная структура медицинской психологии показана на приведенной ниже схеме.

Проблемы медицинской психологии разрабатываются разными специалистами, медиками и психологами [1-4], и это следует считать бесспорно положительным явлением, однако в то же время необходимо определить теоретические основы, общие принципы и подходы к изучению психического здоровья человека. Разные подходы привели к недостаточной унификации медико-психологической терминологии, к определенной разобщенности понятий, в частности к неоднозначной формулировке даже основных из них, таких как медицинская психология и клиническая психология, патопсихология и психопатология, социальная патопсихология. Не решен вопрос о том, кто должен быть медицинским психологом — врач или психолог. Между тем четкое разграничение этих понятий, выделение частей и разделов медицинской психологии являются необходимыми условиями успешного решения не только теоретических, но и важнейших практических ее задач — повышения эффективности психодиагностических, психотерапевтических, реабилитационных мероприятий, психологической экспертизы и в конечном счете, — задачи сохранения психического здоровья и формирования гармоничной личности с высоким уровнем адаптации в социуме.

Представляется целесообразным выделить четыре основные части медицинской психологии.

1. **Нормальная психология.** Она изучает психические функции человека; биоритмы его психической активности; психическое и психосексуальное развитие; личность и здоровье; сознательное и бессознательное в норме; психическое здоровье; психологию половых различий; возрастную психологию; межличностные отношения (микро- и макрогруппы); семью и ее функционирование (здоровье семьи); адаптацию; психогигиену.
2. **Общая клиническая психология.** Ее предметом являются психогенез; больной и болезнь; болезнь и среда; внутренняя картина болезни; сознательное и бессознательное в патологии; психологические механизмы защиты; стресс; дистресс и эустресс; семья и больной; психологический и семейный диагноз; врачи; медицинский персонал и больной; ятрогения.

Разделы общей клинической психологии: экспериментально-психологическая диагностика, включающая патопсихологию, нейропсихологию, соматопсихологию, принципы и методы психокоррекции и психопрофилактики; организация медико-психологической помощи.

1. **Частная клиническая психология.** В нее входят диагностика, коррекция и профилактика психических, соматических и психосоматических заболеваний.
2. **Судебная медицинская психология** (в том числе судебная патопсихология).

Изменение структуры заболеваемости в нашей стране в последние годы отражает значительный рост частоты психогенных по своей природе, соматизированных, психосоматических, нейросоматических заболеваний с хроническим течением и пограничных состояний. Этот рост происходит на фоне практически постоянного уровня заболеваемости психозами; отмечается также выраженный патоморфоз клинической структуры невротических расстройств.

Анализ психосоматических взаимоотношений показал, что все патологические состояния, имеющие психогенное звено в этиопатогенезе, развиваются в рамках пяти групп [5].

1. **Соматизированные психические реакции** — соматоформные расстройства, формирующиеся вследствие эмоционально-психосоматической патологии в рамках образований невротического либо личностно-конституционального регистров (невротические расстройства, невропатии и личностные развития).

2. **Психогенно-личностные реакции (нозогении)**, возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события как фактор субъективно произвольный, независимый от воли, существенно влияющий на качество жизни больного) — вторичные невротические расстройства острого и затяжного типов.
3. **Органые или системные соматические поражения психосоматического характера**, возникающие в ответ на констелляцию социально-психогенных, личностно- и биоконституциональных факторов ( в виде «ответа» органа или системы — мишени — locus minoris resistentia).
4. **Реакции экзогенного типа (соматогении)**, развивающиеся вследствие нейротоксического эффекта соматического заболевания, в виде неврозоподобной или психотической органической симптоматики.
5. **Соматопсихическая коморбидность** — относительно независимое параллельное течение соматического заболевания и патологии психической сферы.

Традиционные терапевтические подходы к этим заболеваниям требуют активизации личности, перестройки жизненных ориентаций и категорий самооценки, что вызывает подчас психологический отпор и личностное неприятие больных, а нередко и негативное отношение к представителям официальной медицины.

