

Г.С.КОЧАРЯН, А.С.КОЧАРЯН

# ПСИХОТЕРАПИЯ

СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И  
СУПРУЖЕСКИХ КОНФЛИКТОВ



Москва  
Медицина  
1994

ББК 56.14 К 76

УДК 616.69-008.1+618.17-085.851

Рецензент: Г. С. Васильченко, проф., руководитель научно- методического Центра по медицинской сексологии РФ.

**Кочарян Г. С., Кочарян А. С.**

**К76 Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов.**— М.: Медицина, 1994.— 224 с.  
ISBN 5-225-01271-X.

В монографии рассматривается лечение сексуальных расстройств различными психотерапевтическими методами. Приведены методики и приемы диагностики и психотерапевтических воздействий, в том числе оригинальные. С новых теоретических позиций изложен патогенез и психотерапия наиболее распространенного сексопатологического синдрома у мужчин — синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи. Описано психологическое семейное консультирование — модели, этапы, формы и др. Представлена разрабатываемая авторами концепция психологических функциональных системных механизмов преодоления эмоционально трудных ситуаций, которая лежит в основе некоторых предлагаемых методик психотерапевтического воздействия.

Монография рассчитана на сексопатологов, психотерапевтов, психиатров, психологов — семейных консультантов.

**ББК 56.14**

4108110000—11 .. 039(01)-94 <sup>Без объявления</sup>

ГАРНИК СУРЕНОВИЧ КОЧАРЯН, АЛЕКСАНДР СУРЕНОВИЧ КОЧАРЯН

**Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов**

Зав. редакцией — канд. мед. наук Э. М. Попова. Научный редактор А. В. Бруенок. Литературный редактор И. В. Харитонова. Редактор В. И. Лукьянова. Художественный редактор С. М. Лымкина. Оформление художника В. С. Сергеевой. Технический редактор Г. Н. Жильцова. Корректор А. К. Баскакова.

ИБ 6411

ЛР № 010215 от 11.03.92. Сдано в набор 12.07.93. Подписано к печати 15.11.93. Формат бумаги 60X90 /16. Бумага кн.-журн. офс. Гарнитура литер. Печать офсетная. Усл. печ. л. 14,0. Усл. кр.-отт. 14,0. Уч.-изд. л. 17,59. Тираж 15 000 экз. Заказ № 1897. «С»011.

Ордена Трудового Красного Знамени издательство «Медицина» 101000, Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Смоленская областная ордена «Знак Почета» типография им. Смирнова. 214000, г. Смоленск, пр. им. Ю. Гагарина, 2.

ISBN 5-225-01271-X © Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян, 1994

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	3
<b>Глава 1. Место психотерапии в лечении сексуальных расстройств</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	5
<b>Глава 2. Некоторые методологические аспекты психотерапии сексуальных расстройств</b> .....	8
2.1. Теоретический аспект — <i>А. С. Кочарян</i> .....	8
2.2. Клинический аспект — <i>Г. С. Кочарян</i> .....	20
<b>Глава 3. Разъяснительная и рациональная психотерапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	23
<b>Глава 4. Косвенная психотерапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	40
<b>Глава 5. Гипносуггестивная терапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	47
5.1. Гипносуггестивное программирование .....	48
5.2. Гипносуггестивное моделирование .....	61
5.3. Гипнокатарсис .....	63
5.4. Гипноз и вопросы диагностики .....	64
5.5. Возможности гипнотического метода .....	65
<b>Глава 6. Наркопсихотерапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	66
<b>Глава 7. Аутогенная тренировка.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	68
7.1. Аутогенная тренировка при сексуальных расстройствах у мужчин .....	69
7.2. Аутогенная тренировка в терапии сексуальных расстройств у женщин .....	82
7.3. Аутогенная тренировка в лечении перверсий .....	84
<b>Глава 8. Поведенческая терапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	85
<b>Глава 9. Секс-терапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	90
<b>Глава 10. Психоанализ.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	97
<b>Глава 11. Музыкаотерапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	102
<b>Глава 12. Групповая психотерапия.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	107
<b>Глава 13. Семейная терапия и психологическое семейное консультирование.</b> <i>А. С. Кочарян</i> .....	114
13.1. Вводные замечания .....	114
13.2. Модели семейной терапии и консультирования .....	115
13.3. Этапы семейной терапии .....	118
13.3.1. Диагностика .....	118
13.3.1.1. Семейный диагноз .....	118
13.3.1.2. Методики диагностики с е м ь и .....	134
13.3.2. Коррекция .....	143
13.3.2.1. Семейная терапия и защитные механизмы .....	143
13.3.2.2. Принципы коррекции .....	148
13.3.2.3. Коррекционные стратегии .....	152
13.4. Формы семейной терапии и консультирования .....	169
<b>Глава 14. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	178
<b>Приложение. Некоторые основные теоретические положения классического психоанализа.</b> <i>Г. С. Кочарян</i> .....	208
Список литературы .....	217

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Значительная распространенность сексуальных расстройств, дисгармоний, а также супружеских конфликтов обуславливает необходимость повышения эффективности соответствующих лечебно-коррекционных воздействий. В этом отношении значительным потенциалом обладает психотерапия. Вместе с тем в отечественной литературе недостаточно представлено многообразие ее методов, используемых для лечения сексуальных расстройств. В 1966 г. вышла монография Н. В. Иванова «Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств», в которой рассмотрены методы психотерапии, часто применявшиеся отечественными сексопатологами в тот период. После опубликования указанной работы в нашей стране не было издано ни одной отечественной монографии или руководства, специально посвященных этому вопросу. Речь идет лишь о фрагментарной представленности психотерапии сексуальных нарушений в малочисленных монографиях, посвященных вопросам сексопатологии, а также в трех изданиях руководства по психотерапии под ред. В. Е. Рожнова (1985) и руководстве по андрологии под ред. О. Л. Тиктинского (1990). В переведенной на русский язык монографии С. Кратохвила «Терапия функциональных сексуальных расстройств» (1985), вошедшей в качестве первой части в книгу «Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний» (1991), также не рассмотрен ряд психотерапевтических методов, используемых в сексологической практике. Следует отметить, что в доступной нам зарубежной литературе мы не нашли монографий или руководств, специально посвященных одновременному описанию различных методов психотерапии сексуальных расстройств; имеются лишь монографии, посвященные только некоторым отдельным методам. В этой связи, например, могут быть названы работы по секс-терапии [Masters W. H., Johnson V.E., 1970; Kaplan H.S., 1974; LoPiccolo J., LoPiccolo L., 1978].

Сексуальная гармония супружеской пары невозможна без качественных межличностных отношений. Семейной психотерапии посвящена монография Э. Г. Эйдемиллера и В. В. Юстицкого (1990). Психологи, выйдя за рамки собственно клинических проблем, описали опыт применения семейной терапии в практике психологического консультирования (Семья в психологической консультации. Под ред. А. А. Бодалева и В. В. Столина, 1989). Разделы по семейной терапии имеются во втором издании руководства по психотерапии под ред. В. Е. Рожнова (1979), а также в книге «Методы психологической диагностики и коррекции в клинике» [Кабанов М. М. и др., 1983]. Когда настоящая монография была уже написана, вышла вышеупомянутая книга С. Кратохвила «Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний» (1991), во второй части которой представлены современные концепции супружеской терапии. Вместе с тем следует отметить, что в указанных работах описано применение семейной терапии при отдельных нозологических формах, а если и рассматриваются различные концептуальные подходы, то они представлены в основном в реферативном плане. Кроме того, в указанных работах не нашли отражение некоторые эффективные современные психотерапевтические подходы и методы (например, психосинтез).

Следует также отметить, что психотерапия больше, чем метод и методика. Это еще и личность психотерапевта [Rogers C., 1981]. Поэтому индивидуальный опыт психотерапевтов всегда уникален даже в том случае, когда они используют одни и те же лечебные средства.

В предлагаемой монографии приводится панорамное описание методов психотерапии, используемых для лечения сексуальных расстройств, включая и такие, как психоанализ и нейро-лингвистическое программирование, подробно описана психотерапия наиболее универсального сексопатологического синдрома у

мужчин — синдрома тревожного ожидания неудачи; рассматриваются принципы, стратегии и формы семейной терапии, а также вопрос семейного диагноза; представлены оригинальные авторские психотерапевтические и диагностические приемы и методики. В различных главах монографии найдено отражение разрабатываемая авторами концепция психологических функциональных системных механизмов.

Настоящая книга является результатом совместной работы докт. мед. наук, проф. кафедры медицинской сексологии и медицинской психологии Харьковского института усовершенствования врачей Г. С. Кочаряна и канд. психол. наук, доцента кафедры медицинской и прикладной психологии Харьковского государственного университета Александра Суреновича Кочаряна, имеющих многолетний опыт работы в области медицинской сексологии и психологического семейного консультирования.

Авторы выражают искреннюю благодарность рецензенту докт. мед. наук, профессору Г. С. Васильченко за полезные консультации, а также зав. редакцией канд. мед. наук Э. М. Поповой.

Все пожелания, высказанные читателями, будут с благодарностью приняты авторами.

## МЕСТО ПСИХОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

Необходимо отметить, что психотерапия используется практически при всех формах половых расстройств, но ее доля в комплексе лечебных мероприятий далеко не всегда одинакова. Это и понятно, так как сексуальные дисфункции в одних случаях являются преимущественно психогенными, а в других — соматогенными. Естественно, при психогенных формах сексуальных расстройств ведущим лечебным методом является психотерапия в различных ее формах, а в случаях соматогенно обусловленных сексуальных дисфункций значительно увеличивается удельный вес других методов лечения. Так, например, при неврозе ожидания неудачи используется большой арсенал психотерапевтических методик, а применение транквилизаторов и других средств имеет вспомогательное значение, хотя эти средства могут явиться серьезным терапевтическим подспорьем. Вместе с тем половые расстройства, обусловленные сексуальной инволюцией, требуют для своей коррекции в первую очередь применения адаптогенов и других групп фармакологических препаратов, что, впрочем, не исключает необходимости использования психотерапевтических методов, хотя и в меньшем объеме.

Важно, однако, чтобы расстройство любого происхождения правильно оценивалось самим больным, так как неадекватное восприятие своего заболевания может привести к различным неблагоприятным последствиям. Половые расстройства в силу большой личностной значимости сексуальной сферы могут привести к различным невротическим нарушениям, депрессии, нередко сопровождающимся суицидальными тенденциями, что еще более повышает значение психотерапии в лечении таких больных. В связи с этим следует стремиться к тому, чтобы врачебная концепция болезни, хотя и в упрощенной форме, стала концепцией больного. Исключение составляют онкологические заболевания и терминальные состояния, при которых полная правдивая информация может стать мощным психотравмирующим фактором, способным резко ухудшить общее состояние больного. Для того чтобы пациент адекватно относился к своему заболеванию, требуется по меньшей мере проведение разъяснительной психотерапии. В некоторых случаях этого бывает недостаточно, и тогда проводится целенаправленная коррекция ошибок суждения, построенная на обучении больного мыслить логически (рациональная психотерапия в понимании Д. В. Панкова).

Кроме того, назначение любого фармакологического препарата или какой-либо процедуры должно сопровождаться информацией об их лечебном действии с приведением примеров, в том числе вымышленных, полной или частичной ликвидации дефекта в результате их применения (так называемая косвенная психотерапия). Это особенно важно при сексуальных нарушениях, так как в связи с их большой значимостью больные с нетерпением ожидают назначения медикаментозных препаратов или процедур, способных чуть ли не одновременно ликвидировать эти нарушения.

Мы неоднократно убеждались в том, что назначение лекарственных средств «стратегического» действия, результатов применения которых можно было бы ожидать лишь спустя какое-то время, давало моментальный лечебный эффект. Так, у одного из наших больных с полисиндромным сексуальным расстройством, в структуре которого были, в частности, хронический простатит и невротическая реакция ожидания неудачи, назначение таблеток эритромицина обусловило быстрое улучшение эрекции во время полового акта. Как выяснилось при анализе, пациент считал, что этот препарат положительно влияет на качество эрекции, и в преддверии интимной близости он был спокоен и уверен в себе. Таким образом, нивелировалось патогенное влияние фактора ожидания неудачи, а эритромицин сыграл роль проводника психотерапевтического воздействия.

Большое значение психотерапии при некоторых формах сексуальных расстройств психогенной природы мы неоднократно обнаруживали после углубленного сексологического обследования с психотерапевтическим опосредованием. Во время такого обследования периодически вслух констатировалась сохранность органов и систем, участвующих в обеспечении сексуальных функций, а после его окончания говорилось, что расстройство носит временный, преходящий характер и вскоре ликвидируется, если больной во всем будет слушать врача. Иногда этого было вполне достаточно, чтобы расстройство нивелировалось еще до «начала лечения» (в понимании пациента), так как повышало уверенность больного в своих сексуальных возможностях, создавало лечебную перспективу, что устраняло тревожное ожидание неудачи и приводило к нормализации эрекции.

Следует также помнить о том, что при некоторых сексуальных расстройствах проведение одного или нескольких гипнотических сеансов может заменить прием большого количества не безразличных для организма фармакологических препаратов. Накопленный нами опыт, как и опыт других сексопатологов и психотерапевтов, свидетельствует о том, что положительного эффекта от использования гипносуггестивной терапии можно добиться не только при психогенных сексуальных расстройствах, но и при парафилиях непсихотического генеза и других нарушениях сексуальной сферы.

Учитывая большую роль психотерапии в лечении названного контингента больных, Г. С. Васильченко (1983) указывает, что «...ни один врач, если он не владеет всеми основными методами психотерапии, не может быть аттестован как профессиональный сексопатолог», а К. Imielinski (1986) отмечает: «Психотерапия играет наиболее важную роль в сексологическом лечении. Во многих случаях она является единственной формой сексологического лечения; в других же (даже при хирургическом лечении) она используется как форма дополняющего лечения или как один из компонентов комплексного лечения. Таким образом, в сексологической практике психотерапию используют, как правило, при любой схеме лечения». В пользу последнего утверждения свидетельствует и публикация В. В. Кондрашова (1985) под названием «О необходимости психотерапии при хирургическом лечении импотенции».

Для лечения больных с сексуальными расстройствами применяются различные методы психотерапии. При этом речь редко идет об использовании какого-либо одного метода (например, разъяснительной или рациональной психотерапии). Как правило, для получения лечебного эффекта необходимы два и более методов психотерапии, объединенных в систему.

Нарушение сексуального взаимодействия может быть обусловлено не только заболеваниями, так как неблагополучие интимных взаимоотношений определяется нередко социальными и психологическими факторами, несоответствием темпераментов партнеров, разнообразными изъянами сексуальной техники и т. п. Часто речь идет о сочетанном взаимодействии нескольких этиологических моментов. Г. С. Васильченко (1983) указывает: «Социальный заказ, возложенный на сексопатолога обществом, не может сводиться к решению чисто медицинских задач. Любое сексуальное проявление вплоть до самых элементарных (эрекция и эякуляция) адекватно реализуется только в рамках межличностного взаимодействия, традиционной формой которого является брачный союз». Г. С. Васильченко, Ю. А. Решетняк (1978) разработали концепцию 5 брачных факторов, основывающуюся на исходном положении полифункциональности брачного союза, призванного объединять материально-экономические, культурные и сексуальные потребности партнеров в условиях тесного и длительного контакта. Соответствие супругов по каждому из выделенных факторов (физическому, материальному, культурному, сексуальному и психологическому) в конечном счете определяет благополучие и стабильность брака. Z. Lew-Starowicz (1985) отмечает несколько уровней сексуального взаимодействия партнеров: физиологический, эротический, интуитивный, чувственный, вербальный и ценностный. К. Imielinski (1986) в монографии «Человек и секс» указывает, что сексуальное приспособление мужчин и

женщин определяется взаимодействием многих факторов, среди которых большую роль играет связывающее партнеров чувство любви, взаимная сексуальная привлекательность, соответствие сексуальных шифров, а также сексуальная культура.

Многомерность взаимодействия брачных партнеров, определяющая их интимное благополучие, в полной мере учитывает парный подход к диагностике и лечению сексуальных расстройств, предложенный W. H. Masters, V. E. Johnson (1970). Этот подход получил развитие и в нашей стране [Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., 1982; Кришталь В. В., Агишева Н. К, 1986; Буртянский Д. Л. и др., 1987]. В. В. Кришталь (1985) указывает, что им был предложен системный анализ сексуальной гармонии, принципиально соответствующий структурному анализу сексуальных расстройств, разработанному Г. С. Васильченко (1977). Системный анализ сексуальной гармонии супружеской пары в зависимости от ряда факторов (характерологическое соответствие, ролевое взаимодействие, соответствие по темпераменту, адекватность сексуальной техники, сохранность сексуальных функций и т. п.) предусматривает выделение ее четырех компонентов: социального, психологического, социально-психологического и медико-биологического [Кришталь В. В., 1990].

Учет роли в развитии сексуальной дисгармонии факторов, не имеющих отношения к заболеваниям, предполагает расширение диапазона применения психотерапевтических методов, что еще больше подчеркивает их значение для коррекционной работы в сексологической практике.



## НЕКОТОРЫЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОТЕРАПИИ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

### 2.1. Теоретический аспект

Повышение эффективности психотерапевтического воздействия связано с разработкой психологических механизмов такого воздействия, привлечением арсенала концептуальных и методических средств психологии для решения задач психотерапевтической практики [Карвасарский Б. Д., 1982; Ташлыков В. А., 1984]. Значимость данного тезиса особенно возрастает в психотерапии расстройств донозологического регистра [Васильченко Г. С. и др., 1976].

В последние 10—15 лет в отечественной литературе дискутируется вопрос о роли психологической защиты в процессе психотерапии [Бассин Ф. В., 1969; Бассин Ф. В. и др., 1974; Савенко Ю. С., 1974; Воловик В. М., Вид В. Д., 1976; Рожнов В. Е., Бурно М. Е., 1978; Зачеицкий Р. А., 1980; Ташлыков В. А., 1984]. Можно выделить два альтернативных подхода к решению этого вопроса.

1. Психотерапия должна оптимизировать стилевые защитные механизмы личности невротика [Бассин Ф. В., 1969; Бассин Ф. В., и др., 1974]. При этом, для того чтобы такая работа оказалась эффективной, необходимо учитывать индивидуальную склонность к использованию тех или других механизмов. Принцип специфичности психотерапии состоит в том, что оптимизируются формы защиты, адекватные личности (у истероида — вытеснение, регрессия, отрицание затруднений и др.; у психастеника — дереализация, интеллектуализация, рационализация и т. п.).

Приведем пример использования психотерапевтической стратегии первого типа. Так, К. И. Платонов (1962), помогая пациенту избавиться от тягостного, внутренне неприемлемого чувства любви к женщине, применил гипносуггестию, направленную на ликвидацию указанного чувства. Этот прием можно трактовать как активизацию процесса вытеснения.

2. Психотерапия должна состоять в срыве механизмов защиты и формировании конструктивных способов выхода из ситуации психотравмы [Зачеицкий Р. А., 1980].

Второй подход труднее, так как срыв механизмов защиты, осуществляемый на первом этапе психотерапии, оставляет личность незащищенной перед угрозой и тем самым приводит к значительному росту тревоги и напряжения. Личность ставится перед необходимостью осознания своих нарушенных жизненных отношений. Вместе с тем лишь реализация этого подхода дает значительный стратегический эффект, так как приводит к более высокому уровню функционирования личности.

За указанными альтернативными подходами к соотношению психотерапии и защитных механизмов кроется фундаментальное различие в понимании последних. Так, одни исследователи рассматривают психологическую защиту как механизм пассивно-оборонительного типа, как свидетельство слабости, неспособности человека противостоять неблагоприятным условиям действительности, как средство пассивной иллюзорной обороны. Другие же авторы, наоборот, считают, что психологическая защита не экзотичный механизм, а вполне нормальный. Если этот механизм сорван, возникает психическое расстройство. В этом подходе сила «Я» связывается с наличием зрелых механизмов защиты.