В то же время наблюдается кризис биологических методов лечения, прежде всего — психофармакологии, в частности в терапии химической зависимости. Становится очевидной невозможность одними биологическими методами достигнуть стойкой и продолжительной реабилитации, ресоциализации, трудовой и семейной реадaptации психически больных. Здесь первостепенное значение приобретает система социально-психиатрической, психотерапевтической и медико-психологической служб, создание которой требует разработки её применения и развития. В настоящее время еще нет необходимого четкого взаимодействия этих служб. Пока не определена взаимосвязь между медико-психологической и психотерапевтической службами, между учреждениями психиатрической, наркологической и сексологической сети и другими специализированными и общими медицинскими службами, несмотря на то, что психологическая помощь является основным коррекционно-суппортивным методом для большинства больных практически во всех сферах медицинской компетенции.

Доктрина медико-психологической службы должна основываться на исследовании таких важнейших проблем медицинской

психологии, как взаимодействие психических и соматических процессов при возникновении и развитии болезней, формирование представлений больного о своём заболевании, динамика осознания болезни, формирование адекватных личностных установок, связанных с лечением, использование компенсаторных и защитных механизмов личности в терапевтических целях; изучение психологического воздействия лечебных методов и средств (медикаментов, процедур, клинических и аппаратурных исследований, хирургических вмешательств и др.) в целях обеспечения их максимального положительного влияния на физическое и психическое состояние пациента.

В круг проблем, исследуемых медицинской психологией, входят, как видно из приведенного выше определения её частей и разделов, психологические аспекты организации лечебной среды (поликлиники, стационара, санатория и т.д.), изучение отношений больных с родственниками, медицинским персоналом и друг с другом. В организации лечебных мероприятий большое значение имеют исследование закономерностей психологического воздействия врача в ходе проведения им диагностической, лечебной и профилактической работы, рациональное построение взаимоотношений участников терапевтического процесса, предупреждение ятрогений. Междисциплинарное направление в медицинской психологии — психология семьи больного, предметом которой является исследование семейных проблем пациента. Психология семьи изучает факторы, влияющие на качество брака, лидерство в семье, межличностное общение супругов при заболевании, эффективность различных паттернов воспитания и их роль в формировании личности ребёнка, психологические особенности больных родителей и их детей и т.п. Отдельный раздел психологии семьи представляет изучение процесса и эффективности семейного и брачного консультирования. Данные, которыми оперирует психология семьи, является основанием для формирования различного рода социальных и психологических программ и рекомендаций, направленных на помощь семье. Они служат источником разработки научных принципов подготовки специалистов, работающих в семье, осуществляющих коррекционное воздействие как на семью в целом, так и на отдельных её членов.

Оказание высококвалифицированной медико-психологической помощи населению требует дальнейшей разработки ряда таких актуальных проблем, как психодиагностика личности больного; больной и болезнь, болезнь и среда; соотношение сознательного и бессознательного при патологии; психосоматические и сомато-

психические заболевания; психология больного при соматическом и психическом заболевании; психология в наркологии, в сексологии; нейропсихология, патопсихология; семья больного; психология общения врача, медицинского персонала и больного.

Нуждаются в разработке и важнейшие теоретические проблемы: соотношение биологического и социального, связь психики и деятельности мозга, психосоматическая проблема, проблема нормы и патологии в психике.

В то же время следует считать неотложными меры по совершенствованию медико-психологической службы в Украине:

1. Принятие закона о медико-психологической помощи населению и гарантии права граждан на её получение.
2. Создание консультативно-коррекционных центров медицинской психологии.
3. Регламентация деятельности медицинских психологов и определение круга психодиагностических, психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий, входящих в их компетенцию.
4. Расширение применения приемов психодиагностического консультирования в соматической медицине.
5. Развитие психологического консультирования и психокоррекционного направления для контингентов, работающих в экстремальных условиях.
6. Оказание психологической помощи больным в специализированных и общесоматических лечебно-профилактических и санаторно-курортных учреждениях.
7. Оказание помощи семьям больных.
8. Разработка и внедрение образовательных программ до- и последипломной подготовки в рамках медицинской и психологической моделей в соответствии с Болонским процессом психологов с университетским образованием, а также циклов их тематического усовершенствования.
9. Разработка положения о сертификации медицинских психологов, унифицированной системы тестового контроля уровня их знаний.

Основные направления дальнейшего развития медицинской психологии в Украине должны базироваться на концептуальной основе системного междисциплинарного подхода, учитывающего интегральное воздействие биогенных, психогенных и негативных социально-психологических факторов на здоровье человека.

## Литература

1. Исурин Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — С. 231—255.
2. Карвасарский Б. Д., Петровский А. В. О некоторых социально-психологических аспектах групповой психотерапии // 4-й международный симпозиум по проблемам психически больных: Тез. докл. — Л., 1974. — С. 61—65.
3. Кон И. Половая мораль в свете социологии // Сов. Педагогика. — 1966. — №2. — С. 64—77.
4. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1990. — 192 с.
5. Михайлов Б. В., Мирошниченко Н. В., Сарвир И. Н. Клиника и дифференциальная диагностика соматоформных расстройств с позиций доказательной медицины // Запорожский мед. журнал. — 2005. — №4 (31) — С.125—127.

\* Медицинская психология. — 2006. — Т.1. — № 1. — С. 3—6.

ДК613.89:615.851

## СИСТЕМНАЯ СЕМЕЙНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ\*

*Докт. мед. наук, проф. В. В. Кришталь, канд. мед. наук О. В. Носкова,  
канд. мед. наук Н. Е. Веремьев*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Резюме.** Рассмотрены современные методы системной семейной психотерапии и представлена разработанная авторами новая система психокоррекции здоровья семьи, основанная на нормализации ее функционирования.

**Ключевые слова:** здоровье семьи, семейная психотерапия, структура, функции семьи.

**Резюме.** Розглянуто сучасні методи системної сімейної психотерапії та подано розроблену авторами нову систему психокорекції здоров'я сім'ї, засновану на нормалізації її функціонування.

**Ключові слова:** здоров'я сім'ї, сімейна психотерапія, структура, функції сім'ї

Начало семейной психотерапии относится к 50-м годам прошлого столетия. Ее основателями были С. Broderick, S. Schrader [1].

Развитие этой отрасли психотерапии шло в двух разных направлениях. С одной стороны, ряд психотерапевтов, начав работать с семьями своих пациентов, стали замечать, что нередко существуют противоречия между сведениями, которые получают от пациентов, и их собственными наблюдениями. При этом события, восприятие, воспоминания часто не соответствовали тем, каких можно было ожидать, и пояснения пациентов не объясняли эти расхождения [2]. Другие клиницисты, работавшие с госпитализированными пациентами, в частности, больными шизофренией, отмечали, что после выписки из стационара их пациенты снова возвращались в то состояние, которое обуславливало необходимость госпитализации, что явно указывало на негативное влияние пребывания больных в семье [3].

Накопленные данные позволили обобщить эти наблюдения, и оказалось, что больше всего рецидивов у больных шизофренией возникало в тех семьях, в которых атмосфера была проникнута скрытой враждебностью и злобой [4]. Это позволило определить

значимость семейных факторов как спускового механизма развития психических заболеваний.

В дальнейшем системная семейная терапия стала развиваться в двух направлениях.

Каждый член семьи, переживая одно и то же событие, смотрит на него сквозь призму личного опыта, и даже если участники этого события одинаково описывают свой опыт, каждый из них придает ему совершенно разное значение. В свою очередь наблюдатель, в частности, психотерапевт, может истолковать то же самое событие совершенно иначе.