Существуют различные теоретические традиции концептуализации феномена психологической защиты — психоаналитическая [Фрейд З., 1923, 1924, 1925, 1927; Freud A., 1961; Sjöback H., 1973], бихевиоральная [Sears R., 1944; Dollard J., Miller M., 1969], когнитивная [Lazarus R., 1966; Kolanczyk A., 1978, 1982; Kofta M., 1978], диспозиционная [Senejko A., 1981]. Кроме того, возникли эклектические формы анализа рассматриваемого феномена, отражающие как факт эрозии исходного теоретического монизма, так и факт экспансии указанных исходных теоретических

ориентации на несвойственные им ранее онтологические области [Arieti S., 1978]. Сфера психотерапевтической практики чрезвычайно расширилась за счет неврачебной психотерапии: в фокус исследования попали не только люди с психопатологическими нозоформами, но и психически здоровые, имеющие определенные личностные проблемы. Отсюда в рамках психоанализа стал обсуждаться вопрос об адаптивности, непатогенности защитных процессов [Sjцback H., 1973], решение которого определяет также решение вопроса о месте защитных процессов в психотерапии.

Анализ проблемы патогенности и адаптивности защитных процессов наиболее разработан в психоаналитической традиции<sup>1</sup>. В идеях, высказанных З. Фрейдом в конце прошлого века, еще нет четких взглядов по поводу нормальности — патогенности вытеснения. В «Толковании сновидений» он оценивает вытеснение как смотрителя нашего психического здоровья. Это утверждение относится к успешному вытеснению. Если же вытеснение неэффективно, то возникают патологические эффекты. Вместе с тем З. Фрейд был последователен, так как подчеркивал, что вытесненное психотравмирующее содержание всегда возвращается. Подобная неясность была и в его более поздних работах. Так, в работе «Моя точка зрения на роль сексуальности в этиологии неврозов» З. Фрейд (1906) писал, что вытеснение инфантильных сексуальных желаний является предпосылкой психического здоровья. Невротики же применяют слишком сильное вытеснение, которое приводит к тому, что вытесненное содержание в замаскированной форме, в симптомах возвращается в сознание. В работе «Три очерка теории сексуальности» З. Фрейд (1905) описал вытеснение как патогенный механизм. В работе «Вытеснение» (1915) он снова подчеркнул, что успешное вытеснение не является патогенным процессом. В это же время З. Фрейд считает, что любое вытеснение вызывает расход психической энергии, а следовательно, приводит к неблагоприятным последствиям. Эту мысль мы находим в «Лекциях по введению в психоанализ». В начале века З. Фрейд использовал термин «вытеснение» для обозначения всех видов защитных процессов. Позднее он выделил ряд психологических защитных механизмов, которые он описывает как «инфантилизмы», патогенные по своей природе. В литературе существует две интерпретации того, как понимал З. Фрейд патогенность защитных процессов. По мнению Ch. Brenner (1981), З. Фрейд не считал, что вытеснение всегда приводит к патологии, к возникновению невротической симптоматики. Вместе с тем, если патология все-таки возникает, то в основе ее всегда лежит вытеснение. Иначе говоря, Ch. Brenner полагал, что позиция З. Фрейда относительно сущности психологической защиты — это позиция потенциальной патогенности. Как считает Н. Sjцback (1973), позиция Ch. Brenner является ошибочной и обусловлена тем обстоятельством, что природа защитных механизмов в данном случае анализируется в простой дихотомии «норма — патология».

Сам З. Фрейд, по мнению Н. Sjцback, не работал с таким простым и статическим дихотомическим концептом (смысловым значением, содержанием понятия). Более верно говорить о континуальной, а не дихотомической природе концепта «норма — патология». Защитные процессы могут функционировать у индивидов, занимающих разное место в континууме «норма — патология». Однако использование защитных механизмов приводит к смещению положения индивида в континууме в сторону патологии. Следовательно, согласно Н. Sjцback, З. Фрейд отстаивал концепцию безусловной патогенности защитных процессов. Такова же точка зрения О. Fenishel (1946), Nunberg (1955) и соавт. В последние годы, однако, не все психоаналитики рассматривают защитные механизмы как исключительно патогенные. Более того, ряд исследователей интерпретируют их как вполне нормальные, как саногенные. Так, Tartakoff указал общую основу адаптационных и защитных процессов [Sjцback H., 1973]. Одни исследователи полагают, что защитные процессы могут не вызвать расстройств, т. е. они являются непатогенными [Loewenstein R., 1963], другие же

отстаивают еще более определенную версию — защитный процесс может быть адаптивен [Hoffer W., 1954; Hartman H., 1958]. Принятие такой теоретической канвы приводит к необходимости разделения защитных процессов, с одной стороны, на патогенные, с другой — на непатогенные и даже адаптивные. В литературе рассматриваются и дифференциальные критерии такого членения: ригидность — гибкость, ситуационная неадекватность — ситуационная адекватность, генерализованность (трансситуативность) — ситуативность, искажение психотравмирующей информации — отсутствие искажения, бессознательность действия — сознательность и т. п. [Sjцback H., 1973; Kofta M., 1979]. Указанные функциональные характеристики (левая часть альтернативных пар) относятся только к стилевым, невротическим (патогенным) защитным механизмам. Выделение качественно различных типов защит (патогенных и непатогенных) породило и другую тенденцию — к расчленению ранее единой сферы защитных процессов и выделению качественно различных механизмов эмоциональной саморегуляции. Идея разграничения механизмов защиты и совладания как техник эмоционального самоконтроля выражена А. Freud (1961). Автор разделила защитные механизмы по двум направлениям: первая группа — это борьба с внутренней угрозой; вторая группа — с внешней. А. Фрейд полагала, что механизмы защиты можно упорядочить в пары так, что каждому механизму первой группы отвечает соответствующий механизм второй группы. Совершенно очевидно, что эффективная борьба с внешней угрозой должна учитывать это внешнее, а следовательно, и строиться на каких-то реальных принципах. Эта мысль была развита N. Naan (1965, 1969) и Т.С. Kroeber (1966), выделивших 10 общих механизмов «эго», каждый из которых может выступать в двух вариантах: защитном (направлен «вовнутрь») и совладающем (направлен «вовне»). Защитному механизму интеллектуализации Naan противопоставила принятие объективной установки в отношении затруднения; рационализации — логический анализ ситуаций и своего поведения и т. п. Здесь, таким образом, звучит очень интересная идея: феноменологически техники эмоционального самоконтроля могут не различаться, хотя и принадлежат к разным механизмам. В связи с тем что и механизм защиты, и механизм совладания выполняют функцию редукции эмоционального напряжения, то квалифицировать ту или иную технику эмоциональной регуляции как механизм защиты или как механизм совладания чрезвычайно трудно. Более того, оказывается, что одна из традиционных диагностических методик защитных механизмов (RS-шкала) [Byrne D., 1964] может измерять и механизм совладания [Hare R. D., 1966]. Ю. В. Чайка (1986) показал, что девять из двадцати пяти используемых больными шизофренией техник преодоления болезненной симптоматики могут быть как механизмами защиты, так и механизмами компенсации и приспособления, т. е. являются функционально неспецифическими. В нашем исследовании [Кочарян А. С., 1986] выявлена функциональная неспецифичность техник эмоциональной саморегуляции в норме. Другие авторы пытаются выделить дифференциально-специфические техники эмоциональной саморегуляции в рамках механизмов защиты и совладания. Так, D. A. Hamburg (1953), исследуя пациентов, получивших значительные ожоги, выделяет, кроме типичных защитных механизмов, таких как отрицание, проекции, вытеснение и др., следующие механизмы совладания: мобилизация надежды, налаживание межличностных контактов с лечащим персоналом, семьей и соседями по палате, поддержание уважения к себе, активное участие в лечебных мероприятиях, трактовка случившегося в юмористическом свете. Некоторые авторы, сталкиваясь с функциональной неспецифичностью техник эмоциональной саморегуляции, пытаются установить те чисто количественные меры выраженности этих техник, при которых они обслуживают механизмы защиты или совладания. Так, А. Mattson и S. Gross (1966) рассматривают в качестве именно совладающей техники отрицание в оптимальных пределах. Следует, однако, подчеркнуть, что общей закономерностью скорее является функциональная неспецифичность техник эмоциональной саморегуляции. Патогенные и непатогенные техники самоконтроля различаются по последствиям, а не по феноменологии. Одни и те же техники в разных ситуациях имеют разную эффективность. Например, многие

родители детей, умерших от лейкемии, использовали стратегию уклонения — отрицания (*avoidant — denial*) до смерти ребенка. Это значительно облегчает их эмоциональное состояние [Wolff C. T. et al., 1964]. Но эти же родители после смерти своего ребенка дают развернутую психопатологическую картину [Chodoff P. et al., 1964]. F. Cohen и R. S. Lazarus (1975) показали, что техника эмоциональной саморегуляции типа отрицания — уклонения у хирургических больных очень эффективна в плане выздоровления после хирургического вмешательства. Вместе с тем эта же техника весьма неэффективна у женщин с симптомами рака груди: они приходят к врачу очень поздно [Todd P. V., Magarey Ch. J., 1978].

Таким образом, эффективность техники определяется ситуацией. Фактор ситуации распространяется и на детерминацию самих техник эмоциональной саморегуляции. Так, T. P. Hackett и A. D. Weisman (1964) показали, что такая техника эмоциональной саморегуляции как отрицание, более вероятна, если предвосхищается возможность позитивного исхода ситуации. Из их наблюдений следует, что родители смертельно больных детей подвергаются давлению окружения (чаще всего родственников), которое добивается возникновения у них отрицания реальной ситуации. Другой пример ситуационной детерминации техник эмоциональной саморегуляции приводят E. Bohomolec и соавт. (1981). Близкое окружение умирающего больного «вынуждает» его пользоваться техникой отрицания по отношению к своему состоянию, хотя у пациента есть и другой уровень знания о ситуации, в которой он находится, не проявляющийся из-за опасения утраты понимания со стороны близких.

Несмотря на то что фактор ситуации, как было показано выше, является одним из определяющих технику эмоциональной саморегуляции, он не рассматривался в качестве дифференциально-диагностического критерия отнесения какой-либо конкретной техники к определенному механизму эмоциональной саморегуляции. Разграничение механизмов защиты и совладания представляет собой значительную и методическую, и теоретическую трудность [Bohomolec E. et al., 1981]. Сам термин «совладание» («*coping*») был использован в работе L. V. Murfy (1962), где исследовались способы совладания маленьких детей с требованиями, предъявляемыми им в процессе кризисов развития. Первые исследования касались таких значимых ситуаций угрозы, как смерть, инвалидизация, тяжелая болезнь, утрата близкого человека [Parks C. M., 1965; Krupp C. R., 1965; Namyslowska I., 1976], т. е. тех ситуаций, которые получили название экстремальных. Лишь в 60-е годы механизмы совладания начали изучаться в обыденных ситуациях [Bohomolec E. et al., 1981].

В литературе можно выделить две альтернативные трактовки совладания: 1) механизм совладания тождествен механизму защиты. Так, F. Cohen и R. S. Lazarus (1975) подчеркивают, что «различий между концепцией защиты и концепцией совладания в литературе не приводится». Совладающее поведение понимается R. S. Lazarus (1966) очень широко: это и поведение, направленное на активное воздействие на ситуацию, и защитное поведение; 2) механизм совладания выполняет функцию редукции эмоционального напряжения, причем он не отождествляется с механизмами защиты [Василук Ф. Е., 1984; Зачеицкий Р. А., 1973, 1980; Naan N., 1965, 1969; Kroeber T. C., 1966; Kofta M., 1979, и др.].

Каковы же дифференциально-диагностические критерии разграничения механизмов защиты и совладания? N. Naan (1965, 1969) в качестве таких критериев рассматривает гибкость, устремленность в будущее, реализм, осознанность действия, значительную долю вторичных мыслительных процессов, т. е. тех, которые отдифференцировались от эмоционально-мотивационной сферы. Этот перечень характеризует функциональные особенности механизмов совладания. Защитные механизмы имеют альтернативные определения. По мнению Р. А. Зачеицкого (1980), механизмы защиты характеризуются иллюзорностью и пассивностью. M. Kofta (1970) дает следующий перечень дифференциально-диагностических критериев (укажем лишь полюс защит): ригидность, неадекватность ситуации, подчиненность принципу удовольствия, «близорукость», искажение реальности. H. Sjöback (1973), проводя обзор психоаналитических концепций защитных процессов, приводит следующие их характеристики: генерализованность, ригидность, ситуационная неадекватность,

бессознательность действия, патогенность и т. п. Вместе с тем имеются литературные данные, свидетельствующие о том, что каждый из указанных признаков ни сам по себе, ни в совокупности с другими признаками не констатирует механизм защиты. Так, ряд авторов считают, что защитные механизмы могут быть как бессознательными, так и осознанными, волевыми, преднамеренными [Gizinski W., 1985; Kolanczyk A., 1978, 1982; Senejko A., 1981]. Отмечаемые рядом авторов техники совладания — отведение глаз, закрывание глаз руками, попытки уснуть [Michel W., Ebbesen E. B., 1970], сосредоточение на любых неугрожающих сторонах эксперимента [Hare R. D., 1966], принятие фатальных установок и т. п. являются вариантами стратегии отвлечения — уклонения, «блокирующей» и извращающей информацию об угрожающих аспектах опыта. Но «блокирование» и искажение информации характеризует, как уже отмечалось выше, и механизм защиты.

Таким образом, как по виду техники эмоциональной саморегуляции за счет ее функциональной неспецифичности, так и по вышеописанным дифференциально-диагностическим признакам, трудно разграничить механизмы защиты и совладания.

Функции психологической защиты весьма многообразны: редукция эмоционального напряжения, остановка (ограничение) деструктивных импульсов (влечений), связывание патогенной энергии, ее трансформация в приемлемые для личности формы, повышение самооценки, достижение субъективной интеграции поведения, адаптация к среде, эмоциональный рост, преодоление дефицитов развития и т. п. [Бассин Ф. В., 1969; Бассин Ф. В., и др., 1974; Зачепиский Р. А., 1980; Sjöback H., 1973; Kofta M., 1978; Reid W. H., 1980; Brenner Ch., 1981]. Функциональное различие защитных процессов также ставит проблему их неоднородности. Такая качественная разнородность некоторыми исследователями игнорируется. Так, Н. Hartmann (1958) отмечает, что многие механизмы, которые могут привести к патологии, в определенных условиях могут быть адаптивными, и что результат применения защитного механизма зависит скорее от количественного, чем от структурного фактора. Здесь у Н. Hartmann происходит смешение двух аспектов адаптации [Sjöback H., 1973], он говорит, что человек является хорошо адаптированным, если есть продуктивность, способность наслаждаться жизнью, душевное равновесие.

«Не совсем ясно,— отмечает Н. Sjöback (1973),— как Н. Hartmann привлекает понятие социальной адаптации к определению психического здоровья». Взгляды Н. Hartmann исключают гипотезы об антагонизме психической и социальной адаптаций. Единство указанных двух видов адаптационных процессов — наиболее адекватная гипотеза для здоровых индивидов, но не для больных. Проблема соотношения процессов психической и социальной адаптаций будет специально рассматриваться ниже в разделе «Семейная терапия и психологическое семейное консультирование».

Значительное функциональное различие внутри онтологической области психологических защитных процессов, по нашему мнению, требует расчленения этой области и выделения ряда качественно различных механизмов. Наличие общей неспецифической функции у этих механизмов (редукция эмоционального напряжения) не является основанием для их объединения в один универсальный механизм психологической защиты. Действительно, если переформулировать функции, то это компенсация, разрядка, собственно защита, совладание, пассивная защита и т. п.

Таким образом, в литературе можно выделить два подхода к анализу этой проблемы. Первый подход все многообразие механизмов эмоциональной саморегуляции сводит, как мы уже указывали, к одному — психологической защите. Во втором подходе выделяется ряд качественно различных механизмов, но и здесь имеется тенденция «склеивания» ряда механизмов: защиты и компенсации [Савенко Ю. С. и др., 1974; 1984], защиты и совладания [Бассин Ф. В., 1969; Бассин Ф. В. и соавт., 1974; Cohen F., Lazarus R. S., 1975], защиты и разрядки<sup>13</sup> [Рожднов В. Е., Бурно М. Е., 1978; J. Raykowski, 1966] и т. п. В рамках этого подхода стоит задача максимального расчленения предметной области эмоциональной саморегуляции и выделения качественно различных механизмов. Необходимо отметить, что в литературе, во-первых, отсутствуют четкие критерии разграничения отдельных

механизмов; во-вторых, не предложено системы механизмов, достаточно полно отражающих предметную область поведения в эмоционально трудных ситуациях; в-третьих, отсутствуют собственно деятельностные или ситуационные критерии определения и дифференциальной диагностики механизмов.

В предлагаемой нами модели функциональных системных механизмов преодоления эмоционально трудных ситуаций поведение человека рассматривается как вектор в пятимерном пространстве, образованном механизмами защиты, совладания, манипуляции, компенсации и разрядки. Системность механизмов состоит в том, что они несут в себе морфизм (единство и взаимоотражение) трех плоскостей психического функционирования — когнитивной (познавательной), аффективной и конативной (поведенческой). Если в конативной плоскости представлены (отражаются) и аффективная, и когнитивная составляющие, то мы имеем дело с собственно деятельностью, которая обладает сложной, иерархически организованной структурой, описанной А. Н. Леонтьевым (1975). В случае, если какая-либо составляющая выпадает, мы имеем дело с редуцированной формой деятельности — поведением. Так, например, механизм разрядки описывает поведение с редуцированной когнитивной составляющей.

Зафиксируем два положения: 1) отдельные эмоциональные, когнитивные и поведенческие формы реагирования на эмоционально трудную ситуацию (стресс, конфликт, фрустрация и т. п.) относительно обособлены. Например, агрессия может быть связана с гневом, но может быть также сопряжена и с другими эмоциями, а может и вообще не иметь эмоциональных включений; гнев вовсе не обязательно проявляется в поведении в виде агрессии [Fraczek A., 1975]; 2) одна и та же конативная, когнитивная и аффективная форма может иметь разную функцию в системе целостного поведения. Например, рассмотрим такую поведенческую форму, как регрессия. Это может быть регрессия, преследующая цель манипулятивного воздействия на значимого другого и являющаяся одной из техник инграциации («втирания в доверие»): человек демонстрирует беспомощность, собственную несостоятельность, но только для того, чтобы добиться помощи и расположения значимого компетентного лица. Это происходит за счет актуализации «нормы помощи» («слабым помогают»!) [Lis-Turlejska M., 1976]. Вместе с тем регрессия может быть и формой защитного процесса — уход от ответственности. Не менее полифункциональны и полиморфны эмоциональные формы реагирования на трудную для личности ситуацию. Литературные данные указывают на сложность феномена тревоги и депрессии [Мерлин В. С., 1964; Палей И. М., Мельниченко О. Г., 1976; Палей А. И., 1983; Ротенберг В. С., Аршавский В. В., 1979; 1984; Спилбергер Ч. Д., 1983; Ханин Ю. Л., 1978; Malmquist C. P., 1971]. А. Е. Ольшанникова (1983) отмечает, что эмоция радости может быть как защитного типа (связана с отсутствием неприятностей), так и активно-преобразующего типа (связана с собственными достижениями). Иначе говоря, здесь мы сталкиваемся с интегральным системным качеством, проанализированным В. П. Кузьминым (1980). Следовательно, фиксация парциальных субсистемных реакций (отдельно эмоциональных, когнитивных, поведенческих) диагностически не эвристична. Необходимо понять систему целостного реагирования. «Психическое состояние в каждый конкретный момент деятельности выступает не как простая сумма тех или иных элементов, а как единая структура, определяемая целостностью личности» [Наенко И. Н., 1976].

Мы предлагаем целостность личности в эмоционально трудной ситуации концептуализировать через понятие «механизм» — в системе пяти качественно различных механизмов эмоциональной саморегуляции.