Понять и объяснить эту уникальность восприятия пытались многие исследователи семейных взаимоотношений, убедившиеся в том, что мнение пациента отнюдь не является единственно правильным. Вначале существовала точка зрения, что источник любой патологии — дисгармония семейных отношений [5]. В некоторых работах были сделаны попытки привести в соответствие определенные семейные паттерны с индивидуальным восприятием членом семьи [6]. Со временем стало ясно, что как индивидуальные, так и общесемейные факторы одинаково важны и оказывают взаимное влияние друг на друга. Но и эта точка зрения претерпела определенные изменения, поскольку клиническая практика показала, что патология личности может развиваться как на фоне нормальных взаимоотношений, так и при их дисгармонии. Произошел разрыв между наукой и практикой, т. е. оказалось невозможным воплотить некоторые теоретические принципы в клинических условиях [1].

Определенные изменения в подходах к семейной психотерапии произошли и в связи с феминистской теорией. Был выявлен потенциал враждебности в семье и обосновано мнение, что не всегда возможно и даже целесообразно сохранять строгий терапевтический нейтралитет, на котором настаивали многие авторы [7, 8].

В процессе развития терапии взаимоотношений возник и укрепился подход к исследованию и психотерапии семьи как к системе. В русле этого подхода были разработаны два основных направления семейной психотерапии: семейно-супружеская терапия, направленная на осознание, и бихевиоральная семейно-супружеская терапия [9]. По существу все исследования в рассматриваемой области относятся к тому или иному из этих направлений, некоторые практические подходы достаточно удачно объединяют элементы обоих.

В настоящее время существуют следующие методы семейной психотерапии: психодинамический, метод объективных отношений, терапия с учетом семьи происхождения, контекстуальный, постсовременный, эмпирический, структурный, стратегический,

бихевиоральный. Конечной целью каждого из этих методов является достижение сплоченности семьи как наиболее важного фактора гармоничности семейных отношений.

Использование психодинамической семейной психотерапии направлено на то, чтобы члены семьи, раскрывая свои потаенные мысли, мечты и фантазии, становились способными осознать свой бессознательный мир. Стремясь к этому, психотерапевт организует ситуацию в семье таким образом, чтобы ее члены высказывались совершенно свободно, тем самым преодолевая сопротивление открытому взаимодействию. Приверженцы данного метода J. Framo [10], E. Bader, P. Pearso [11], независимо от того, кто является объектом работы — пара или семья, считают своей задачей выявление проблемы, её истоков, определение убеждений и достижение нового понимания пациентов.

Сторонники метода объективных отношений [12, 13] полагают, что важно прогнозировать факторы, которые могут привести к ухудшению семейных отношений, а именно — намерений пациентов, реальных и неосознанных, причем прогнозирование следует проводить непосредственно в присутствии психотерапевта. При таком подходе прогнозирование осуществляется посредством толкования, что объединяет этот метод с терапией, направленной на осознание, основанной на том, что осознание и понимание обеспечивают положительные перемены.

Приверженцы метода терапии с учетом семьи происхождения, исходя из парадигмы развития и смены поколений, придают особое значение процессу отделения, обособления личности от родной семьи [14]. По мнению M. Bowen, именно невозможность обособиться от «безликой массы» семьи своего происхождения приводит к невозможности достигнуть самодостаточности, что вызывает раздражительность пациента и оказывает отрицательное влияние на семью в целом. Идеи M. Bowen об эмоциональной атмосфере семьи, ее отношений, убеждений, противоречий и связей, передающихся из поколения в поколение, получили развитие в исследованиях семейных терапевтов [15].

Основное положение контекстуальной психотерапии заключается в том, что каждый член семьи как личность взаимодействует с семьей в целом как с системой. В то же время члены семьи взаимодействуют друг с другом индивидуально, и при этом вся семья функционирует как единый организм. Каждый член семьи имеет определенные обязательства и перед каким-либо другим её членом, и перед всей семьей в целом. Такая концепция, известная как «многонаправленные склонности», является интересной альтернативой терапевтической нейтральности.



В контекстуальной психотерапии концентрируется внимание на тех же семейных противоречиях, что и в других видах терапии, ориентированных на осознание, но при рассмотрении обязательств и взаимобязанностей членов семьи с этической точки зрения, в соответствии с которой соглашения между людьми необходимы для удовлетворения их нужд. Когда четко устанавливаются такого рода взаимовыгодные сделки, ситуация «услуга за услугу» становится основным предметом внимания. Такая форма психотерапии является уникальной среди подходов, направленных «на осознание», кроме того, большое значение в ней придается обучающему фактору.

Постсовременный метод психотерапии включает конструктивистский и повествовательный подход, при котором рассматриваются все индивидуальные истории и наблюдения, поскольку каждое восприятие уникально и каждый человек создает свою собственную реальность [16, 17]. В таком аспекте межличностный конфликт рассматривается как следствие столкновения различных реальностей. При этом основной целью служит достижение осознания, хотя большое внимание уделяется рассмотрению историй, а не разработке мер защиты. Приверженцы данного метода считают себя «соавторами» и полагают, что четкое структурирование вопросов является важнейшим элементом психотерапии, причем именно вопросы рассматриваются как основной терапевтический прием.

Сторонники постсовременной психотерапии исходят из очень важной концепции: каждый член семьи смотрит на вещи по-своему, и взгляды разных членов семьи отличаются друг от друга. Это создает трудности в общении и неминуемо ведет к негативным результатам. Поскольку каждый человек создает свою собственную реальность, целью терапевта является создание новой истории для семьи, которая и позволяет избежать многих сложностей, затрудняющих взаимодействие её членов.

Эмпирический метод семейной психотерапии на первый взгляд очень отличается от других ее методов, направленных на осознание. Однако по существу он имеет ту же цель — достижение пациентами осознания. Метод обращен к раннему опыту, для того чтобы достичь осознания, необходимого для разрешения того или иного конфликта. Разница заключается в том, что осознание достигается скорее на эмпирическом уровне, нежели на повествовательном (на уровне опыта, а не его описания).

Яркими представителями такого рода психотерапии являются Вирджиния Сатир [18] и Карл Витакер [19].

По убеждению В. Сатир, каждый член семьи, испытавший неблагоприятное воздействие со стороны своей семьи в прошлом, вы-

рабатывает свои защитные меры, и цель психотерапевта — помочь паре или семье создать и поддерживать новый семейный опыт, серьезно отличающийся от их прошлого семейного опыта. Многие методы, созданные В. Сатир, зависят от эффективности взаимоотношений на уровне мыслей и чувств. Ценность этих методов заключается в их доступности: пациенты интуитивно понимают её идеи и легко переводят их на уровень своего сознания.

Методы психотерапии, предложенные К. Витакером, отличаются тем, что, благодаря силе личности, уникальности видения и смелости психотерапевта, высказывающего семье достаточно неприятные вещи, они дают возможность встряхнуть семью таким образом, что её члены уже не могут вернуться к прежним взаимоотношениям. Как и В. Сатир, он добивался интуитивного взаимопонимания с семьей, обеспечивающего необходимые изменения.

Если эмоциональные изменения ведут к изменению поведения, то бихевиоральная психотерапия основывается на том, что, напротив, изменения в поведении приводят к изменениям в отношениях и что изменения в поведении влекут за собой эмоциональные изменения.

Многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что поведенческая семейная психотерапия позволяет получить и поддерживать благоприятные перемены в семье [20]. Несмотря на некоторые различия в использовании подходов к бихевиоральной терапии, все они базируются на одном принципе: изменения поведения приводят к изменениям в отношениях.