Все пять вышеуказанных механизмов (защиты, совладания, манипуляции, компенсации, разрядки) имеют общую неспецифическую функцию — редукцию эмоционального напряжения. Именно поэтому эта функция<sup>14</sup> не специфична ни для одного из механизмов. Механизм защиты может быть идентифицирован на основании деятельностного и ситуационного критериев. Иначе говоря, механизм защиты характеризуется отказом от деятельности или же отказом от контроля в принципе контролируемой ситуации. Техники же совладания функционально подчинены цели

деятельности, или необходимости пройти, пережить ситуацию, не уклоняясь от нее. Это, по нашему мнению, определяющий критерий механизма совладания. Именно поэтому не представляется возможным достаточно четко дифференцировать механизмы защиты и совладания по тем вышеописанным дифференциальным критериям, которые имеются в литературе

В связи с тем что в дальнейшем, в частности в разделе, посвященном семейной терапии, мы будем прибегать к понятию «тип защиты», остановимся на этом вопросе. В настоящее время существует обширная литература по этой проблеме [Савенко Ю. С., 1974]. Принципы классификации защитных процессов могут существенно различаться, обуславливая в итоге и разное количество выделяемых типов: от двух репрессия-сенситизация [Bugne D., 1964]; регрессия-изоляция [Holzman Ph. S. & Gardner R. W., 1959]; избегание-совладание [M. J. Goldstein, 1959] до практически неограниченного числа [Sjцback H., 1973]. Это связано с тем обстоятельством, что ряд исследователей под защитой понимают реальный процесс, а не некоторое обобщение. Так, авторы обширного «каталога защит» [Bibring et. al., 1961] не различают такие обобщения и их эмпирические референты, конкретные поведенческие формы. С этой точки зрения различных типов защит столько, сколько существует различных поведенческих проявлений. Например, в качестве отдельных типов защит рассматриваются воровство, ложь и т. п.

Во многих подходах обыгрывается одна идея: примитивные защитные механизмы состоят в недопущении психотравмирующей информации в сознание. Мы этот метод защиты называем вслед за Ю. С. Савенко (1974) протективными защитными механизмами. Информация просто не принимается, тревога отрицается. Этот тип защиты рассматривается так же как психологический барьер [Насиновская Е. Е., Якубовская М. Л., 1984]. Более сложные защитные механизмы состоят в принятии информации, однако за счет ее «обезвреживания» посредством защитной реинтерпретации [Kolanczyk A., 1978, 1982]. Этот тип защиты обозначен как дефензивные механизмы. В дальнейшем мы используем дихотомическую типологию защит: протективные — дефензивные механизмы. Сама идея дихотомической классификации защитных процессов, как замечает W. Gizinski (1986), многими авторами подвергалась критике. Однако мы рассматриваем указанные два вида защит как метатипы, включающие в себя другие виды защитных процессов. Так, протективные механизмы могут проявляться в формах вытеснения, регрессии, отрицания затруднений, реактивного образования и т. п.; дефензивные же механизмы — в формах рационализации, изоляции, интеллектуализации и т. п.

В заключение краткого анализа защитных процессов еще раз подчеркнем, что на уровне теоретического рассмотрения указанных процессов много несогласованных и противоречивых данных. Еще

<sup>1</sup> Ниже мы приведем конкретные варианты проявлений всех пяти механизмов, встречающиеся в практике сексопатолога и иллюстрирующие наше понимание рассматриваемых механизмов.

в большей степени это относится к данным эмпирических исследований. Так, например, T. Maruszewski (1981) показал, что личности с негативной самооценкой более часто используют защитные механизмы. Данные D. A. Bramel (1962) совершенно противоположные. В этом эксперименте в ходе проявления фотографии обнаженного мужчины испытуемым говорили, что они имеют гомосексуальные тенденции. После такой процедуры одного испытуемого просили оценить наличие гомосексуальных тенденций у другого, т. е. давалась возможность проявить защитную проекцию. Было обнаружено, что личности с позитивной самооценкой использовали этот механизм более часто, чем личности с негативной самооценкой. Подобное противоречие имеется и в данных относительно роли техники отрицания в построении внутренней картины болезни. Так, одни исследователи [Hackett T. P., Weisman A. D., 1964], как мы уже отмечали, обнаружили, что отрицание как форма защиты более вероятно, если предвосхищается возможность позитивного исхода, в то время как другие получили альтернативные данные [Цивилько М. А., Коркина М. В., 1981; I. Heszen-Kiemens, 1979]. Такие противоречивые данные не могут быть объяснены только различием используемых методических средств. Следует принять в расчет

неоднородность той области, которая традиционно описывается под рубрикой «психологическая защита». Именно это обстоятельство приводит к необходимости расчленения этой неоднородной, внутренне противоречивой области.

Механизм манипуляции состоит в том, что другой человек рассматривался не как самооценочность, а как средство реализации собственных целей. В литературе этот механизм рассматривается в формах макиавеллизма [Jarumowicz M., 1976] и инграциации [Lis-Turlejska M., 1976]. Мы рассмотрим механизм инграциации, описанный Э. Джонсом (1964): «Термин инграциация... относится к классу... поведений, которые направлены на повышение привлекательности субъекта для своего партнера по интеракции «незаконным» образом [Lis-Turlejska M., 1976]. Значение термина «незаконный» Э. Джонс разъясняет, исходя из теории Гофмана, который рассматривает интеракцию (взаимодействие) как вид ритуала, в ходе которого партнеры придерживаются правил, предписывающих взаимную помощь в исполнении социальных ролей или в предъявлении масок. Инграциатором, с этой точки зрения, был бы человек, который сигнализирует партнеру по интеракции, что подобно тому, как и его партнер, он придерживается указанных правил, а на самом деле действует, нарушая эти нормы, преследуя свой план, реализация которого поможет в будущем улучшить свою позицию в общении. Э. Джонс рассмотрел также концепцию Тибо и Келли. Указанные авторы рассматривают нормальную интеракцию как процесс эквивалентного обмена. Инграциатором с этой точки зрения будет тот человек, который нарушает норму эквивалентного обмена. Инграциация приводит к росту привлекательности инграциатора в глазах партнера. Э. Джонс описал три техники: повышение значимости партнера (подхваливание, лесть), конформизм (согласие во всем с вышестоящим лицом), позитивное и негативное «Я»-предъявление. Позитивное «Непредъявление состоит в том, что инграциатор пытается представить себя другому лицу в позитивном свете — рассказывает, какие у него хорошие родители, друзья и т. п. («большие люди»). Негативное «Я»-предъявление состоит в демонстрации своей слабости, беспомощности, в апелляции к нормам помощи («слабым помогают!»). В литературе имеются работы по регуляторам техник инграциации [Olszewska-Kondratowicz A. et al., 1975].

Необходимо подчеркнуть, что механизм манипуляции в варианте инграциации не сводится к механизму защиты, несмотря на их феноменологическое сходство. Механизм инграциации функционирует в системе межличностных отношений и направлен на другого; механизм защиты функционирует во внутриличностной сфере и направлен на себя. Вместе с тем в литературе не всегда проводится различие указанных механизмов [Мосейко Е. В., 1983].

Механизм разрядки описывается в рамках энергетических процессов. Он состоит в «сбросе» патогенной энергии. Наиболее изученной формой катартического действия является агрессия. Показано, что в мужской субкультуре агрессия обладает значительно более выраженными катартическими свойствами, чем в женской [Hokanson J., Edelman R., 1966]. Катартическими свойствами обладает также наблюдение драк, ссор и т. п. Механизм разрядки более подробно будет проанализирован при описании энергетической модели семейного консультирования в разделе «Семейная терапия и психологическое семейное консультирование».

Механизм компенсации характеризует собой способ отношения к дефекту. Этим механизмом обеспечивается снижение тревоги, достигаемое сознательными усилиями по ликвидации дефекта или его компенсации. В отечественной литературе реакция компенсации рассматривается как способствующая социальной адаптации и противопоставляется реакции гиперкомпенсации [Ковалев В. В., 1979; Личко А. Е., 1985].

Кроме актуализации «чистых» механизмов, возможны смешанные формы их функционирования. Например, изоляция как механизм защиты приводит к отщеплению эмоционального напряжения от психотравмирующего содержания. Патогенная же эмоциональная энергия подвергается разрядке. Одна из форм синергии механизмов совладания и разрядки была описана J. L. Michael, M. Hirt (1978). Совладающая техника типа приковывания приводит к значительному росту



эмоционального напряжения, которое, достигая определенного порогового уровня, подвергается разрядке в форме плача, крика, причитаний, смеха и т. п. Такие реакции приковывания или, как их называл О. Fenishel (1945), реакции борьбы описаны как на клиническом материале, так и в эмоционально трудных для личности ситуациях, например в концентрационных лагерях [Niederland W. G., 1968], в катастрофах [Friedman P., Linn L., 1957], после несчастных случаев [Keiser L., 1968]. Эта же реакция была выявлена в экспериментальной ситуации демонстрации стрессогенного фильма [Horowitz M. J., 1972].

## 2.2. Клинический аспект

Концепция психологических функциональных системных механизмов разрабатывается нами применительно к клинике сексуальных расстройств и дисгармоний. Ниже описаны некоторые проявления этих механизмов, снижающих эмоциональное напряжение, у лиц, которые обращаются за сексологической помощью.

Показательно следующее наблюдение, демонстрирующее рационализацию— одну из разновидностей механизма психологической защиты. Рационализация — «псевдообоснование» своего поведения или позиции, когда человек, пытаясь объяснить их, искажает истинное положение вещей. При этом он верит в выдвигаемую им версию, что четко отличает рационализацию от лжи.

Женщина 20 лет обратилась по поводу фригидности, которая развилась психогенно в связи со следующими обстоятельствами. Однажды она с подружкой решила прогуляться по городу, где они познакомились с двумя молодыми людьми, которые пригласили их на квартиру под предлогом послушать музыку. После того, как они туда вошли, девушек сразу же «растасили» по комнатам. Подруге удалось убедить «кавалера», что она девушка, и тот не стал ее насиловать, а молодой человек, который был с пациенткой, оказался неумолим, так как не верил в ее девственность. Когда же он убедился в правоте ее слов, то очень испугался. Описывая свои переживания, пациентка отметила следующее: «После всего был большой психический надлом. Сначала рыдала, потом успокоилась и решила, что так и должно быть. Все равно меня бы никто не уговорил».

Таким образом, некоторый сброс аффективного напряжения произошел за счет возникновения своеобразной трактовки происшедшего и приписывания ему даже определенной положительной роли.

Действие механизма психологической защиты во время интимной близости (в предварительном и основном периодах) можно проследить у мужчин с синдромом ожидания неудачи. При этом наблюдается крайнее однообразие его проявлений. Неуверенность в успехе интимной близости «использует» механизм гиперконтроля за качеством эрекции (визуального, мануального, «по ощущению»), что приводит к ее ухудшению.

Если механизм психологической защиты приводит к адаптации патологического регистра, то механизм совладания, напротив, ведет к решению возникших трудностей на конструктивной основе. Механизм совладания, осуществляемый на позитивной (не ведущей к отказу от деятельности, направленной на достижение цели) основе, применительно к сексуальным расстройствам проявляется различными психическими приемами, непосредственно направленными против опасения неудачи и связанного с ним защитного гиперконтроля сексуальных реакций. Так, в ряде случаев интрапсихическая переработка неудачи приводит к развитию синдрома тревожного ожидания неудачи, который определяет неуспех дальнейших попыток за счет неуверенности мужчины в том, что половой акт будет протекать успешно, т. е. неуспех по сути предопределяется существующей «в уме» пациента программой неудачного полового сближения. Каждый половой акт для такого мужчины является эмоционально трудной ситуацией. В этих условиях в ряде случаев включается механизм совладания, который может проявляться в различных формах и всегда направлен против тревожного ожидания неудачи и защитного механизма гиперконтроля, являясь их противовесом, той силой, которая стремится противостоять им и тем самым элиминировать их патогенное влияние, выражающееся, в частности, в различных сексуальных нарушениях (эрекционных, эякуляторных и т. п.). Обследованные нами мужчины с сексуальными расстройствами, в структуре которых обнаруживался синдром тревожного ожидания неудачи, нередко применяли различные уловки, с помощью которых они стремились удачно провести половой акт. Среди них можно назвать такие, как отвлечение внимания, волевые усилия, направленные на «прорыв» возникших трудностей с целью удержать или восстановить эрекцию, когда пациент как бы весь напрягался. В некоторых случаях совладение

проявлялось, например, в форме самовнушения, программирующего успешный половой акт, которое использовалось как перед началом, так и во время интимной близости. Механизм совладания рассматривается нами как сила саногенеза, «пытающегося» воссоздать адаптацию на прежней, здоровой основе.

Механизм компенсации осуществляется за счет использования психических приемов, ведущих к частичной или полной компенсации сексуальных изъянов в случае эффективности этих приемов. Успешно реализованная компенсация создает «на выходе» видимость благополучия. Отличие компенсации от совладания заключается в том, что компенсация приводит к улучшению копулятивных характеристик непосредственно, так как ее мишенью являются собственно сексуальные нарушения. Снижение же эмоционального напряжения в этом случае, в отличие от совладания, происходит опосредованно — через искусственно приобретенную полную или частичную «нормализацию» сексуальных функций.

Приведем примеры компенсаторных техник. Так, некоторые пациенты, страдающие преждевременным семяизвержением, иногда добиваются значительного увеличения продолжительности полового акта, применяя различные приемы отвлечения внимания: счет, проигрывание «в уме» нейтральных производственных ситуаций, различных сцен, не имеющих отношения к интимной близости, и т. п. Один наш больной с преждевременным семяизвержением добивался увеличения продолжительности полового акта тем, что вызывал в своем воображении размытую грязную дорогу, ненастную холодную погоду или представлял, что, находясь на производстве, выполняет неприятную для себя работу — перетаскивает тяжелые листы металла.

■ Механизм разрядки выражается в наиболее простой и непосредственной форме по сравнению с другими психологическими функциональными системными механизмами. Он часто проявляется в форме разряжающей агрессии, когда сброс патогенной энергии направляется на лицо, приведшее к ее нарастанию, либо на любого другого человека, попавшего «под руку» в *это* время. Функционирование этого механизма мы иногда фиксировали у больных сексологического профиля в форме защитной контрдискредитации. Так, один из наших пациентов с синдромом тревожного ожидания неудачи после проверочной попытки, которая не увенчалась успехом, что привело к негативной реакции со стороны партнерши, объявил ей, что неуспех половой близости всецело зависит от нее, так как «...на такую женщину, как она, вообще ни у кого не...».

Механизм манипуляции достигается за счет изменений в поведении других людей в соответствии с желаниями манипулятора, изначальный контекст взаимоотношений с которыми воспринимался манипулятором негативно. Например, женщины, желая модифицировать поведение партнера, подчас прибегают к сексуальной регламентации, когда отказ мужчине в половой близости на определенный срок служит мощным средством, заставляющим его вести себя так, как этого хочет партнерша. Иногда механизм манипуляции проявляется в форме демонстрации одним из супругов беспомощности, слабости, вызывающей к помощи другого. Это в конечном счете может привести к изменению поведения этого супруга в ожидаемом манипулятором направлении. В ряде случаев во взаимоотношениях партнеров можно наблюдать один из вариантов манипуляции — инграциацию.

Интересно отметить, что специальными исследованиями была показана сохранность способностей к инграциации у части больных, страдающих параноидной шизофренией и находящихся на госпитализации в течение 10 — 20 лет [Rozyska J., Swornowska K., 1981]. Авторы публикации указывают, что это подтверждает селективность патологии интерперсональных отношений у больных параноидной шизофренией. С целью манипуляции в семье могут применяться также следующие формы поведения: угроза разводом, разглашением семейных тайн, уходом (или уход) из семьи, формирование одним из супругов мнения о своей сексуальной неверности у другого супруга, обесценивание человеческих и сексуальных качеств партнера и т. п. Понятно, что использование различных приемов манипулятивного поведения, в частности, таких, как девальвация человеческих и сексуальных качеств партнера,

может оказывать неблагоприятное воздействие на сексуальные функции и подчас приводить к половым психогенным расстройствам, а также, что само собой разумеется, обуславливать дезорганизацию экстрасексуальных отношений в семье.

Намечая психотерапевтическую стратегию, следует ориентироваться на диагностику психологических системных механизмов. Если психологическая защита функционирует в течение определенного времени, то это приводит к дезорганизации сексуального и экстрасексуального поведения, что, следовательно, диктует необходимость ее разрушения (срыва). Следует признать нецелесообразной установку на оптимизацию работы защитных процессов. Что касается совладания, то его следует либо усиливать, либо формировать. При этом подбор техник саморегуляции должен быть адекватным личностной структуре пациента, что позволит обеспечить их эффективность. Механизм компенсации во всех случаях направлен на «перекрытие» существующего дефекта (в том числе и сексуального) на позитивной основе. Поэтому рекомендации должны предполагать правильный, адекватный индивидууму подбор компенсаторных техник. Механизм разрядки сам по себе выполняет позитивную дренажную функцию, «сбрасывая» патогенную энергию. Однако положительный эффект может быть непродолжительным и смениться еще большим эмоциональным напряжением. Вместе с тем всегда может быть найден адекватный путь канализации эмоционального напряжения, приводящий к его устойчивому снижению. Исходя из этого, терапия должна быть направлена на поиск адекватных путей сброса патогенной энергии, что приведет не к сиюминутному «облегчению». Использование механизма манипуляции не способствует конструктивному решению проблем, так как с включением этого механизма начинается своеобразный «торг». Свидетельством этого могут служить различные шантажные варианты механизма манипуляции. В связи с этим после диагностики техник указанного механизма следует нацелить терапевтические усилия на их срыв. Исключение могут составить некоторые безобидные проявления манипуляции, не ухудшающие межличностного и сексуального взаимодействия партнеров.

Описанный методологический подход к психотерапии сексуальных расстройств, дисгармоний и семейных конфликтов нашел отражение в разделах, посвященных синдрому тревожного ожидания неудачи, а также семейной терапии и психологическому семейному консультированию.

## РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ И РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Эти методы имеют весьма широкое применение в коррекции сексуальных расстройств и предваряют любой из видов лечебного воздействия. Как отмечает К. Imielinski (1985, 1986), рациональная психотерапия имеет широкое применение в сексопатологии в основном в связи с низким уровнем сексологических знаний и сексуальной культуры.

Следует отметить, что в литературе можно встретиться с двумя пониманиями рациональной психотерапии: более широким и более узким. Так, если К. Imielinski (1986) полагает, что это метод разъяснения и поучения, психагогики и изменения ориентации, то Д. В. Панков (1985) считает целесообразным различать рациональную и разъяснительную психотерапию и отмечает, что последняя была впервые выделена в качестве самостоятельной психотерапевтической методики В. М. Бехтеревым. Д. В. Панков указывает, что основным «уровнем» приложения разъяснительной психотерапии является внутренняя картина болезни. Он отмечает, что этот вид психотерапии «...может проводиться в виде бесед или лекций с одним или несколькими больными, включать в себя рекомендации по знакомству с популярной медицинской литературой, демонстрацию кинофильмов, прослушивание магнитофонных записей и др. Она предполагает активность больного в стремлении понять особенности своей болезни и носит в основном дидактический характер [Панков Д. В., 1985]. Цитируемый автор подчеркивает, что разъяснительная психотерапия оказывается эффективной при благоприятных обстоятельствах, когда имеется внутренняя готовность к принятию сообщаемой врачом информации и реконструкции внутренней картины болезни. В тех же случаях, когда больной не только имеет собственную неправильную концепцию болезни, но и упорствует в ней, разъяснительная психотерапия является неэффективной и должна уступить место психотерапии рациональной, которая состоит в переубеждении больного на основании демонстрации ошибок в его суждениях, используя законы формальной логики. Помимо этого, рациональная психотерапия включает следующие элементы: внушение, эмоциональное воздействие, дидактические и риторические приемы.

Метод рациональной психотерапии был изначально разработан Р. Dubois (1912) и противопоставлен им суггестивным приемам. По Дюбуа, сущность метода состоит в логическом переубеждении больного, обучении его правильному мышлению, так как психогения в его понимании — следствие ошибочных суждений, «а сегодня мы бы добавили — «болезнь неведения» [Симонов П. В., 1968], обусловленная недостатком правильной информации» [Карвасарский Б. Д., 1985]. Термин «рациональная психотерапия» традиционен и выдержан с семантической стороны, так как, помимо значения «целесообразный», имеет также значение «логичный», «основанный на разуме», «подтвержденный фактами, серьезными доводами, убедительный». Поэтому вряд ли оправдана точка зрения, согласно которой этот термин следует заменить в связи с тем, что рациональной, например, может быть и гипносуггестивная терапия, если она адекватна сути заболевания, личности больного и приводит к положительным результатам. Также нецелесообразно чрезмерное расширение понятия «рациональная психотерапия», выражающееся во включении в него всех видов психотерапии, проводящихся в состоянии бодрствования и не имеющих суггестивной основы. Совершенно необходимо четкое определение содержания этого понятия, способствующее ограничению его объема [Панков Д. В., 1985].

Необходимо указать, что ошибки суждения в отношении своего состояния, которые являются мишенью разъяснительной и рациональной психотерапии, у пациентов сексологического профиля наблюдаются весьма часто.

Так, психотравмирующим фактором могут стать даже поллюции, представляющие (совместно с эротическими сновидениями) собой нормальные психофизиологические явления. Однако эти сексуальные проявления по частоте психотравмирующего воздействия значительно уступают мастурбации, представления о вреде которой способны оказать пагубное влияние как на общее нервно- психическое состояние, так и на сексуальную сферу. Нужно отметить, что и в настоящее время не только люди, не имеющие отношения к медицине, но и сами врачи находятся в плену неправильных представлений о чрезмерном вреде онанизма. Встречается и другая крайность, когда умаляется возможность негативного влияния представлений о неблагоприятном действии мастурбации, и в этом случае некоторые врачи отделяются от обеспокоенных родителей, дети которых занимаются онанизмом, фразой, обладающей, на их взгляд, терапевтическим действием: «Пусть занимаются на здоровье». Для проведения грамотной психотерапевтической работы врачи должны иметь четкое представление о мастурбации, что исключит возможность курьезов, взаимного непонимания врачей, пациентов и их родителей, а также необходимость поиска более компетентных специалистов.

Такое представление возможно при осведомленности о клинических типах мастурбации [Васильченко Г. С., 1977] и правильной оценке ее частоты. При этом для того, чтобы судить о влиянии последнего параметра, его необходимо рассматривать как в конституциональном аспекте (зависимость от половой конституции), так и в аспекте взаимосвязи с практикуемым типом мастурбации. Так, персевераторно-обсессивная мастурбация, как правило, характеризуется частотой, превышающей конституциональный оптимум.

При проведении психотерапевтической работы с целью дискредитации беспочвенных представлений о вреде мастурбации необходимо:

- 1) сообщить пациенту, что представления о вреде онанизма возникли на основе церковного догмата о греховности половой активности, не направленной на деторождение;
- 2) указать на большую статистическую частоту мастурбации у мужчин и женщин (по Кинзи, онанизмом когда-либо занимались 93% мужчин и 64% женщин);
- 3) сообщить о том, что современные сексопатологи считают мастурбацию в большинстве случаев безвредной [Васильченко Г. С., 1977; Свядош А. М., 1983; Imielinski K., 1972; Schnabl S., 1982, и др.];
- 4) фиксировать внимание на том, что обычно речь идет о неблагоприятных последствиях не самой мастурбации, а представлений о ее вреде;
- 5) указать, что в наше время мастурбация используется с лечебной целью (см. раздел, посвященный секс-терапии). Необходимо отметить, что часто при обращении по поводу сексуальных расстройств врач обнаруживает значительный временнойрыв между периодом возникновения сексуального расстройства и сроком прекращения мастурбации. При этом оказывается, что в указанный промежуток времени имела место полноценная половая активность. При обращении внимания больного на этот факт удается значительно поколебать его онанофобические тенденции.

Л. А. Уланов (1967) отмечает, что в связи с мастурбацией могут возникать психогенные реакции. Наблюдаются они в пубертатном либо чаще в постпубертатном периодах, но могут встречаться у взрослых и даже пожилых людей. Для их существования вовсе не обязательно, чтобы пациент занимался онанизмом и в данный период времени. В литературе они описаны как онанофобии, онанофобические (мастурбаторные) ипохондрии, *мастурбаторные* меланхолии, невротические пубертатные (постпубертатные) состояния в связи с онанизмом. Психотерапия указанных реакций, по мнению упомянутого автора, должна определяться их тяжестью. Так, при легких онанофобических опасениях и реакциях преимущественно в пубертатном или постпубертатном периодах наиболее целесообразно использование метода Консторума, состоящего из однократной *психотерапевтической* беседы «по развенчанию мастур- баторной ипохондричности». В случаях средней тяжести показано применение подчас длительной, в основном разъяснительной и убеждающей психотерапии. В тяжелых случаях, когда, помимо реакций на мастурбацию,

обнаруживаются и другие психотравмирующие воздействия, что в целом приводит к развитию «сложного невротического состояния», следует применять метод патогенетической психотерапии по Мясищеву.

Как считает Л. А. Уланов, характерной особенностью некоторых из этих состояний является отсутствие видимой связи с мастурбацией. В таких случаях онанофобические переживания замаскированы и сами пациенты не связывают свое состояние с онанизмом. Только детальный анализ позволяет вскрыть патогенез патологического состояния. Особую важность в этом плане приобретает анамнез, позволяющий выявить источники невротического состояния и навязчивых образований и тем самым привести к их правильной оценке как врачом, так и пациентом. В дальнейшем проводится перестройка аффективно нарушенных отношений, мешающих правильному отражению действительности и развитию тех сторон личности, которые были недостаточно развиты. Автор констатирует, что такая патогенетическая психотерапия требует много времени, но только она может дать хорошие и стойкие результаты.

Вместе с тем *врач должен помнить, что в ряде случаев, хотя и редких, можно встретиться с неблагоприятными последствиями собственно мастурбации.* В частности, речь идет о возможности формирования патологических сексуальных стереотипов [Васильченко Г. С., 1956; Кочарян Г. С., 1985; Imielinski K., 1986, и др.].

Нередко объектом разъяснительной и рациональной психотерапии становятся искаженные представления о нормальной частоте половой жизни. Такие представления могут сформироваться под влиянием товарищей, знакомых, родственников, жен и мужей и т. д., а также, как это ни парадоксально, в результате получения «квалифицированной» консультации у медицинских работников. Это не случайно, так как почти до последнего времени (конец 60-х годов) в отечественной специальной сексологической литературе довольно мощное звучание имели отголоски доктрины Эффертца 1894 г., согласно которой каждому мужчине на жизнь отпущено 5400 семяизвержений. В соответствии с этой доктриной, чем позже будет начата половая жизнь и чем реже она будет осуществляться, тем больше мужчина сохранит свою *сексуальную потенцию*.

В ряде случаев пациенты ориентированы на некие незыблемые нормы, согласно которым ритм половой жизни предполагает 2—3 сношения в неделю, 1 сношение в неделю и т. п. При коррекции неправильных взглядов по этому вопросу врач должен уметь оценить половую активность пациента в конституциональном, возрастном, сублимационном партнерском и других аспектах. Нужно иметь в виду и возможность значительных изменений половой активности, связанных с сексуальными биоритмами. Иногда предметом обсуждения становятся эксцессы, которые должны получить оценку в соответствии с теми же критериями, что и ритм половой жизни.

Очень часты жалобы на ускоренное семяизвержение, расстройства эрекции, снижение желаний, которые при анализе свидетельствуют не о наличии сексуальных расстройств, а демонстрируют неосведомленность пациента в вопросах сексуальной нормы. Несмотря на то что в результате обследования таких пациентов делается вывод, что они *здоровы, все же возникает необходимость* в разъяснительной или рациональной психотерапии. Поскольку такие пациенты составляют довольно значительный процент лиц, обращающихся за сексологической помощью, в сексопатологию было введено понятие о мнимых сексуальных расстройствах, нашедшее отражение в классификациях сексуальных расстройств.

Мнимые сексуальные расстройства могут быть выявлены у лиц с различными характерологическими особенностями. Однако тревожно-мнительные черты характера (психастеническая и сенситивная акцентуации личности, психастения) способствуют их появлению. Н. В. Иванов приводит убедительные примеры, когда *при* нормально осуществляемой интимной близости психастеник все равно пытается найти в ней «изъяны», а в последующем ожидает их повторения<sup>23</sup>. Самокритика может касаться различных функциональных показателей копулятивного цикла. Так, пациента может беспокоить «недостаточная» продолжительность полового акта, «слабая» эрекция или «недостаточная» яркость оргазма. В этих случаях Н. В. Иванов

рекомендует тщательно собрать все доказательства больного об имеющихся у него сексуальных изъятиях,

<sup>1</sup> Сублимация (sublimatio; лат. sublimo, sublimatum — поднимать, возвышать) — предполагаемое превращение сексуальных влечений в приемлемые в социальном отношении и не подвергающиеся нравственному осуждению формы деятельности.

чтобы затем с эмоциональной убежденностью опровергнуть все его доводы, вскрыть их предвзятость и прямую связь с тревожно-мнительным характером.

Иногда пациенты предъявляют жалобы на снижение половой активности и способности к эксцессивным сексуальным проявлениям. Вместе с тем при обследовании врач подчас убеждается в том, что интенсивность полового влечения, выраженность эрекции, длительность фрикционной стадии, а также острота оргастических ощущений остались неизменными. В этих случаях при формальном отсутствии сексуального расстройства половую систему не всегда следует считать не заинтересованной и объяснять сложившуюся ситуацию при неухудшившихся отношениях между супругами возрастной динамикой сексуальности и сексуальными биоритмами. Так, нами наблюдался мужчина, страдающий хроническим заболеванием легких с дыхательной недостаточностью, что в сексуальном плане проявлялось вышеописанными изменениями, а собственно копулятивных нарушений у него выявлено не было.

Нами [Кочарян Г. С., 1983] были проведены специальные исследования на большом контингенте рабочих (подвергавшихся воздействию некоторых неблагоприятных производственных факторов), выявившие определенные закономерности, свидетельствующие о реагировании половой системы на эти факторы именно через снижение половой активности при полной интактности собственно копулятивных характеристик. При этих исследованиях применялся предложенный автором интегральный анамнестический индикатор половой активности — индекс адекватной сексуальной реализации (ИАСР), который равен количеству завершенных половых актов в неделю и может быть определен лишь у лиц, чья потребность в половой жизни имеет адекватную, т. е. ничем не затрудненную, реализацию. Его использование позволило выявить у практически здоровых (в том числе и сексуально) мужчин, контактирующих с локальной вибрацией и сопутствующими ей неблагоприятными производственными факторами, различия в половой активности, зависящие от продолжительности производственного стажа обследуемых. Указанная активность снижалась не только у наиболее стажированных рабочих, но и у лиц с минимальным производственным стажем и не изменялась у мужчин с промежуточным стажем работы. Эти данные были расценены как свидетельство приложимости учения о стрессе к половой системе, так как кривая сексуальной активности, зависящей от длительности производственного стажа обследуемых, соответствовала трем фазам общего адаптационного синдрома: реакции тревоги, фазе сопротивления и фазе истощения [Selye H., 1979]. В заключение было отмечено, что изменение половой активности является ранним индикатором неблагоприятного влияния факторов на половую систему.

При проведении разъяснительной психотерапевтической работы с пациентами, у которых отмечается лишь снижение половой активности и эксцессивных проявлений, в случае определения какой-либо причины, которая может к этому привести (хроническое заболевание, вынужденное длительное перенапряжение на работе), не следует, ссылаясь на хорошую эрекцию и неизменную продолжительность полового акта, говорить, что у них все в полном порядке. Это вряд ли сможет их убедить, так как создается ситуация «не верь глазам своим». Поэтому весьма уместно будет выйти на энергетическую модель разъяснения происходящего. Мужчине следует сообщить, что половой акт сопряжен со значительной тратой энергетических ресурсов и, таким образом, в сложившейся ситуации организм сам «нашел» правильное решение. Объяснение уместно подкрепить доводами от обратного. Следует попросить пациента представить те последствия, которые могли бы иметь место при реализации его неадекватных притязаний.



Одной из наиболее частых является жалоба на быстрое семяизвержение. Если при ее оценке с учетом динамического подхода («так было всегда или стало с течением времени?») оказывается, что продолжительность полового акта укладывается в нормативные величины (за нижнюю границу нормы принято считать 1 мин) и не изменилась с течением времени, то целесообразно фиксировать внимание пациентов на следующих моментах:

- 1) быстро наступающее семяизвержение свидетельствует о высокой сексуальной возбудимости и характеризует состояние сексуальной сферы положительно;
- 2) у страдавших гипогонадизмом лиц, мужчин со слабой половой конституцией, а также у лиц, находящихся в периоде сексуального увядания, половой акт обычно более продолжительный. Различные психотерапевтические приемы могут быть применены при временных ускорениях семяизвержения. Например, когда указанные явления возникают в результате половой абстиненции, то можно использовать образное сравнение быстротечности полового акта со скоростью приема пищи проголодавшимся человеком. Больному сначала указывают, что ускоренное семяизвержение в данном случае является результатом повышения возбудимости эякуляторного центра, обусловленного «сексуальным голодом», а затем задают следующий вопрос: «Скажите, если бы Вас не кормили несколько дней, разве не ели бы Вы быстро?»

Нередки жалобы ипохондрического и дисморфоманического характера непсихотического регистра, что также требует рациональной психотерапии. Так, одной из подобных жалоб может быть жалоба на маленькие размеры полового члена, которая не находит объективного подтверждения (так называемый синдром малого члена). В беседе с такими пациентами, помимо успокаивающего сообщения, что их половой член нормальной величины (обычно это член небольших размеров), целесообразно указать следующее:

- 1) прямой зависимости между величиной полового члена и степенью сексуального удовлетворения женщины во время полового акта нет;
- 2) член, который в спокойном состоянии имеет меньшие размеры, при возникновении эрекции обычно увеличивается больше, чем крупный член;
- 3) выраженность (т. е. качество) эрекции выше при небольшой величине полового члена [Васильченко Г. С., 1977].

Иногда встречается жалоба на уменьшение члена в размерах. Следует помнить, что в ряде случаев размеры члена действительно могут уменьшиться. Об этом, в частности, сообщает К. Imielinski (1974). Он указывает, что в последние годы подтверждена возможность вторичного уменьшения размеров члена у мужчин, страдающих импотенцией и находящихся длительный период в состоянии сексуальной абстиненции. Выраженное уменьшение размеров члена фиксируется уже по истечении 2—4 лет после прекращения половой жизни. Затем упомянутый автор отмечает, что этого не происходит в случае регулярного тренинга. Указанный тренинг может осуществляться как при половых сношениях, так и в результате самоудовлетворения. Поэтому прежде, чем отнести упомянутую жалобу к разряду психопатологических, необходимо исключить действительную возможность уменьшения члена.

Иногда фиксация внимания на своих половых органах может породить жалобы на то, что головка члена мягкая. Пациент заявляет, что она мягче, чем тело члена. В данном случае мы рекомендуем проводить разъяснительные беседы, популярно знакомящие мужчин с результатами научных исследований [R. L. Dickinson, 1949], согласно которым имеется ряд существенных различий в строении пещеристых тел полового члена и губчатого тела уретры (содержание мышечных и эластических волокон, мощность белочной оболочки, расположение мышечных пучков и пещеристых лакун). Как указывает Г. С. Васильченко (1977), эти «различия<sup>25</sup> проявляются в том, что кавернозное тело уретры, а следовательно, и головка полового члена даже на высоте эрекции оказываются менее напряженными, что создает более благоприятные условия для прохождения семени через уретру и придает головке полового члена роль буфера, смягчающего травматизацию женских гениталий. В подтверждение высказываемого

мнения Г. С. Васильченко приводит цитату из Dickinson (1949): «Эректильная ткань головки члена всегда остается мягкой и податливой, хотя и увеличивается при эрекции в объеме; отмеченная эластичность головки облегчает ее проникновение во влагалище и предупреждает возможность повреждений. Она также предохраняет заостренные и ригидные концы кавернозных тел пениса как от получения разрушений (при случайном столкновении с твердыми телами), так и от причинения травм при их посредстве».

Иногда на сексологическом приеме можно встретиться с фиксацией пациента на ощущениях, исходящих из половых органов, подчас имеющих характер сенестопатий. Как известно, сенестопатии — это тягостные, аморфные, неприятные, часто весьма своеобразные ощущения (расширение, перекручивание, жжение, щекотание), локализующиеся в различных *частях тела*. У сексологических больных сенестопатические ощущения исходят чаще всего из области гениталий [Овсянников С. А., 1976]. Больные жалуются, что у них «одно яичко тяжелее другого», они ощущают «жжение и ноющие боли в яичках», чувствуют «расширение полового члена», отмечают изменение окраски половых органов («почернели яички»), говорят о «переливании внутри половых органов», «давлении в паху», «приливах крови к половым органам». Эти ощущения подчас вычурны, иногда больные не могут даже описать их характер.

Например, один из наших пациентов с предполагаемым вялотекущим шизофреническим процессом, у которого были выявлены определенные характерологические сдвиги, жаловался на периодически возникающие неприятные ощущения и боли в правом яичке, иррадиирующие в нижний отдел правой половины живота и внутреннюю поверхность правого бедра. Описывая характер своих ощущений в яичке, он отмечал, что «вначале появляется чувство запираания, а потом как бы что-то прорывается и начинается циркуляция».

При фиксации внимания на сенестопатических ощущениях, локализующихся в области половых органов, сопровождающихся опасением за состояние своего здоровья (сенестопатически-ипохондрический синдром), опосредованно снижается либидо, так как больной обычно обеспокоен своим состоянием, а также нередко не уверен в своих сексуальных возможностях. В этих случаях подспорьем в психотерапевтической разъяснительной работе может быть следующая аргументация [Г. С. Кочарян, 1989]. Мы обычно начинаем беседу с того, что фиксируем внимание пациента на результатах объективных исследований, которые не выявили какой-либо патологии половых органов. Затем отмечаем, что импульсы, исходящие из здоровых органов, обычно не осознаются человеком. Однако в некоторых случаях вследствие нарушений в функционировании соответствующих образований головного мозга эти импульсы достигают его высших отделов (коры) и осознаются как болезненные ощущения. В результате создается ситуация своеобразного физиологического обмана, когда действительное положение вещей не соответствует их оценке («кривое зеркало»).

Для того чтобы сделать восприятие излагаемого материала более доступным, мы обычно рассказываем следующую историю. Перед отъездом одной семьи на отдых их квартиру взяли под охрану, подведя сигнализацию. Дважды за время отдыха сигнализация срабатывала. Однако всякий раз устанавливали, что никто не посягал на имущество владельцев. Следовательно, заключаем мы, в квартире все в полном порядке, а неполадки нужно искать в самой системе, обеспечивающей сигнализацию. Действенным может оказаться и следующий, примененный нами, вспомогательный прием. Пациенту рассказывают, что нередко люди, лишившиеся конечности (руки или ноги), ощущают в ней боль. В беседе мы обычно отмечаем, что когда человек фиксирует внимание на каком-либо органе или части тела, то он непременно начинает их ощущать. Для подтверждения этой мысли задается следующий вопрос: Скажите, ощущали ли Вы до того, как я Вас спросил об этом, большой палец своей левой руки?». Пациент всегда отвечает, что нет. Этим мы стимулируем его по собственной воле не «прислушиваться» к своим болезненным ощущениям. Воздействие на больного может быть усилено и за счет популярного изложения данных о «соматизации» реализованного сосредоточения. Так, К. И. Мировский (1974) отмечает, что хотя сосредоточение по своей природе является психическим процессом, однако при его реализации оно мгновенно «соматизируется». Об этом писал еще Ч. Дарвин: «Если мы

произвольно сосредоточиваем наше внимание на любой части тела, то те мозговые клетки, которые получают впечатление или ощущения от этой части, вероятно, некоторым образом и побуждаются к деятельности... внимание, пристально устремленное на любую часть тела, препятствует сокращению мелких артерий в этой части тела. Поэтому сосуды в этом месте приходят в состояние расслабления и мгновенно наполняются артериальной кровью». Как сообщает К. И. Мирровский, сосредоточение на рецептивных полях (тактильная, температурная, проприоцептивная и другая чувствительность) сопровождается повышением их чувствительности (снижение порога), увеличивая их разрешающую способность. Автор отмечает, что его опыт применения аутогенной тренировки с объективной регистрацией кожной температуры и проведением плетизмографии (25 испытуемых) показал, что расширение сосудов конечностей возникало у большинства без применения соответствующих формул самовнушения, а просто в силу того, что им было предложено удерживать сосредоточение на конечности в течение 3—5 мин. Даже сосредоточение на строго ограниченных участках туловища, рук, ног приводило к снижению интенсивности натяжения кожи (данные тензометрии — 8 испытуемых), увеличению объема этой части тела (данные плетизмографии — 20 испытуемых), снижению биоэлектрической активности подлежащего слоя мускулатуры (15 испытуемых), повышению кожной температуры на 1,5—3° (12 испытуемых). В заключение автор отмечает патогенную роль, которую может сыграть принудительное (пассивное) сосредоточение, обусловленное патологической мнительностью, и направленное, в частности, на функцию анализаторов.