Структурная модель семейной психотерапии, разработанная Сальвадором Минухиным [21], предусматривает изучение иерархии взаимоотношений в семье, правил, по которым строятся эти отношения, и определение границ между подсистемами семьи. Выяснив структуру семьи и разработав соответствующие подходы для ее изменений, приверженцы этого метода добиваются определенных успехов в работе с некоторыми сложными, проблемными семьями, которые обычно не стремятся к психологическому осознанию, в результате чего у их членов возникают психосоматические проблемы. Структурная семейная терапия позволяет упорядочить самые сложные и хаотические отношения, и как только устанавливаются определенная форма и порядок, исчезают многие клинические симптомы заболеваний.

Представители стратегической семейной психотерапии вместо использования в терапии взаимоотношений понимания, эмоций и принадлежности считают необходимым изменить повторяющиеся непримлемые модели взаимоотношений. Не уделяя особого внимания причинам имеющихся нарушений, они рассматривают эти моде-

ли с перспективной точки зрения, чтобы определить их, часто не посвящают семье в тактику своего вмешательства. Разработано множество простых приемов для изменения неприемлемых моделей взаимоотношений. Такая тактика, часто в сочетании со структурной, особенно полезна при работе с семьями, занимающими оборонительную позицию или негативно относящимися к терапии. Семье, которая постоянно находится в состоянии борьбы, рекомендуется продолжать эту борьбу, но в назначенное время и назначенные дни. При этом не меняется ничего, но изменяется всё, поскольку сам факт, что семья должна проводить борьбу как мероприятие, по заранее разработанной схеме, вносит порядок в хаос семейных отношений.

С момента зарождения семейной психотерапии развивается метод краткой семейной психотерапии. Так называемая группа Пало Альто, работая по этой методике, завершает терапию за 10 занятий. Используя ортодоксальный системный подход, терапевты этой группы помогали семье решить свои проблемы, не рассматривая их причины или возможную патологию личности [22]. Их модель дополняет коммуникативный подход, основанный на принципах кибернетики. Практический подход группы Пало Альто стал краеугольным камнем модели, известной теперь как краткая терапия. Эта модель, ориентированная на упорядочение семейных паттернов на основе семейных правил, является одной из чисто системных моделей.

Другой чисто системный подход, разработанный Сельвини Палаццоли [цит. по 2], представляет Миланская школа, возникшая на базе модели группы Пало Альто. В соответствии с ним каждый член семьи пытается помочь семье, причем считается, что любое, самое немислимое поведение может быть приведено в норму при должной помощи семье.

Нами разработана система семейной психотерапии, основанная на коррекции четырех компонентов структуры здоровья семьи — социального, психологического, социально-психологического, соматопсихологического — и коррекции нарушения функционирования семьи.

Функционирование семьи определяется тем, как удовлетворяются потребности каждого из ее членов: социальные (обеспечение питанием, одеждой, жильем); социально-психологические (потребности и возможность занимать определенное место в обществе, пользоваться привязанностью, защищенностью, вниманием окружающих, быть объектом уважения и любви); психологические (потребность в персонализации, самовыражении, потребность быть личностью, а также духовные, культурные, информационные, эстетические потребности); сомато-психические (потреб-

ность в самосохранении — соматическом, психическом, в сексуальном и репродуктивном здоровье).

В основу предлагаемой системы положены компоненты межличностного взаимодействия: информационный, эмоциональный, поведенческий и личностный.

Задачами информационного компонента являются выработка у членов семьи правильных установок на свои взаимоотношения; разъяснение им необходимости и возможности оптимизации этих отношений; повышение уровня взаимопонимания между членами семьи, разъяснение им причин возникновения конфликтных ситуаций и роли каждого в этом отношении; ознакомление членов семьи с формами поведения, способствующими нормализации отношений, функционирования семьи и предотвращению конфликтов.

В задачи эмоционального компонента входят дезактуализация неадекватных реакций членов семьи на нарушение семейных взаимоотношений, усвоение ими способов установления благожелательных, доверительных отношений.