При всей тяжести сенестопатических ощущений, локализующихся в области половых органов, описанная психотерапевтическая «обработка» может несколько улучшить субъективное состояние больных, если эти ощущения не связаны с бредовыми переживаниями.

При работе с женским контингентом нередко встречается сверхценная установка на обязательное получение оргазма во всех случаях. Это наблюдается и тогда, когда пациентка до возникновения этой установки не страдала и, более того, получала удовлетворение на эротическом уровне («*satisfactio sine orgasmo*»). В указанных случаях врач, убедившись в отсутствии дисгармонии, исключающей наступление оргазма, должен направить свои усилия на коррекцию сверхценной идеи. Это не отменяет необходимости лечебных воздействий, целью которых является приобретение женщиной способности к переживанию оргазма (в тех случаях, где это возможно). Для уменьшения остроты указанной сверхценной идеи, полезно сообщать пациенткам следующие данные.

1. Стремление испытать оргазм во что бы то ни стало следует рассматривать как тенденцию последнего времени, обусловленную ростом сексуальной грамотности и эмансипацией женщины. Так, еще на заре нашего столетия в моде были холодные красавицы, а проявление чувственности рассматривалось как нечто неприличное. В начале века существовало убеждение, что женщины не подвержены сексуальному возбуждению и не могут и не должны достигать оргазма. При этом некоторые авторы [Eison, 1933] даже пытались вполне серьезно объяснить неспособность женщины к переживанию оргазма «научными» аргументами филогенетически-этнологического характера.
2. Несмотря на то что часть женщин приобретает способность к переживанию оргазма лишь с течением времени после начала регулярной половой жизни, они и до этого способны наслаждаться возникающими у них приятными ощущениями при ласках и поцелуях (возможно, и фрикциях), а также испытывать чувство удовлетворения от доставляемого партнеру наслаждения.
3. Кроме того, в разговоре с такими пациентками полезно отметить, что чрезмерное стремление к достижению оргазма само по себе может тормозить его возникновение.

В ряде случаев причиной обращения к врачу-сексопатологу является возможность пережить оргазм при стимуляции клитора, а не влагалища, что служит для неосведомленных женщин источником психотравматизации. Для

психотерапевтической работы в этих случаях врач должен знать, что раньше действительно существовало мнение о том, что клиторический оргазм является менее зрелым, чем влагалищный. Этим мы в значительной степени обязаны Z. Freud (1924), который считал, что клиторический оргазм в хронологическом аспекте является первичным в жизни девочки. По мере ее созревания клиторические ощущения подавляются, так как сам клитор в сравнении с пенисом представляется ей органом менее совершенным. Подавление клиторических ощущений является результатом влияния комплекса «зависти к пенису». Постепенно вместо подавленных клиторических ощущений появляется впечатление чувственного струения с влагалища. Клитор у зрелой женщины остается приспособленным к роли передатчика специфических стимулов. Если же после достижения женщиной зрелого возраста клитор по-прежнему играет основную роль в переживании оргазма, то это свидетельствует о ее незрелости. Однако, как указывает K. Pospiszyl (1978), даже среди психоаналитиков эта концепция столкнулась с критикой. Противники З. Фрейда утверждали, что клиторический оргазм не является показателем психического недоразвития. По их мнению, этот тип оргазма является таким же зрелым, как и влагалищный. Более того, оказалось, что с физиологической точки зрения нет предпосылок к принятию «гипотезы перенесения», согласно которой клитор мог бы выступать в качестве источника инициального сексуального возбуждения, а затем передавать свою чувствительность влагалищу. Анатомо-физиологические данные свидетельствуют о том, что чувствительность клитора развита больше, чем чувствительность влагалища. В связи с этим А. Kinsey и соавт. (1953) считают утверждение о переходе главной зоны сексуальной возбудимости с клитора на влагалище «биологической несуразностью». Помимо этого, следует отметить, что В. Мастере и В. Джонсон, проведя самые тщательные физиологические исследования, не установили никаких различий между вагинальным и клиторическим оргазмом. Вместе с тем нельзя недоучитывать влияние психологических факторов. Так, S. Schnabl (1982) указывает, что если «...некоторые женщины расценивают вагинальные оргазмы более позитивно или чувствуют их сильнее, то здесь сказывается влияние воспитания и точка зрения, согласно которой одно — нормально и естественно, другое — неверно и неприлично». Кроме того, необходимо учитывать, что стимуляция клитора при некоторых позах оказывается меньшей, чем влагалища.

Поэтому женщинам с клиторическим типом генитальной возбудимости, которые считают себя вследствие этого неполноценными, следует разъяснить следующее: 1) клиторический тип оргазма является таким же полноценным, как и влагалищный; 2) имеются убедительные данные в пользу того, что клитор является более чувствительным к действию стимуляции, чем влагалище; 3) их «страдание» является результатом заблуждения и недостаточной сексуальной культуры; 4) для их удовлетворения необходима адекватная стимуляция.

Нередко потребность в психотерапевтической разъяснительной работе возникает в случае возрастного сексуального снижения и связанных с ним половых расстройств. Если в ряде случаев терапия указанных расстройств может привести к их ликвидации, то в других не удастся добиться практически никакого улучшения или последнее имеет такую степень выраженности, что делает половую жизнь практически невозможной. Когда обстоятельства складываются именно так, следует проводить работу по выработке адекватного отношения к сложившейся ситуации. Так, пациенту следует объяснить, что сексуальные функции являются результатом сложного взаимодействия различных органов и систем, деятельность которых характеризуется определенной интенсивностью. С возрастом отмечается закономерное снижение этой интенсивности, что приводит к установлению нового возрастного уровня сексуального функционирования. Такая работа является обычно достаточной в том случае, когда у пациентов значительно снижено сексуальное либидо, а их стремление к сексуальному сближению имеет в основном психологическую мотивацию, а также является результатом эротических потребностей (в ласках, поцелуях). Хорошему результату способствует и адекватное поведение супруги в данных обстоятельствах.

В случаях выраженных хронических заболеваний, приводящих к развитию сексуальных расстройств, иногда возникает синдром дезактуализации (из-за тяжести заболевания пациенту просто не до половой жизни). Такие обстоятельства обычно складываются при выраженных обострениях. По выходе из них сексуальные потребности вновь актуализируются (реактуализируются), и перед врачом возникает задача психологической адаптации больного к имеющемуся сексуальному дефекту (в случае невозможности его ликвидации) с широким привлечением психотерапевтических мер, направленных на актуализацию других ценностей и интересов личности.

Существуют различные приемы, направленные на приспособление личности к имеющимся сексуальным нарушениям.

**Прием «соматизации»** [Дворкин Э. М., 1979] используют для лечения истинных сексуальных расстройств (непсихогенных). Рекомендуется (избегая ятрогений) объяснить больному, что сексуальное расстройство является таким же равнозначным симптомом соматического заболевания, как и другие (головная боль, бессонница, одышка, отеки, повышенное артериальное давление и т. п.). Ему указывают, что сексуальные нарушения будут уменьшаться и исчезать так же, как уменьшаются и исчезают прочие соматические симптомы.

**Снижение ранга значимости сексуальных расстройств** [Кочарян Г. С., 1985]. Часто сексуальные нарушения не сопровождаются сколько-нибудь выраженными несексуальными расстройствами, вследствие этого прием «соматизации» не может быть использован. В этих случаях при снижении эрекции и выраженных личностных реакциях нами был с успехом применен способ снижения ранга значимости полового расстройства. Его суть заключается в следующем. Вначале пациенту объясняют физиологический механизм возникновения эрекции, в том числе указывается, что появление напряжения полового члена обуславливается притоком крови к этому органу. Затем больного постепенно подводят к мысли о том, что он необоснованно сводит смысл своей жизни к кровенаполнению члена. Когда пациент убеждается, что в данном случае дело обстоит именно так, у него возникает смятение и недоумение. Достигнутый результат является исходным пунктом для дальнейшего переосмысления своего положения, что, естественно, ведет к уменьшению фиксации на половом расстройстве и улучшению настроения. Одновременно делается упор на другие интересы личности и проводится их актуализация. Все это создает благоприятные условия для комплексного лечения сексуального расстройства, в том числе и с использованием других психотерапевтических приемов.

**Прием «сопоставление по контрасту»** [Г. С. Кочарян, 1987] можно применять в комплексе лечения больных с фобическими формами виргогамии и вагинизма (классификация Свядоща). Беседу рекомендуется строить следующим образом. Вначале необходимо рассказать больной о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родов. При этом следует указать, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных размеров (указать их). Вслед за этим целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и полового члена. Последнее создает благоприятные условия для более успешного проведения других терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует снижению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации.

35

В ряде случаев (черты тревожной мнительности) пациент считает, что о его дефекте (нередко мнимом или же выраженном лишь в небольшой степени) знает как партнерша, так и другие люди, так как половое расстройство проявляет себя не только при интимном контакте, но и обнаруживает себя<sup>29</sup> чем-то в поведении человека, накладывая на весь его облик отпечаток сексуальной ущербности. Это в значительной степени травмирует его психику и является источником переживаний, удручающих пациента. Убедившись при обследовании, что дело обстоит именно так, врач должен прибегнуть к «психотерапии с учетом механизма проекции» [Кочарян

Г. С., 1987]. Суть ее состоит в следующем. Необходимо разъяснить больному, что его переживания являются результатом приписывания собственных мыслей и собственного «знания» окружению. Следует указать, что на самом деле женщина, очевидно, даже не имеет представления о его мнимом дефекте (или небольшом расстройстве). Помимо этого, нужно (с учетом конкретных обстоятельств) объяснить больному, что в ряде случаев в связи с преимущественной ориентацией некоторых женщин на эротические воздействия (ласки, поцелуи) с возможностью получать удовлетворение при интимном контакте без оргазма, а также нередко встречающейся неосведомленностью о сексуальной норме партнерша может не догадываться даже о наличии довольно выраженных сексуальных дефектов. Проводимая таким образом коррекция проявлений гипернозогнозии может дать ощутимые результаты, создавая атмосферу «защищенности».

Нами разработаны также приемы: «сопоставление по аналогии» и «расширение сознания».

**Прием «сопоставление по аналогии»** [Кочарян Г. С., 1990]. Сексуальная сфера является повышенно уязвимой, так как вследствие парности сексуальной функции включена в контекст интерперсональных отношений. Вследствие этого любые мнимые и истинные сексуальные нарушения могут наносить ощутимые удары по личностному престижу, формируя у мужчины ощущение собственной неполноценности. Естественно, что в ряде случаев сексуальные проблемы переживаются особенно остро, например при наличии тревожно-мнительных черт характера. При этом пациент может связывать свою сексуальную недостаточность с «малыми» размерами члена («синдром малого члена»), а иногда и яичек. Так, один из наших пациентов с сенситивной акцентуацией характера и синдромом ожидания неудачи жаловался на малые размеры пениса, который при измерении оказался выше нижних границ нормы, а также уменьшение одного из яичек, которое при осмотре ничем не отличалось от другого. При анализе подобных случаев мы пришли к выводу, что такое гипертрофированное восприятие может оцениваться по аналогии с оптическим искажением, имеющим место при рассматривании предмета через лупу с близкого расстояния (двояковыпуклую линзу при расположении от нее предмета на расстоянии меньше фокусного). В характеризуемых же наблюдениях речь идет об искажениях психического порядка, связанных с гипертрофированной оценкой происходящих событий. Все это напоминает шарж, когда отдельные черты лица, выражающие особенности характера человека, подаются художником в утрированном виде. Следует отметить, что склонность к гротеску заложена в самой психике человека и связана с восприятием им чего-либо значимого не нейтрально, а в большей или меньшей степени эмоционально. Это и является источником искажения воспринимаемого. Иллюстрацией может служить шестое упражнение высшей ступени аутогенной тренировки (аутогенной медитации), разработанной Шульцем. При выполнении этого упражнения тренирующийся должен научиться вызывать образы других людей. Вначале рекомендуется концентрировать внимание на сравнительно безразличных образах (почтальон, шофер автобуса и т. п.), так как на первых этапах визуализация лиц, связанных определенными отношениями с тренирующимся (как положительными, так и отрицательными), затруднена.

По мере продвижения в усвоении упражнения тренирующийся учится вызывать образы приятных и неприятных ему людей. Первоначально эти образы несколько шаржированы, карикатурны, так как приятные или неприятные свойства подсознательно гиперболизируются и лишь с течением времени становятся все более «спокойными», «бесстрастными», лишены элементов эмоциональной гиперболизации. Это расценивается как важный показатель успешности усвоения упражнения, проявлением начавшейся «аутогенной<sup>30</sup> нейтрализации». К «нейтрализации» мы должны стремиться и при проведении рациональной психотерапии в описываемых нами случаях. Эта коррекция, по нашему мнению, должна оперировать доступными и показательными аналогиями, каковой и является вышеописанная аналогия из оптики. Проведя эту аналогию, мы говорим пациенту, что если человек понимает особенности своего характера, которые преломляют

происходящие события подобно увеличительному стеклу, то он становится сильнее, так как появляется возможность проведения аутокоррекции. В беседе с ним мы отмечаем, что «бытие должно быть поднято на высоту сознания» и упоминаем высказывание древнего мыслителя, который говорил, что он бы отказался от знаний без возможности обнаруживать их. В любой эмоционально напряженной ситуации мы рекомендуем пациенту вспоминать, что он особенно, не так, как другие люди, воспринимает происходящие события, и представлять искажение предмета, рассматриваемого через лупу. Это поможет ему в оценке действительной значимости происходящего. Для того чтобы помочь в этом больному, используется другая аналогия, тоже из оптики. Мы отмечаем, что явления могут предстать в своей истинной значимости в том случае, когда ранее увеличенное изображение будет пропущено через двояковогнутую линзу — уменьшительное стекло. В результате этого произойдет переоценка происходящих событий в соответствии с их истинной значимостью.

Многokrатное использование вышеописанного психотерапевтического приема выявило его высокую результативность.

**Прием «расширение сознания»** [Кочарян Г. С., 1990]. Приступая к лечению пациента с сексуальным расстройством, врач всегда относится к последнему как ко злу, подкрепляя уже существующую уверенность в этом у пациента. При этом не всегда учитывается конкретный контекст партнерских взаимоотношений. Так, по нашему глубокому убеждению, в ряде случаев расстройство может иметь и положительное значение, выступая в качестве индикатора надежности партнерской коммуникации. В самом деле, когда в партнерстве, которое по прогнозам должно превратиться в брачный союз, возникает сексуальная поломка у мужчины, в ряде случаев отмечается непримиримость женщины к возникшим нарушениям, приводящая к разрыву отношений. В результате у мужчины к беспокойству, обусловленному сексуальным срывом, прибавляются переживания, связанные с боязнью утраты любимого человека. В этих случаях, на наш взгляд, целесообразно ориентировать пациента на оценку сексуального расстройства с иной, альтернативной позиции. Мы заявляем больному, что его понимание создавшегося положения узкое и что его расстройство в данном случае благо, а не зло. Очень хорошо, что расстройство возникло именно сейчас, а не позже, и он смог вовремя распознать человека, с которым хотел связать свою судьбу. На проверку оказалось, что между ними не было ничего общего, кроме постели. Таким образом, заключаем мы, сексуальное расстройство сыграло положительную роль. В этих случаях также полезно попросить больного представить, что бы могло произойти, если бы это расстройство возникло гораздо позже, когда спустя годы после состоявшейся женитьбы были бы общие дети, совместное жилье и хозяйство и когда бы он был связан со своей женой множеством других социальных связей.

Убедить больного в его ограниченной оценке случившегося, не учитывающей всей «полноты» понимания проблемы, может помочь и следующая притча, которую полезно ему рассказать. Один старый китаец был единственным человеком в деревне, который имел лошадь. Естественно, что он был богаче остальных, так как мог вспахать больше земли. Все считали его счастливым, пока лошадь не убежала. Тогда его начали жалеть. Через несколько дней его лошадь вернулась и привела с собой дикую лошадь. Так как теперь и вторая лошадь стала принадлежать ему, то теперь все стали говорить о его удачливости. Однако на следующий день его сын, пытаясь влезть на дикую лошадь, упал с нее и поломал себе ногу. Односельчане сочли это несчастьем. Через некоторое время появились гонцы императора, забирающие юношей в армию. Понятно, что сына старого китайца из-за поломанной ноги в армию не взяли. Эта притча в иносказательной форме помогает посмотреть на происходящие события по-другому. Оказывается, что расстройство («<sup>31</sup>поломанная нога») может определенно выполнять положительную функцию. Естественно, что такой подход вовсе не означает отказа от ликвидации сексуальных нарушений.

Описанный нами психотерапевтический прием, направленный на переосмысление пациентом своего положения и приводящий к снижению эмоционального напряжения, оказался очень эффективным при клинической апробации.

При работе с сексологическими больными, у которых наблюдается страх перед женщиной, К. Imielinski (1974) рекомендует проводить разъяснительную работу с целью ликвидации представлений о сексуальном «вампиризме» женщины, а также усвоения правильных взглядов на ее истинные потребности.

Сведения, сообщаемые больному о происхождении его сексуального расстройства (когда в этом возникает необходимость), могут быть различными по объему, что определяется конкретными особенностями случая. При выявлении дефектов сексуальной техники врач должен дать сексуальным партнерам рекомендации по гармонизации интимных взаимоотношений. При этом нужно строить свою работу таким образом, чтобы сообщаемая информация по форме, глубине и деталям изложения соответствовала уровню интеллектуального развития пациентов, а также их личностным особенностям. Это, с одной стороны, будет действенным подспорьем, так как поможет направить деятельность больных в полезном для лечения направлении, а с другой — исключит возможность развития ипохондрии и ятрогении.

В литературе нашли отражение, на наш взгляд, спорные рекомендации в отношении сообщаемой больному информации о его заболевании [Finkel A., Thompson R., 1972]. Например, врач объявлял пациентам, что они страдают «умеренным простатитом». Этот диагноз, по мнению авторов, оказывает менее тяжелое психологическое воздействие на больного по сравнению с теми случаями, когда пациенты считают имеющиеся у них нарушения эрекции чисто психогенными. Больным предписывали увеличить количество потребляемой жидкости, а также назначали сульфаниламидный препарат. Во время последующих визитов их уверяли, что простатит постепенно излечивается. По истечении некоторого времени им говорили, что они могут попытаться возобновить половые сношения при благоприятном стечении обстоятельств. У 60% больных из 84, которые прошли этот курс лечения, была отмечена достаточная степень улучшения. К. Imielinski (1974) отмечает, что к рациональной психотерапии следует относить указания к изучению соответствующей научно-популярной литературы (напомним, что это же Д. В. Панков относит к разъяснительной психотерапии), благодаря которой пациент может скорректировать собственные ошибочные взгляды.



## КОСВЕННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Различают две разновидности косвенной психотерапии: потенцирование и опосредование. В первом случае речь идет об усилении действия лечебных факторов (фармакологических препаратов, физиотерапевтических процедур и т. п.), во втором — о плацебоэффекте. Так, если, назначая тот или иной лекарственный препарат, врач в доступной для больного форме сообщает о его терапевтическом действии и нацеливает пациента на ожидание положительных результатов от его применения, то речь идет о потенцировании. Если же назначается фармакологическая «пустышка» (вещество, не обладающее лечебным влиянием), то говорят об опосредовании. Однако, по нашему мнению [Кочарян Г. С., 1987], опосредование может быть использовано и при назначении объективно действующих лечебных факторов, которые в этом случае, однако, являются лишь проводниками психотерапевтического воздействия, так как при такой форме косвенного влияния внушается, что наступят полезные изменения, к которым применение упомянутых факторов не приводит. Понятно, что в данном случае одновременно происходит и потенцирование. Термин «косвенная психотерапия» не является общепринятым и нередко вместо него используется термин «скрытая суггестия». Потенцировать можно не только действие физических, химических, биологических лечебных факторов, но и методы психотерапии, а также лечебный процесс в целом. Так, рекомендуя больному с сексуальным расстройством аутогенную тренировку, можно отметить, что обучение ее приемам является действенной мерой, позволяющей владеть собой в обстановке интимного сближения (спокойствие, уверенность в себе), а также эффективно регулировать половое влечение, напряжение члена, длительность сношения и яркость оргазма. Обычно рассказами о возможностях гипноза с приведением примеров его успешного применения даже при выраженных расстройствах потенцируют гипнотические сеансы.

Косвенная психотерапия может проводиться не только в состоянии бодрствования, но и в гипнотическом состоянии. Так, перед окончанием гипнотического сеанса пациентам часто внушают, что во время следующего сеанса они быстрее и глубже погрузятся в состояние расслабленности и дремоты, а сказанные врачом слова окажут более выраженное целебное воздействие. Таким образом, в данном случае речь идет об аутопотенцировании гипнотических состояний. Кроме того, в гипнотическом состоянии хорошо потенцируется действие фармакологических препаратов, физиотерапевтических процедур и т. п., а также лечебный процесс в целом. Следует также отметить возможность потенцирования лечебных усилий медперсонала и указать на некоторые отрицательные последствия, являющиеся результатом игнорирования факторов психологической природы. Так, если заведующий отделением или консультант при осмотре больного совместно с лечащим врачом «сигнализирует» пациенту о том, что этот врач квалифицированный специалист, а назначенное им лечение правильно и, возможно, нуждается лишь в небольшой коррекции, то это укрепляет авторитет врача и способствует лучшей реализации назначенной им лечебной программы. Наоборот, пренебрежительное отношение с демонстрацией (сознательной или неосознанной) отрицательного отношения к компетенции врача и назначенной им терапии (подчас доходящей до нелестных высказываний в адрес лечащего врача) может в значительной мере нивелировать действие лечебных факторов, а также приводить к появлению «побочных» эффектов даже тогда, когда критика будет явно необоснованной. В тех случаях, когда лечащий врач на самом деле назначил неадекватную терапию, консультант должен вести себя так, чтобы больной не догадался об этом. Например, изменения в лечении должны быть обоснованы тем, что ранее проводимая терапия выполнила свою функцию и в настоящее время возникла необходимость в частичном или полном изменении

лечебной программы. Потенцировать авторитет врача должны и средние медработники, которые, выполняя его назначения, могут как бы невзначай обращать внимание пациентов на правильный, удачный их подбор квалифицированным специалистом.

При косвенной психотерапии эффект может быть достигнут также невербальными средствами (внешний облик врача, его мимика и т. п.). Потенцирование лечебного процесса возможно также за счет умелого использования средств, свидетельствующих о солидности лечебного учреждения (таблицы, схемы, плакаты, муляжи, изречения великих людей, портреты известных психотерапевтов и деятелей науки и даже добротная мебель).

Возможности косвенной психотерапии при сексологических расстройствах достаточно велики. Этому в немалой степени способствует установка некоторых больных на получение рецепта во всех случаях обращения к врачу. В этих обстоятельствах часто только при назначении хоть какого-либо препарата можно добиться положительного эффекта от использования приемов рациональной и суггестивной психотерапии. Г. С. Васильченко (1974), сообщая о положительных сторонах рецептомании пациентов, отмечает, что предварительная эмоциональная убежденность в лечебном действии прописи, полученной из рук всемогущего «табиба», формирует соответствующую установку (по Д. Н. Узнадзе), которая выступает в роли мощного союзника врача. В одних случаях это приводит к потенцированию лечебного действия медикаментозного средства, в других сообщает это действие прописи, им по существу не обладающей, а подчас позволяет получить положительный терапевтический результат от приема лекарств, которые при отсутствии этой установки могли бы только усугубить сексуальное расстройство. Последний вариант действия автор выявил при назначении двумя врачами одного и того же средства под различными наименованиями (например, меллерила, тиоридазина, сонapakса — при задержках эякуляции).

Перед проведением косвенной психотерапии в виде потенцирования врач должен выяснить, получал ли данное лекарство или данную процедуру больной ранее, и если получал, то каков был эффект; каково его отношение к назначенному методу лечения, лекарству, процедуре. После этого следует проанализировать, под воздействием каких именно факторов сформировалось его мнение о действии средства, которое предполагается назначить. Если отношение больного к нему положительное, то особых усилий со стороны лечащего врача по проведению психотерапевтической работы не потребуется. Оно в основном будет состоять в «привязке» эффектов назначаемого средства к конкретным болезненным проявлениям у пациента. Если же мнение о назначенном средстве нейтрально, то цель врача состоит в подробном разъяснении его лечебного действия вообще и в данном конкретном случае в частности. Его работа в данном случае будет сводиться к формированию установки на ожидаемые результаты, что усиливает лечебное действие препаратов и процедур за счет психологических факторов. При отрицательном отношении к назначаемому лечению врачебная тактика может быть различной. Так, иногда это мнение непрочно и переориентировать больного не представляет особого труда. В других же случаях это сделать сложнее, так как ранее пациент безуспешно лечился этим средством или же имеет в достаточной степени сформированное мнение о его неэффективности в результате индукции со стороны других лиц, с мнением которых он считается. Поэтому, если не удастся перестроить отношение больного к назначенному лечению, целесообразно назначение других средств, близких по действию. Иногда, например, следует разъяснить больному, что назначенное средство в скором времени окажет свое полезное влияние и тогда он начнет относиться к нему иначе, необходимо лишь терпение. Если же это вдруг не произойдет, что крайне сомнительно, то всегда можно будет назначить другое лечение.

Нередко препараты обладают побочным действием. При его появлении (с целью дезактуализации) пациенту указывают, что возникшие симптомы являются свидетельством эффективности назначенного лечения. Таким образом, при назначении тех или иных препаратов или процедур следует создавать лечебную

перспективу, изменять отношение пациентов к тому или другому методу лечения, а также обесценивать побочное действие лекарственных препаратов и процедур. Следует отметить, что лечебная перспектива создается не только за счет ознакомления с механизмом действия назначаемого лечения, но и с помощью конкретных примеров его успешного применения. Косвенная психотерапия далеко не всегда выступает как одномоментное мероприятие; подчас она охватывает весь период лечения.

Характеризуя метод скрытой суггестии, К. Imielinski (1974) указывает, что иногда прием лекарств, которые могут быть носителями лечебной суггестии, приводит к возникновению противоположного эффекта за счет эмоционального напряжения. Это происходит в тех случаях, когда пациент концентрирует свое внимание на половой деятельности, ожидая немедленных последствий действия употребляемых лекарств. В таких случаях больному следует указать на необходимость отвлечения внимания от собственных половых органов, а иногда даже прекратить прием лекарств. Надо настроить пациента на то, что полный эффект лечения скажется позже. Это снижает концентрацию внимания на половой деятельности и создает условия для нормализации сексуальных функций.

Нужно помнить и о другом возможном «осложнении» косвенной психотерапии. Так, иногда возникает психологическая зависимость от плацебо, когда без его приема половые акты могут быть либо менее качественными, либо вообще не удаваться. При возникновении такой зависимости она должна стать объектом разъяснительной и рациональной психотерапии, вскрывающей психогенный характер сексуального расстройства. В случае необходимости врач объясняет больному, что он применял средство, не обладавшее лечебным действием, которое являлось лишь проводником психотерапевтического влияния. Этот довод является неоспоримым аргументом психогенной природы заболевания.

На наш взгляд, важным является следующий аспект использования косвенной психотерапии. Рекомендую тот или иной лекарственный препарат, следует учитывать степень его дефицитности, так как последняя значительно усиливает его психотерапевтический потенциал, что несомненно может положительно сказаться на результатах лечения. Вместе с тем без особой надобности мы не прибегаем к назначению дефицитных средств, а повышаем эффективность препаратов с помощью как потенцирования, так и своеобразной уловки, которая состоит в том, что пациенту сообщают, что рекомендуемое ему лекарство не только эффективное, но и достаточно редкое, однако в настоящее время по счастливому стечению обстоятельств оно есть в аптеке.

Врачу-сексопатологу нередко приходится аргументированно отказывать больным в выписывании рецепта на средство, в эффективность которого они очень верят (нередко речь идет о гормональных препаратах), так как его применение в данном случае может оказаться не только нерезультативным, но и вредным («ситуационное депотенцирование»).

Как уже отмечалось, можно потенцировать влияние различных лечебных факторов. Приведем несколько примеров такого потенцирования. При назначении адаптогенов, часто применяемых в сексологической практике (экстракт элеутерококка, китайский лимонник, пантокрин и др.), следует указать, что они обладают как стимулирующим, так и тонизирующим действием (повышают умственную и физическую работоспособность), что позволит укрепить сексуальную потенцию: усилить желание, напряжение полового члена, яркость оргастических ощущений, увеличить частоту половых актов.

Рекомендуя антихолинэстеразные препараты (прозерин и его аналоги), можно отметить, что они значительно улучшают проводимость нервных импульсов, облегчая возникновение напряжения члена и делая его более выраженным и устойчивым.

Прием лекарственных средств из группы стрихнина (стрихнин, секуринин) должен предваряться указанием на то, что они возбуждают центральную нервную систему и повышают рефлекторную возбудимость спинного мозга. А так как быстрота возникновения эрекции и ее сила зависят от этих факторов, то можно рассчитывать на значительный лечебный эффект.

Физиотерапия и санаторно-курортные факторы также нашли широкое применение при лечении сексуальных расстройств [Волков Е. С., Кушнирук Ю. И., 1985]. Для потенцирования действия физиотерапевтических процедур и других видов лечебного воздействия необходим учет характера их физиологического действия. Д. Л. Буртянский и соавт. (1978) указывают, что назначаемые при снижении либидо и эрекции процедуры (нисходящая гальванизация позвоночника, дарсонвализация внутренних поверхностей бедер и области промежности) следует потенцировать путем аргументированного разъяснения их рефлекторного влияния на половые органы, что приводит к повышению чувствительности рецепторного аппарата наружных половых органов, активизации полового влечения и стабилизации эрекции. В целях психотерапевтического потенцирования действия процедур электролечения, назначаемых при расстройствах сексуальных функций, преимущественно сопровождающихся преждевременным семяизвержением (диадинамический пояс, электрофорез с хлористым кальцием и фосфором, трусы-пояс с новокаином), авторы рекомендуют логически обосновывать и разъяснять больным характер физиологического влияния процедур на половой аппарат мужчины. Необходимо при этом подчеркнуть, что назначенные процедуры способствуют нормализации возбудимости полового аппарата, улучшению и лучшей стойкости эрекции, а также удлинению периода времени, необходимого для наступления семяизвержения и оргазма, что удлиняет копулятивный цикл.

Воздействие применяемых для лечения половой холодности горячих влагалищных душей, горячих тазовых ванн, грязелечения, вагинальной диатермии и др. может быть потенцировано указанием на то, что эти процедуры приводят к массивному притоку крови к половым органам, способствующим повышению их чувствительности и увеличению уровня сексуальной возбудимости.

Для лечения сексуальных расстройств, при которых основным симптомом является быстрое семяизвержение, широко применяются хлорэтиловые блокады крестцового ромба, предложенные Г. С. Васильченко (1969). В частности, они оказывают выраженный лечебный эффект при синдроме парацентральных долек, а также вторичной патогенетической титуляризации, персистирующей после санации урологического очага. Применение этих блокад следует психотерапевтически подкреплять. В частности, можно использовать следующую формулу: «Данный вид лечения является высокоэффективным при быстром семяизвержении. Применение блокад нормализует деятельность нервных центров, участвующих в семяизвержении, что обусловит более длительное протекание полового акта...». Можно рекомендовать и формулу, которая, хотя и не отражает сущности происходящих изменений, однако в силу простоты и доступности обладает большой убедительной силой: «Холодовое воздействие блокад затормаживает и укрепляет спинальный центр эякуляции и с каждой последующей блокадой половой акт будет становиться все более продолжительным».

В последние годы при сексуальных нарушениях с расстройствами эрекции успешно применяется ЛД-терапия (лечение локальной декомпрессией), предложенная Р. В. Беледой (авторское свидетельство № 774558). Положительные результаты ее использования были отмечены при сосудистом происхождении недостаточности эрекции, психогенных расстройствах (в частности, при неврозе ожидания), расстройствах эякуляции в результате хронического простатита [Васильченко Г. С. и др., 1981; Белета Р. В., Горячев Б. А., 1982; Васильченко Г. С. и др., 1983]. Разноплановое воздействие этого метода лечения (улучшение трофики сосудистого аппарата кавернозных тел и в связи с этим уменьшение и ликвидация дегенеративных изменений в нем; функциональная «прокачка» многоуровневого аппарата сексуального обеспечения, связанная с восстановлением стершихся энграмм; косвенное влияние благоприятных сдвигов в гемодинамике кавернозных тел полового члена на кровоснабжение предстательной железы), обеспечивающее лечебный эффект при различных формах сексуальных расстройств, определяет необходимость использования неоднозначных формул психотерапевтического подкрепления.

При сосудистых формах недостаточности эрекции пациентам необходимо указывать на то, что применение данной терапии вследствие тренировки кровеносных сосудов полового члена улучшит их способность к изменению (увеличению) объема при половом возбуждении, что обеспечит быстрое возникновение напряжения члена, значительную его выраженность и стойкость во время интимной близости.

Проведение ЛД-терапии у больных с синдромом тревожного ожидания неудачи должно подкрепляться указанием на то, что в результате проводимого лечения устранятся временные помехи в работе половой системы, а это приведет к полной ликвидации сексуального расстройства. При проведении процедуры следует фиксировать внимание пациентов на величине и твердости члена и испытываемых ими приятных, сексуально окрашенных ощущениях. Эти эффекты, возникающие при проведении ЛД-терапевтических процедур, сами по себе обладают большим психотерапевтическим действием, так как повышают веру больных в выздоровление, снижают их неуверенность в свои сексуальные возможности и, таким образом, способствуют разрыву порочного круга «навязчивое опасение ----> сексуальная неудача ----> навязчивое опасение».

При сексуальных расстройствах, обусловленных хронической воспалительной патологией простаты, необходимо акцентировать внимание больных на улучшении кровоснабжения этого органа, что способствует уменьшению и ликвидации воспалительных изменений в нем и, таким образом, приводит к ликвидации сексуального расстройства.

Наши наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности ЛД-терапии при лечении проявлений сексуальной абстиненции (детренированности), одним из признаков которой могут быть эрекцияльные нарушения. В данном случае психотерапевтическое подкрепление должно сводиться к указаниям на то, что проведение процедур тонизирует половую систему, активируя все уровни обеспечения нормального сексуального функционирования (нервные окончания члена, его сосуды, нервные центры регуляции половой функции, находящиеся на различных уровнях, и т. п.).

Следует отметить результаты последних исследований, которые показали, что при проведении ЛД-терапии происходит значительная активация деятельности гипофиза, коры надпочечников и половых желез [Беледа Р. В. и др., 1986]. Механизм интенсификации деятельности гонад становится понятным, если привлечь данные, полученные И. И. Горпинченко (1986). Автор впервые доказал, применив реотестикулографию до и после сеанса лечения, что благоприятное действие ЛД-терапии, помимо других факторов, связано с усилением кровотока в яичках. Результаты проведенных исследований можно использовать для косвенной психотерапии, так как одно упоминание об увеличении выработки половых гормонов, наступающем при проведении ЛД-терапии, способно оказать выраженное психотерапевтическое воздействие.

До сих пор речь шла в основном о косвенной психотерапии в виде потенцирования. Однако и опосредование может дать ощутимые лечебные результаты. Показательным в этом плане является исследование Д. Трайкова (1973), который для лечения 65 мужчин с функциональными сексуальными расстройствами применил пилюли «Плацебо», специально изготовленные для этой цели болгарской фармацевтической фирмой «Фармахим». Характеризуя контингент больных, автор отмечает, что у 42 из них (64,6%) сексуальные нарушения были проявлением различных форм неврозов: неврастении (26), невроза навязчивых состояний (10), истерического невроза (7). У 23 пациентов (35,4%) половые расстройства возникли внезапно, «без предшествующих невротических или соматических жалоб», в результате психотравм общего характера, а также психотравм, непосредственно направленных на сексуальную сферу по механизму внутреннего или внешнего торможения». 54 больных из 65 были в возрасте до 40 лет. Прием пилюль «Плацебо» осуществлялся по следующей схеме. В первые три дня пациенты принимали по 1 пилюле 1 раз в сутки (вечером), в последующие три дня — по 1 пилюле 2 раза в сутки (утром и вечером), затем 3 дня по 1 пилюле 3 раза в сутки (утром, днем и вечером). После этого в течение трех дней к вечернему приему

прибавлялась еще одна пилюля, а в последующие 3 дня 1 пилюля добавлялась и к дневному приему. Потом в течение 30 дней больные принимали по 2 пилюли 3 раза в сутки (утром, днем и вечером). Таким образом, курс лечения составил 45 дней. Были получены следующие результаты. 13 пациентов (20%) выздоровели, у 36 (55,4%) состояние улучшилось, а у 16 (24,6%) изменений в состоянии здоровья выявлено не было. Так как в основе плацебо-терапии лежит механизм скрытого внушения, автор делает вывод, что психотерапия является одним из основных методов лечения психогенных сексуальных расстройств.

## ГИПНОСУГГЕСТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Этот вид лечения широко используется при различных сексуальных расстройствах, а также при вторичных невротических проявлениях, обусловленных реакцией личности на сексуальное расстройство. Эффективность гипносуггестивной терапии особенно высока при сексуальных дисфункциях, обусловленных психогенными факторами, т. е. при психогенных половых расстройствах. Однако, учитывая, что психогенный фактор приобретает все большее значение и при длительном течении органических половых расстройств, становится понятным, что и в этих случаях гипнотерапия в качестве одного из лечебных методов может оказаться весьма полезной.

Перечень сексуальных расстройств, при которых с успехом применяется гипносуггестивная терапия, весьма обширен: синдром тревожного ожидания неудачи, виргогамия, вагинизм, аноргазмия, психогенные генитальгии, перверсии и т. д.

Этот метод лечения можно применять как индивидуально, так и в группе. В последнем случае необязательно, чтобы все пациенты группы страдали половыми расстройствами. С целью экономии времени вполне допустимо также помещение больного с сексуальными дисфункциями в группу пациентов, которые лечатся в связи с общевротической симптоматикой. В этом случае после проведения общих внушений, направленных на устранение этой симптоматики, нередко наблюдаемой и у больных с сексуальными расстройствами, необходимо применить индивидуальное внушение, проводимое шепотом. Индивидуализация внушений облегчается при наличии специально оборудованных гипнотариев с перегородками между кушетками, индивидуальными наушниками [И.М. Маковский, 1972].

Выделяют несколько вариантов использования гипносуггестивной терапии.

### 5.1. Гипносуггестивное программирование

Пациенту, находящемуся в гипнотическом состоянии, делаются внушения, программирующие успешное интимное сближение. Эти внушения могут касаться как отдельных компонентов, определяющих качество полового акта (либидо, эрекция, волюстические ощущения, длительность сношения, оргазм), так и всех указанных компонентов или большего их числа при полисимптоматических сексуальных расстройствах. В последнем случае необходимо четко ориентироваться в значении отдельных симптомов, так как нередко ликвидация одного из них может автоматически привести к ликвидации других.

По нашему мнению [Кочарян Г. С., 1985], любое сексуальное расстройство должно оцениваться с точки зрения не только патогенетической, но и симптоматической структуры. При однозначной базовой (патогенетической) диагностической характеристике сексуальных расстройств нередко можно встретиться с их симптоматической неоднородностью. Однако значение выявляемых при том или другом сексуальном расстройстве симптомов далеко не одинаково. Целесообразно различать наряду с инициальными, т. е. возникающими в начальном периоде расстройствами, симптомы развития и производные симптомы. Симптомы развития появляются при утяжелении заболеваний, изначально лежащих в основе половых расстройств или усложнении структуры последних. Так, если хронический простатит изначально проявлялся лишь эякуляторными нарушениями, а при его утяжелении возникли расстройства эрекции, то эякуляторные нарушения следует считать инициальными симптомами, а расстройства эрекции — симптомами развития. Расстройства эрекции в данном случае были бы отнесены к симптомам развития и при их обусловленности усугублением хронического простатита синдромом ожидания неудачи. Первичные симптомы и симптомы развития в свою очередь должны быть отнесены к основным. Вместе с тем в клинической практике подчас приходится сталкиваться с явлением, когда тот или иной симптом не имеет жесткой зависимости от основного

расстройства, а является производным другого симптома, без которого он сам попросту бы не возник. Так, нередко замедленное протекание полового акта является следствием недостаточного напряжения члена. Дело может пойти так далеко, что гипозрекция обусловит анэякуляторный coitus (мнимое отсутствие семяизвержения, по В. М. Маслову, 1978). Симптомы, которые возникают по указанному механизму, следует относить к производным.