Поведенческий компонент коррекции состоит в перестройке поведения членов семьи, для чего необходимо преодолеть неадекватные его формы, выработать правильные способы разрешения конфликтов, достигнуть взаимопонимания, обеспечить взаимопомощь и ответственность каждого из членов семьи, что должно привести к нормализации функционирования семьи. Задача личностного компонента коррекции — воздействие на потребностно-мотивационные и ценностно-смысловые аспекты межличностного общения в семье. Конечной его целью является достижение взаимоотношений членов семьи как личностей. Все компоненты системной семейной психотерапии осуществляются во взаимосвязи, как единое целое.

При разработке системы психотерапии нарушения семейного взаимодействия мы основывались на принципах комплексности, дифференцированности, последовательности и этапности проводимых корригирующих воздействий. Эти воздействия проводились в четыре основных этапа.

Целью первого из них было достижение осознания членами семьи нарушения их семейных взаимоотношений и выполнения функций семьи. На втором этапе у членов семьи формировали установку на преодоление этих нарушений. Третий этап был посвящен достижению адекватных эмоциональных реакций на возникающие в семье конфликты и противоречия. Четвертый этап состоял в выработке у членов семьи правильного поведения.

Выделяют 14 функций семьи: эмоциональную, духовную, сексуально-эротическую, репродуктивную, хозяйственно-бытовую,



воспитательную, функцию социализации (первичной, вторичной, профессиональной) и социального интегрирования, ролевую, защитную, функцию сохранения здоровья, персонализации, психотерапевтическую и реабилитационную (функцию первичного социального контроля) [23].

В соответствии с потребностями членов семьи, определяющими эти функции, семейная психотерапия должна быть направлена при нарушении эмоциональной функции — на удовлетворение потребности членов семьи в симпатии, уважении, эмоциональной поддержке, эмпатии; при нарушении духовной функции (функции культурного общения) — на удовлетворение потребности членов семьи в совместном проведении досуга, взаимном духовном обогащении, духовном развитии; при невыполнении сексуально-эротической функции — на удовлетворение сексуально-эротических потребностей супругов; при нарушении репродуктивной функции — на удовлетворение потребности иметь детей; хозяйственно-бытовой — на удовлетворение материальных и бытовых потребностей членов семьи; воспитательной — на удовлетворение индивидуальных потребностей в отцовстве, материнстве, в контакте с детьми; функции социализации — на развитие у членов семьи социальности, усвоение и активное воспроизводство ими социального опыта, осуществляемого в обесии и деятельности; функции социального интегрирования — на заботу семьи о нахождении ее членами места в обществе. При нарушении выполнения ролевой функции психотерапия направлена на удовлетворение в семье ролевой потребности каждого из ее членов; при невыполнении защитной функции — на удовлетворение потребности членов семьи в защищенности, в психологической, физической и материальной защите; функции сохранения здоровья — на обеспечение сохранения соматического, психического и сексуального здоровья членов семьи и необходимой помощи при заболевании; функции социализации — на обеспечение идеальной представленности жизнедеятельности всех членов семьи и возможности для каждого проявлять себя в общественной жизни как личность; психотерапевтической функции — на обеспечение психотерапевтической помощи членам семьи в трудных ситуациях; при нарушении реабилитационной функции — на обеспечение возможности семейной и способствование социальной реабилитации, выполнение социальных норм в случаях заболевания.

Применение в процессе семейной терапии психотерапевтических методов диктуется тем, какая функция семьи нарушена, и конкретными формами нарушения семейных взаимоотношений. При всех обстоятельствах следует проводить информационную и раци-

ональную психотерапию, при невыполнении духовной функции — также коммуникативный тренинг, сексуально-эротической функции — сексуально-эротический тренинг, воспитательной функции — педагогическую психотерапию, при нарушении функции социализации, социального интегрирования и защитной функции — личностноориентированную психотерапию, при невыполнении ролевой функции — ролевой тренинг, функции сохранения здоровья — рациональную психообразовательную, а функции персонализации — персоналистическую психотерапию.

Таким образом, разработанная система, в отличие от других систем терапии семьи, направлена на нормализацию ее функционирования, которая приводит к гармонизации семейных взаимоотношений как основы здоровья семьи.