Поскольку суггестия, направленная на коррекцию отдельных функциональных характеристик полового акта, по своей сути является мероприятием симптоматическим, то дифференцированная оценка симптомов с выделением основных и производных, заканчивающаяся выбором симптомов-мишеней, является важным процессом, позволяющим выработать программу адекватной симптоматической терапии.

Прежде чем перейти к рекомендациям по коррекции различных сексуальных нарушений, приводим тексты, которые можно использовать для гипнотизации и дегипнотизации, составленные на кафедре психотерапии Харьковского института усовершенствования врачей.

«Ложитесь... примите удобную позу... Закройте глаза... Итак, принятое положение тела удобно...

Успокойтесь... Успокойтесь... Вы постепенно успокаиваетесь, переходите в состояние отдыха и покоя... Успокаивается каждая клеточка Вашего организма, успокаивается каждая клеточка Вашего тела... Успокаивается вся Ваша нервная система... Все Ваши тревоги, заботы, волнения рассеиваются... Вы все меньше фиксируете на них внимание...

Окружающие звуки, шумы, шорохи и разговоры отдаляются от Вас... отдаляются от Вас все дальше и дальше... Вы почти не воспринимаете никаких посторонних раздражителей... Они не доходят до Вашего сознания...

Вы уже успокоились... Вы совершенно спокойны... Вы отдыхаете...

Отдыхает нервная система, отдыхает весь Ваш организм... Ничто не волнует Вас, не нарушает Вашего покоя, ни телесного, ни душевного... Все, что прежде волновало Вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете сейчас блаженное чувство покоя и полного умиротворения... Окружающие звуки, шумы отошли далеко-далеко... Вы не воспринимаете их... Вы ничего не слышите, кроме голоса врача... Вы слышите только мой голос... Только мой голос слышите Вы... Мой голос действует на Вас успокаивающе... Мышцы рук, ног, туловища расслаблены... В них нет ни малейшего напряжения... Все Ваше тело приятно отяжелело... Вам не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Постепенно тяжелеют Ваши веки... Веки тяжелеют все больше и больше... Они отяжелели и плотно-плотно слиплись... Дыхание Ваше стало ровным и спокойным...

С каждым вдохом Ваше сердце бьется все спокойнее, все ритмичнее... Приятная теплота разливается по всему Вашему телу... Мысли в голове путаются... Ни на чем не сосредотачиваются... Вас покинули заботы, опасения... Исчезли волнения, тревоги, огорчения... Все, что угнетало Вас, ушло и не имеет для Вас значения... Вам приятно, спокойно, хорошо... Постепенно Вы погружаетесь в дремотное состояние... Вам хочется дремать... Дремать надо... Это необходимо для Вашего выздоровления... Вы засыпаете все глубже и глубже... Приятная дремота овладевает всем Вашим существом... Никакие посторонние звуки не доходят до Вашего сознания... Никакие ощущения со стороны внутренних органов Вами не воспринимаются... Вы приятно и спокойно отдыхаете... Мысли рассеиваются, мысли рассеялись... Вы ни о чем не думаете... Находитесь во власти лечебного сна... Отдыхайте... Вы слышите мой голос и мои внушения...».

Затем проводится необходимая лечебная суггестия, за которой следуют внушения перед пробуждением и дегипнотизация:

«Вы хорошо отдохнули... Отдохнул весь Ваш организм... Исчезли все неприятные ощущения, мысли, волнения... Все, что прежде волновало Вас, ушло, рассеялось, забылось... Вы испытываете полное внутреннее успокоение... Вам легко и приятно... Когда Вы придете на последующее занятие и я Вам предложу закрыть глаза, Вы сразу же почувствуете тяжесть век... Ваши мышцы расслабятся, посторонние шумы исчезнут... Вы будете слышать только мой голос... С каждым сеансом состояние отдыха, покоя и лечебного сна будет углубляться... С каждым днем Ваше самочувствие будет улучшаться все больше и больше... А сейчас я буду считать от одного до трех и по мере моего счета Вы будете пробуждаться. Один — исчезает тяжесть в Вашем теле, исчезает мышечная расслабленность... Ваше тело наливается силой, бодростью,



здоровьем... Два — исчезает тяжесть Ваших век. Веки становятся легкими-легкими... Три — откройте глаза... Сделайте легкий вдох... Потянитесь... А теперь можете встать...».

В литературе можно встретить различные рекомендации по суггестивной коррекции сексологических симптомов в гипнотическом состоянии. Так, Crasilneck и Hall (1975) при гипоэрекции советуют внушать, что «...член во время сношения будет твердый, застывший, негибачаемый и жесткий, как 49штук». С этой же целью указанные авторы вызывали у пациента ощущение напряжения руки в состоянии глубокого гипноза, а затем внушали, что половой член во время полового акта будет таким же напряженным, как и рука в состоянии каталепсии. Аналогичные рекомендации дает и Ю. В. Колбасин (1987), который сообщает об использовании гипносуггестии при расстройствах эрекции, обусловленных синдромом тревожного ожидания неудачи невротического генеза. Он сообщает, что основным этапом проводимого им лечения являлась эмоционально-стрессовая гипнотерапия, включающая внушения по укреплению воли и самообладания. Далее суггестия была направлена на возникновение «твердой и упругой» эрекции во время интимной близости, что осуществлялось на фоне поднятой руки больного и индуцирования каталепсии в ней. Автор отмечает, что ему удавалось получать «каталептоидное» напряжение руки, феномен «зубчатого колеса» и добиваться положительного эмоционального «потрясения» в связи с непроизвольным напряжением руки, опосредованно связанным с внушением «твердых эрекции» во время *полового акта*. Мы в таких случаях применяем следующее внушение: «Во время ласк и поцелуев в предварительном периоде значительно усиливается приток крови к половому члену, он увеличивается в размерах и становится большим, твердым, негибачаемым. Введение его удастся без труда. В течение всего полового акта, вплоть до семяизвержения напряжение члена устойчивое, хорошее. Половой акт пройдет успешно». Указанные внушения рассчитаны на обеспечение хорошей эрекции на протяжении всего периода интимной близости и предполагают предварительное ознакомление пациента с элементами биомеханики эрекции.

D. Reuben (1991), обсуждая доказательства влияния эмоциональных факторов на сексуальные функции, отмечает, что в результате внушения, проведенного в гипнотическом состоянии, эрекция может полностью восстановиться. В связи с этим он сообщает о любопытной истории, произошедшей с одним больным, который поведал следующее: «Когда вспоминаю об этом, то все теперь кажется таким несложным. Но я страдал адскими муками почти семь лет, пока не нашел психиатра, который помог мне. После нескольких визитов он загипнотизировал меня и сказал, что когда я захочу переспать с женой, то должен только подождать, когда мы ляжем в постель и взбить подушку. Мы договорились, что это станет спусковым крючком гипноза. Правда, я тогда не поверил, но в ту же ночь моя жена, как всегда разочарованная, *потушила* свет. Я сказал: « Я слегка взбью подушку перед сном». Сделав это, я ощутил такую сильнейшую эрекцию, что и представить не мог. Я чуть не испугался. Я не знал, что мой член может быть таким большим. Он пульсировал. Жена тоже не могла поверить, но мы времени не теряли. Это была одна из лучших ночей в моей жизни! Правда, поспал я мало, в основном взбивал подушки, сами понимаете».

При преждевременном семяизвержении можно внушать пациенту спокойствие во время интимной близости, уменьшение чувствительности нервных окончаний головки полового члена, приобретение больным способности к контролю над уровнем полового возбуждения, медленное, постепенное нарастание этого возбуждения:

«Во время интимной близости Вы спокойны... Возбуждение при фрикциях нарастает медленно... Уменьшается чувствительность головки полового члена... Отныне при половом сближении испытываете в ней лишь легкие приятные ощущения... Возбуждение нарастает постепенно... Приобретаете способность контроля над уровнем полового возбуждения... теперь Вы можете его регулировать... Половой акт будет протекать долго...».

Ш. С. Гафаров (1982) разделил 158 больных, страдавших ускоренным семяизвержением, на три группы. В группе, где, помимо других методов лечения, применялся гипноз, были получены наилучшие результаты. Автор делает выводы, что

использование гипносуггестивной терапии в комплексном лечении больных с ускоренной эякуляцией улучшает результаты лечения на 25%.

При снижении волюстических (сладострастных) ощущений, возникающих при фрикциях, необходимо делать внушения, направленные на повышение их интенсивности. С этой целью мы используем следующую формулу: «Каждое движение члена во влагалище сопровождается очень приятными ощущениями, которые доставляют большое наслаждение».

При снижении выраженности либидо и оргазма необходимо проводить суггестию, направленную на повышение их интенсивности.

При снижении либидо мы рекомендуем такие лечебные внушения: «Голос партнерши (партнера), его (ее) вид, его (ее) прикосновения, ласки, поцелуи очень приятны. Присутствие партнера (партнерши) вызывает сильное желание обладания, потребность слиться в единое целое, желание раствориться друг в друге» и т. п. В случаях аноргазмии у мужчин и женщин необходимо с помощью лечебных внушений программировать рост интенсивности полового возбуждения при фрикциях, вплоть до наступления нервно-психологической разрядки (оргазма), доставляющей чувство глубокого удовлетворения.

Такие же внушения можно рекомендовать и при увеличении продолжительности полового акта с добавлением указаний на быстрое нарастание интенсивности полового возбуждения.

S. Kratochvil (1982) рекомендовал для лечения фригидности следующую формулу: «Вы нормально возбудимая женщина, способная к сильному половому возбуждению и достижению полового удовлетворения. Вы проявляете интерес к сексуальной активности, рады ей, жаждете ее, можете полностью ей поддаться, интенсивно переживать ее, активно вести себя. Ваше возбуждение будет постоянно достигать пика. Ваше тело будет автоматически реагировать так, чтобы Вы достигли полного успокоения».

Гипносуггестивные мероприятия оказывают хороший эффект при лечении психогенных гениталгий. Н. В. Иванов (1966) на основании опыта работы с сексологическими больными пришел к выводу, что «...основным методом лечения фиксированных альгий следует считать гипнотерапию с приведением больной в возможно более глубокую степень гипнотического сна». Автор указывает, что в сомнабулической стадии боли удается ликвидировать за 1—2 сеанса, и рекомендует с этой целью использовать внушения императивного характера об их исчезновении. Он советует ступенчатое проведение гипносуггестивной терапии после вскрытия психогении. На первом этапе направленность этой терапии носит седативный и анальгезирующий характер (успокоение, снятие морального угнетения и тревожного ожидания, постепенное смягчение болевых ощущений). На втором этапе проводятся мотивированные внушения, утверждающие закономерность исчезновения болевых ощущений. О необходимости применения гипносуггестивной терапии при психогенных гениталгиях сообщает и З. В. Рожановская (1985). Она также указывает на возможность возникновения цисталгий вследствие зафиксировавшейся «неприятности» к половой близости после каждого полового акта и рекомендует в таких случаях гипносуггестивную терапию, проводимую в соответствии с этапностью, предложенной Н. В. Ивановым для лечения гениталий. О хороших результатах использования гипносуггестивной терапии при гениталгиях сообщают также А. М. Свядош (1974, 1984), Д. Л. Буртынский, В. В. Кришталь (1977).

Нами при фобических психогенных гениталгиях у женщин используются внушения, направленные на ликвидацию боязни как таковой с утверждением спокойного отношения к интимной близости, которая доставляет наслаждение. Следует проводить и суггестию, непосредственно программирующую безболезненное течение полового акта: «Боязнь полового акта полностью покидает Вас, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны... Из половых органов исчезают неприятные и болевые ощущения... Интимная близость доставляет Вам большое наслаждение...»

П. К. Мельников (1974) отмечает, что имеется довольно значительная группа больных невротами, у которых болевые ощущения, различные парестезии сосредоточены в основном в урогенитальной области, что сопровождается

патологической фиксацией внимания на этой зоне. Автор отмечает, что среди этих пациентов были и такие, которые жаловались на боли, парестезии и другие ощущения сенестопатического типа преимущественно в половых органах, особенно в области головки полового члена, в мошонке, яичках, по ходу семенного канатика или же во влагалище. Нередко болезненные ощущения распространялись на промежность, область заднего прохода, внутреннюю поверхность бедер. Некоторые больные одновременно отмечали различные сексуальные расстройства: слабость эрекции, ускорение эякуляций, снижение либидо и оргастических ощущений. Также отмечалось плохое самочувствие после полового сближения. Отдельные больные «находили» у себя даже анатомические недостатки: микрогенитосомию, «атрофию» половых органов, изменение их формы, окраски и т. п. Все это создавало у них представление о серьезном органическом страдании полового аппарата. Автор отмечает, что лечение невротозов с урогенитальными синдромами требует большого внимания, тщательного анализа каждого конкретного случая, доверительного контакта с больным, правильности диагноза и применения современного патогенетического лечения. Он рекомендует физиотерапию, психотропные средства и психотерапию. Главное место он отводит комплексной психотерапии (разъяснение, убеждение, внушение в гипнозе). При внушении в гипнотическом состоянии у больного полностью развенчивалось сложившееся неверное представление о природе и неизлечимости заболевания, перестраивалось его отношение к болезни, ликвидировалась гиперактуализация различных ощущений и других болезненных проявлений, рассеивались чрезмерные опасения о роли мнимых вредностей или анатомических недостатков. Вместе с тем настойчиво формировалась уверенность в анатомофизиологической полноценности соответствующих систем и способность к нормальным физиологическим отправлениям. В результате такого комплексного воздействия у больных снимался или значительно сглаживался общевротический фон, постепенно исчезали местные патологические симптомы в урогенитальной области, нормализовались сексуальные функции. Автор констатирует, что без гипносуггестии удавалось достичь положительного эффекта лишь в тех случаях, когда еще не было прочной фиксации урогенитального синдрома и отсутствовали выраженные проявления невротического развития.

Гипносуггестивная терапия широко используется для лечения фобической формы виргогамии и вагинизма (классификация А. М. Свядоца, 1984). Если И. Л. Ботнева и Т. Е. Архипова (1982) сообщают об успешном лечении вагинизма без применения этого метода лечения, то З. В. Рожановская (1985) указывает, что по данным Ленинградского института акушерства и гинекологии лечение вагинизма без внушений в гипнозе неэффективно.

Нами при фобической форме вагинизма используется следующая суггестия: «Боязнь полового акта полностью покидает Вас, уходит, рассеивается... В преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны... Живот напряжен... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища и промежности расслаблены... Половой акт Вам приятен...». В. М. Корецкий (1982) применял гипносуггестию в комплексе лечения больных с фобической формой виргогамии. С этой целью в присутствии мужа пациентке проводилось мотивированное внушение, направленное на снятие фобии дефлорации. Затем раппорт передавался предварительно проинструктированному мужу.

Нередко фобическая виргогамия сочетается с фобической формой вагинизма. Это сочетание является для лечения более трудным. Мы в таких случаях используем суггестию, направленную на снятие страха перед интимной близостью и появление уверенности в выздоровлении («...страх покидает Вас, уходит, рассеивается, и все Ваше существо наполняется спокойствием и уверенностью в скором выздоровлении...»), вызывание некоторой общей мышечной и психической релаксации перед половым актом, а также расслабление мышц влагалища в этот период. Эти внушения подкрепляются указанием, что половой акт является для женщин обычным поведенческим процессом, и если бы это было не так, то не рождались бы дети и человеческий род давно бы перестал существовать. Кроме того, сообщается, что разрушение девственной плевы при половом акте происходит быстро, легко, безболезненно и не имеет неблагоприятных последствий. Отмечается, что болевые ощу-

щения, возникавшие при попытках сближения, порождались исключительно страхом. В текст лечебных внушений также включается формула, направленная на усиление желания совершить половой акт и нарастание готовности систем организма и всего организма в целом к его полноценному протеканию.

Хороший эффект в результате использования гипносуггестии может быть получен и в некоторых случаях гиперсексуальности [Свядош А. М., 1984; Рожановская З. В., 1985; Здравомыслов В. И. и др., 1985]. Как известно, гиперсексуальность встречается при поражениях гипоталамуса и других отделов лимбической системы головного мозга (вследствие нейроинфекции, травм, сосудистых поражений и новообразований), гиперфункции коры надпочечников опухолевого генеза (андростерома), гормонально активных опухолях яичников, в климактерическом периоде, при маниакальном синдроме при МДП и циркулярной форме шизофрении, крайне редко как проявление смешанного состояния во время депрессивной фазы МДП, лечения большими дозами андрогенов. Отсюда понятна преимущественно симптоматическая роль гипносуггестивной терапии, ограничение ее применения в случаях психической патологии, а также необходимость ее включения в систему терапии, в которой представлены патогенетические, а иногда и этиологические методы лечения. Вместе с тем эффект рассматриваемого метода иногда бывает просто разительным.

Быстрый положительный результат был получен нами при использовании гипносуггестии молодой женщине, страдавшей гиперсексуальностью, обусловленной поражением гипоталамической области (хронический арахноэнцефалит травматического генеза). Половое возбуждение не покидало пациентку в течение всего дня, вследствие чего она не могла нормально работать. Во время интимной близости пациентка требовала от мужа трех-четырёх сношений, которые не удовлетворяли ее полностью, несмотря на возникающий при каждом половом акте оргазм. Это стало одной из причин нарастающих семейных конфликтов, так как до возникновения заболевания для полного взаимного удовлетворения супругов было вполне достаточно одного сношения. Во время первого гипнотического сеанса (2—3-я стадия гипноза) больной производились внушения, направленные на ликвидацию возбуждения в неадекватной обстановке («Успокаиваются участки головного мозга, ответственные за возникновение полового возбуждения... Они затормаживаются... Половое возбуждение покидает Вас, уходит, рассеивается... В течение всего дня Вы совершенно спокойны... Можете успешно выполнять свою работу» и т. п. ...). Также производилась суггестия, направленная на коррекцию поведения женщины во время интимной близости («Половое возбуждение будет возникать только во время интимной близости и исчезать после первой оргастической разрядки...»). После первого же сеанса половое возбуждение намного ослабело. Каждый последующий сеанс (всего было проведено 5 сеансов) также снижал уровень полового возбуждения. Интерес приводимого наблюдения состоит и в том, что поведение пациентки во время интимной близости полностью соответствовало сделанным внушениям. Одновременно ей был назначен соннапакс и рекомендовано *лечение* у невропатолога. Учитывая значительные различия в выраженности полового влечения до и *после* каждого из первых гипнотических сеансов, а также факт назначения соннапакса только после 3-го сеанса, когда половое возбуждение в неадекватной обстановке возникало очень редко и не было интенсивным, мы лишней раз убедились в результативности гипносуггестивных воздействий на синдромы органического генеза.

А. М. Свядош (1971, 1974) рекомендует использовать внушения во время гипнотического или естественного сна у больных в особо упорных случаях навязчивой мастурбации, а Н. В. Иванов (1966) указывает, что при неверии пациентов в свои силы, сочетаемом с искренним желанием избавиться от этого расстройства, может быть использована гипнотерапия. Ю. М. Лейдман (1973) сообщает о о внушении в гипнотическом состоянии у 6 детей (5 мальчиков<sup>44</sup> и 1 девочка) для избавления их от мастурбации импульсивного характера. Всего было проведено от 10 до 30 сеансов гипнотерапии. На первых этапах внушение было направлено на изменение отношения ребенка к травмирующей ситуации, а затем ему внушалось полное исчезновение привычки онанировать. В зависимости от гипнабельности пациента проводили 1—3 сеанса внушения в гипнозе для улучшения общего состояния, укрепления нервной системы и вызывания желания избавиться от

этой привычки. Затем приступали к императивным внушениям для ликвидации самой привычки. Автор рекомендует вначале добиваться ослабления интенсивности влечения к онанизму, а затем уже переходить к прямым внушениям с целью ликвидации самого влечения. Первое время такие сеансы повторялись 3—4 раза в неделю, а затем реже. В упорных случаях приходилось приспосабливаться к особенностям того или иного пациента и учитывать их с целью усиления суггестивного воздействия. Об эффективности применения гипносуггестивной терапии для ликвидации мастурбации у женщин сообщают В. И. Здравомыслов и соавт. (1985).