#### Литература:

1. Broderick C., Schrader S. The history of professional marriage and family therapy // Handbook of Family Therapy. — 1991. — Vol. II / Ed. by A. S. Gurman. D. P. Kniskern. — N. Y.: Brunner/Mazel. — P. 3-40.
2. Кэйдис Л. Б., Клендон Р. М. Супружеская и семейная терапия: Уч. пособие: Пер. с англ. / Под ред. Н. А. Цветковой. — М.: Изд-во Моск. психол.-социол. ин-та, 2006, — 208 с.
3. Wynne L. C., Singer M. T. Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics // Arch. Gen. Psychiatry. — 1963. — № 9. — P. 161-206.
4. Leff J. P., Vaughn C. E. Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. — N. Y.: Guilford, 1985.
5. Hoffman L. Foundations of Family Therapy // A Conceptual Framework for Systems Change. — N. Y.: Basic Books, 1981. — P. 105-125.
6. Reiss D. Varieties of consensual experience // Fam. process. — 1971. — Vol. 10. — P. 1-35.
7. Goldner V. Generation and gender: normative and covert hierarchies // Fam Process. — 1988. — Vol. 27. — P. 17-31.
8. Philpot C., Brooks G. Intergender communication and gender-sensitive family therapy, in Integrating Family Therapy: Handbook of Family Psychology and Systems Theory / Ed. by R. Mikesell et al. — Am. psychol. ass. — 1995. — P. 303-326.
9. Snyder D., Wills R., Grady-Fletcher A. Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: a 4-year follow-up study // J. cons. clin. psychol. — 1991. — Vol. 59. — P. 138-141.

10. Framo J. Family of origin as a therapeutic resource for adults inmarital and family therapy: you can and should go home again // *Fam. Process.* — 1980. — Vol. 15. — P. 193-210.
11. Bader E., Pearson P. In Quest of the Mythical Mate. — N. Y.: Branner/Mazel, 1988.
12. Scharff D., Scharff J.S. Object Relations Family Therapy. — N. Y.: Jason Aronson, 1986.
13. Givelber F. Object relations and the couple: separation-individuation, intimacy and marriage, in *One Couple, Four Realities: Multiple Perspectives on Couples Therapy* / Ed. by R. Chasin et al. — N. Y.: Guilford, 1990. — P. 171-190.
14. Bowen M. Family Therapy in Clinical Practice. — N. Y.: Jason Aronson, 1978.
15. Friedman D. Bowen theory and therapy // *Handbook of Fam. Ther.* — Vol. II / Ed. by A. S. Gurman, D. P. Kniskern. — N. Y.: Branner/Mazel, 1991. — P. 134-170.
16. Anderson H., Goolishian H. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory // *Fam. Process.* — 1988. — Vol. 27. — P. 371-393.
17. Hoffman L. Constructing realities: an art of lenses // *Fam. Process* — 1990. — Vol. 29. — P. 1-12.
18. Satir V. *Conjoint Family Therapy.* Palo Alto, CA, Science and Behavior Books. 3rd Edition. — 1983.
19. Napier A. Y., Whitaker C. A. *The Family Crucible.* — N. Y.: Harper&Row, 1978.
20. Jacobson N., Addis M. Research on couples and couple therapy: What do we know? Where are we going? Special Section: Couples and couple therapy // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1993. — Vol. 61. — P. 85-93.
21. Minuchin S., Montalvo B., Guerney B. et al. *Families of the Slums: An Exploration of Their Structure and Treatment.* — N. Y.: Basic Books, 1967.
22. Watzlawick P., Weakland J. H., Fisch R. *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution.* — N. Y.: WW Norton, 1974.
23. Семьонкіна І. А. Подружня дезадаптація при порушенні функцій сім'ї та її психологічна корекція: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Київ, 2001. — 16 с.

\*Медицинская психология. — 2007. — Т.2. — №2. — С. 51—55