Гипносуггестивная *терапия* может быть рекомендована и при неблагоприятных последствиях мастурбации в форме патологических сексуальных стереотипов. Об одном из таких стереотипов и его психотерапевтической коррекции сообщает Г. С. Кочарян (1985). Отмечается, что многолетняя и систематическая мастурбация иногда приводит к формированию своеобразной перверсии аутоэротического характера. В этих случаях мужчины даже при наличии регулярной жизни не получают такого наслаждения, как при онанизме, хотя последним могут заниматься лишь изредка. Иногда при мастурбации возникает и эякуляция и оргазм, а при половом акте нет ни того, ни другого. При указанных расстройствах автор в ряде случаев успешно использовал в системе психотерапевтических мероприятий гипносуггестию, которая включала программирование нормального течения интимной близости с оргазмом и эякуляцией. При этом на первых занятиях внушалось, что при половом акте влагалище плотно, как кулак, охватывает член, но испытываемые во время его движений ощущения намного приятнее тех, что имели место при онанизме. По мере ломки старого стереотипа сопоставление между половым актом и мастурбацией прекращали.

Я. Г. Голанд (1983) рекомендует применение гипносуггестивной терапии при сексуальных перверсиях. Он, в частности, указывает, что в формулу лечебных внушений при фетишизме, эксгибиционизме, визионизме на первом этапе нужно вводить элементы неприязни, отвращения к ситуации с целью повышения сопротивляемости влечению, а затем и его устранения. С течением времени отвращение заменяется спокойным, безразличным отношением.

А. М. Свядоц (1988) отмечает, что оценка эффективности психотерапии при гомосексуализме противоречива. Так, М. Hirschfeld (1922), W. Stekel (1922), D. Curran и D. Parr (1957) ни в одном случае гомосексуализма не наблюдали положительных результатов ее применения. По данным же Н. Giese (1959), Германское общество глубинной психологии и психотерапии получило положительные результаты психотерапии у 341 из 511 гомосексуалистов, т. е. в 67% случаев. Сам Н. Giese наблюдал выздоровление у 4 из 48 больных, а у 7 результаты были сомнительными. А. М. Свядоц отмечает, что о единичных случаях успешной гипнотерапии гомосексуализма сообщают многие авторы и в качестве примера ссылаются на публикации К. И. Платонова (1962) и L. Alexander (1967). Он считает, что психотерапия более эффективна при пассивной форме женского и активной форме мужского гомосексуализма и малоэффективна при активной форме женского и пассивной форме мужского гомосексуализма. В подтверждение он приводит случай успешного лечения им с помощью гипносуггестивной терапии больной 22 лет, страдавший пассивной формой гомосексуализма. При лечении гомосексуализма автор рекомендует внушать в гипнотическом состоянии принадлежность к своему полу, безразличие к лицам одноименного пола, а также постепенное нарастание интереса к противоположному полу и желание иметь семью и детей. Он советует проводить 10—20 сеансов внушения. Первые сеансы следует проводить ежедневно, а последующие — 1 раз в 2—3 дня, затем, для закрепления полученных результатов, 1—2 раза в месяц в течение года. Вместе с тем автор подчеркивает, что иногда достаточно бывает 4—8 сеансов. Для лечения таких перверсий, как садизм, мазохизм, фетишизм, вуайеризм, эксгибиционизм, трансвестизм, педофилия, геронтофилия, инцестофилия и зоофилия, он в числе других психотерапевтических методов также рекомендует использовать гипносуггестивную терапию.

Нами этот психотерапевтический метод в системе психотерапевтических воздействий также применялся для лечения различных парафилий. Для иллюстрации его эффективности приведем записи из дневника гомосексуалиста — больного Л., 36 лет. Следует отметить, что ранее (первоначально связи были исключительно гомосексуальными) он имел очень небольшой опыт гетеросексуальных контактов и не был абсолютным гомосексуалистом в понимании Кинзи. Как известно, Кинзи показал, что и в поведении, и в эротических установках гомо- и гетеросексуальность — не самостоятельные сущности, а полюсы некоторого континуума. Поэтому можно говорить о степенях гетеро — гомосексуальности [И. С. Кон, 1988]. Каждую из записей, о которых идет речь, пациент сделал после первых трех сеансов гипноза, проводившихся ежедневно. Всего было проведено 4 гипнотических сеанса, во время которых пациенту делали внушения, направленные на ослабление и ликвидацию полового влечения к лицам одноименного пола и одновременно на усиление влечения к женщинам. В текст внушений включались формулы для вызывания отвращения и тошноты при одном воспоминании о половом контакте с мужчинами (пациент обычно выполнял пассивную роль при орально- и ректально- генитальных контактах). Суггестия содержала формулы, направленные на повышение привлекательности женщин в самом широком смысле. («...Внешний облик интересных женщин, их формы, голос будут вызывать у Вас желание общения с ними, чувство вожделения, потребность познакомиться с ними и вступить в интимные отношения...»). Проводились также мотивированные внушения для интериоризации социальных запретов гомосексуальной активности.

Запись после первого сеанса: «Гипнотическое состояние было поверхностным. Внушения закодировались в памяти не полностью, но состояние после гипнотерапии несколько улучшилось: уменьшилась раздражительность, тревога, усилилось чувство достоинства моего мужского „Я“. Мужской пол стал для меня безразличным. Больше начал фиксировать внимание на лицах женского пола».

Запись после второго сеанса. «Гипнотическое состояние во время второго сеанса было более глубоким, чем при проведении первого. После него я почувствовал значительное улучшение: настроение было ровное, спокойное, даже приподнятое. К лицам мужского пола появилось безразличие, даже неприязнь. Из женщин привлекали более интересные. Мне очень понравилась миловидная женщина лет 20—25, которую я увидел в метро. Появилось желание познакомиться с ней. Однако, к сожалению, она быстро вышла на своей остановке. Вечером, когда ехал в гостиницу, разговорился с женщиной 25—30 лет. Испытал от беседы удовольствие».

Запись после третьего сеанса: «Гипнотическое состояние было достаточно глубоким. Поэтому внушения полностью закодировались в моей памяти. К молодым мужчинам появилось отвращение, особенно выраженное к тем из них, которые находились в состоянии алкогольного опьянения. К своим соседям по номеру гостиницы отношусь совершенно холодно, безразлично. Посмотрел фильм «Окно спальни» производства США. Во время его просмотра привлекала внимание красота женского тела».

После проведенного лечения пациенту были даны соответствующие рекомендации. Врач, который ранее курировал этого больного, вскоре сообщил по телефону о быстрых и хороших результатах осуществленной нами терапии.

Подтверждением возможностей гипносуггестивной терапии перверсий может служить эффект, полученный нами при лечении педофилии. Приводим выдержку из истории болезни.

Больной К., 30 лет, пришел в консультацию с женой. Жена крайне взволнована, сообщила, что неоднократно «заставала» мужа с дочерью от первого брака. Сейчас дочери 13 лет, а интимные отношения ее с отчимом начались, когда ей было 6 или 7 лет. В беседе с супругами выяснилось, что он однажды подмывал падчерицу, когда ей было немногим более 6 лет. В это время у него появилось половое возбуждение. С тех пор возникло влечение к девочке, которое периодически реализовалось на эротическом уровне (ласки, поцелуи, объятия). Стимулировал рукой девочки пенис и иногда испытывал при этом оргазм. С тех пор интерес к жене пропал и половая активность снизилась. Супруга рассказала родителям мужа, что произошло в их семье, и его отец в сердцах заявил, что задушит сына собственными руками. Как выяснилось, муж хороший производственник. Отсутствие высшего образования не мешает ему консультировать даже инженеров. Углубленное обследование (в том

числе и психопатологическое) выявило у него шизоидную акцентуацию характера. Обращение за помощью супруга считает последней спасительной мерой, и если врач не поможет, то вопрос о разводе будет решен. Она долго не решалась разводиться лишь потому, что во всех других отношениях муж вполне положительный человек. Поженились они по любви. Супруга старше своего мужа на 5 лет.

Всего было проведено 2 сеанса гипнотерапии, которые привели к полной нормализации сексуального поведения и ликвидации патологического влечения.

Имеются сведения о применении внушений в гипнотическом состоянии при перемежающемся ночном псевдоприапизме [Ротенберг В. С., Андрианов В. В., 1976]. Авторы использовали суггестию, направленную не на ликвидацию напряжения члена в ночное время, а на улучшение качества сна (отсутствие пробуждений).

К. И. Платонов (1962) сообщает о возможности использования гипносуггестии с целью влияния на сферу чувств и эмоций, связанных с половым влечением. Он, в частности, рассказывает о следующем наблюдении Н. М. Зеленского.

Больной С., 28 лет, обратился с жалобами на повышенную раздражительность, бессонницу, тревожно-угнетенное состояние, резкое снижение трудоспособности. Заболевание возникло после того, как 3 мес назад внезапно произошел разрыв с женой. Она заявила, что любит другого и оставила супруга. Вместе прожили 5 лет, продолжает ее любить, не может примириться с мыслью о случившемся. «Хочу забыть, но не могу! Ищу встречи с ней!» — говорит больной. Было проведено 9 гипнотических сеансов, во время которых осуществлялись следующие внушения: «Прежнее чувство к жене вами забыто, вы стали к ней совершенно равнодушны, так как она недостойна вашего внимания. Это уже не друг, случайные воспоминания о ней или встречи вас уже не трогают. Ваше состояние полностью восстановилось, вы по-прежнему здоровы и работоспособны» и т. п. В результате чувство к жене резко ослабело: «Я как-то перестал о ней думать!», — говорил больной. Общее самочувствие и работоспособность пришли в нормальное состояние. Положительный катамнез 2 года.

Интересно и наблюдение самого К. И. Платонова (1962).

Больная К., 33 лет, предъявила жалобы на тяжелое душевное состояние, обусловленное следующими обстоятельствами. У нее возникло сексуальное чувство к двоюродному брату мужа, который живет с ними в одной квартире. Вместе с тем она любит и уважает мужа только как человека, *имеет от него* 10-летнюю дочь и стремится к семейному счастью. После *долгой* и мучительной борьбы она поддалась охватившему ее порыву и поняла, «чего ей не хватало для личного счастья». Несмотря на любовь к мужу, ее *стало безудержно* тянуть к другому человеку. В результате возник тяжелый внутренний конфликт, от которого *она* не могла самостоятельно избавиться. Это привело ее к мысли о самоубийстве. Лишь вопрос о судьбе дочери удерживал ее от этого шага. Больная обратилась к врачу с просьбой: «Дать для ее личного счастья то, чего ей не хватало, получить от мужа то, что она имела от другого, забыть последнего, как и все, что связано с ним». Было проведено *12 сеансов* внушения в гипнотическом состоянии. Это привело к улучшению общего состояния пациентки, так как разрешился внутренний конфликт. К мужу стала испытывать то, чего ранее не испытывала. Его же брат стал ей безразличен. По отношению к нему появилось даже озлобление, так как он был причиной ее семейных несчастий. Пришли к выводу, что они во многом несовместимы, а его интеллект невысок. Спустя 1,5 мес после завершения курса гипноза больная в своем дневнике записала следующее: «Я имела достаточно времени, чтобы проанализировать свои чувства к мужу и к «нему». К мужу у *меня* глубокое, цельное чувство, какого до лечения гипнозом не было... А к «нему»? «Он» для меня не существует, и в отношении него я даже жестока».

К. И. Платонов (1962) сообщает и о наблюдении З. А. Копиль-Левиной. К ней обратился больной О., 32 лет, с жалобами на тяжелое нервно-психическое состояние, связанное с сильным половым влечением, испытываемым им к жене его брата, которую он не мог склонить к интимной близости. Неоднократно<sup>47</sup> в порыве ярости пытался убить ее. К собственной супруге не проявлял никакого интереса. После 5 гипнотических сеансов с использованием мотивированного внушения влечение к жене брата и чувство злости к ней совершенно исчезли. Наряду с этим появилось длительно отсутствовавшее нормальное влечение к своей жене. Катамнестические данные свидетельствовали о стойкости полученных результатов.

Нами также иногда используется гипнотический метод для такого рода воздействий. Однако мы с осторожностью и довольно щепетильно подходим к ним. Это связано с высочайшей этической ответственностью за использование этих воздействий. По нашему мнению, такая коррекция допустима лишь в тех случаях, *когда* мы абсолютно уверены в полезности нашей работы. В частности, мы не придерживаемся мнения, что семью необходимо стремиться сохранить во всех случаях. Такой абсолютистский подход иногда может быть чреват постоянной психотравматизацией супругов, а возможно, и других членов семьи (дети, другие родственники). Кроме того, совершенно непозволительно проводить указанную коррекцию лицам, которые не согласны на ее проведение, так как в этих случаях воздействие осуществляется не по жизненным показаниям и не должно уподобляться, например, насильственному кормлению психически больных. Приведем пример использования нами гипнотических воздействий, о которых идет речь.

Больной Г., 30 лет, женат, обратился в связи с имеющимися у него сексуальными нарушениями. В процессе обследования ему был поставлен диагноз невроза ожидания неудачи и выявлена акцентуация характера по тревожно-мнительному типу. Помимо этого, оказалось, что супруга ему неверна и это чрезвычайно угнетает пациента. Была вызвана жена больного. Как оказалось, она увлеклась молодым мужчиной, испытывает к нему сильное половое влечение, помышляет оставить мужа и сойтись со своим любовником. Вместе с тем этот мужчина интересуется ею постольку-поскольку и можно сказать, что инициатива их встреч почти полностью исходит от нее. Учитывая этот факт, хорошее отношение мужа к ней (он продолжает ее любить), а также наличие у супругов общего сына, жене пациента было предложено гипнотическое воздействие для ликвидации влечения к любовнику. Она согласилась на это после длительных колебаний и настойчивых уговоров со стороны больного, так как это влечение являлось для нее определенной ценностью, тем более что оно было довольно сильным. Справедливости ради следует отметить, что на это воздействие мы шли не весьма охотно, так как одним из главных показаний к вмешательствам такого рода следует считать желание пациента избавиться от влечения, которое, по его собственному мнению, стало ему в тягость. В данном случае наше воздействие больше несло экспериментальную нагрузку. Вместе с тем поскольку согласие жены больного в конце концов *все* же было получено, мы провели ей гипносуггестивное программирование, направленное как на ликвидацию привязанности, влечения к любовнику, так и на возникновение хорошего отношения к мужу, его привлекательности для нее и чувства любви по отношению к нему. Во время проведения сеанса пациентку удалось погрузить минимум во вторую стадию гипнотического состояния по Форелю. После проведения этого одного сеанса, как выяснилось впоследствии, когда пришел наблюдавшийся нами больной, жена разительно изменила свое поведение в желательную для него сторону. В течение недели она хорошо относилась к мужу, говорила, что любит его, начала хорошо готовить пищу и вообще проявляла по отношению к нему различные знаки внимания. Однако спустя неделю все вернулось на круги своя. Следует отметить, что во время этой благоприятной для пациента недели его сексуальные функции (так же как и общее самочувствие) улучшились, однако после восстановления прежнего психологического климата вновь произошло их ухудшение. Изменилось и поведение супруги во время интимной близости. Так как одним из главных факторов, который «развязывал» ей руки и оправдывал ее измены, была девальвация сексуальных качеств мужа, то во время интимной близости она вела себя манипулятивно. С целью избежать разрядки, чтобы было в чем упрекнуть мужа, она в предварительном периоде не давала себя целовать, так как в этих случаях быстро возбуждалась и «заканчивала» раньше, чем супруг. Запрещая же ему делать это, она добивалась тем самым, что оргазм у нее так и не наступал.

В некоторых случаях сексуальные нарушения являются симптомами, параллельными раздражительности, вспыльчивости, расстройствам сна, общей слабости, повышенной утомляемости и прочим проявлениям<sup>8</sup> невротических или неврозоподобных астенических синдромов, в других невротическая симптоматика осложняет сексуальные расстройства, отражая реакцию личности на заболевание. Когда обстоятельства складываются таким образом, возникает необходимость в коррекции названной несексуальной симптоматики, что само по себе способствует улучшению функциональных характеристик копулятивного цикла. При выполнении этой задачи гипнотерапия может явиться важным компонентом в системе лечебных



мероприятий. В данном случае используются эффекты лечения гипнозом (состояние, в котором находится больной) и лечения в гипнозе (суггестия, направленная на коррекцию невротической или неврозоподобной симптоматики). Для лечебной суггестии могут быть рекомендованы следующие формулы [Кочарян Г. С., 1986].

При повышенной раздражительности можно применять следующие внушения:

«Отныне Вы спокойны и уравновешенны... Спокойны и уравновешенны всегда и везде... На работе, в семейном кругу, на отдыхе Вы всегда спокойны, уравновешенны, невозмутимы...

Спокойствие следует за Вами *повсюду... Спокойствие и уравновешенность* теперь становятся неотъемлемыми чертами Вашего характера».

В случае наличия собственно астенического компонента можно внушать следующее:

«Укрепляется каждая Ваша нервная клеточка, укрепляется вся Ваша нервная система, укрепляется весь Ваш организм... Каждая клеточка Вашего тела во время лечебного сеанса накапливает энергию, запасается энергией... Энергия поступает в Ваш организм, наполняет его, переполняет его... Поэтому теперь Вы всегда бодры, свежи, энергичны...»

При агрипнических расстройствах эффективно применение следующей формулы:

«Улучшается Ваш ночной сон...

Теперь один вид постели, прикосновение *головы к подушке* вызывают дремотное состояние, чувство непреодолимой сонливости... Отныне Вы засыпаете легко и быстро... Ночной сон продолжительный, глубокий, непрерывный... Вы, не просыпаясь, спите до самого утра, а после пробуждения чувствуете себя свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, у Вас приподнятое настроение, которое сохраняется в течение всего дня...».

Несомненная симптоматическая направленность многих приведенных лечебных внушений не снижает их лечебного эффекта. Следует указать, что симптоматическую терапию вообще не следует рассматривать как второсортную. Более того, по нашему мнению, симптоматические воздействия способны опосредованно ослаблять влияние патогенетических факторов и, таким образом, способствовать разрыву порочного круга. Так, указанные воздействия, улучшая конкретные сексуальные характеристики, приводят к росту уверенности в своих возможностях, *что уменьшает или исключает* неблагоприятное влияние фактора тревожного ожидания неудачи и, таким образом, опосредованно оказывает собственно патогенетический лечебный эффект.

Однако гипносуггестивное программирование не всегда ограничивается лишь симптоматическими воздействиями, и тогда в лечебные внушения включаются формулы, непосредственно адресованные различным звеньям патогенеза. Например, повышая уверенность больного с синдромом тревожного ожидания неудачи в его сексуальных возможностях, что целесообразно опосредовать закреплением полученных при обследовании данных об отсутствии органических поражений органов и систем, участвующих в обеспечении половых функций, мы оказываем не симптоматическое, а патогенетическое влияние, так как действуем на более глубокие уровни полового расстройства.

## 5.2. Гипносуггестивное моделирование

Этот метод лечения заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта. Он более сложен, чем гипносуггестивное программирование и требует глубоких знаний психофизиологии полового акта и подробного ознакомления с особенностями реакций пациента во время полового сношения до начала заболевания [Г. С. Кочарян, 1987]. Лечение проводится в виде индивидуальных сеансов, более продолжительных, чем при гипносуггестивном программировании. Помимо этого, при проведении моделирования врачи сталкиваются и с трудностями этического порядка.

Приведем ряд описаний успешного применения гипносуггестивного моделирования при сексуальных расстройствах у женщин.

Richardson (1964) сообщает о выздоровлении 72 из 76 женщин, леченных гипнозом по поводу «сексуальной недостаточности». В случаях аноргазмии пациентке внушались соответствующие галлюцинации: она видела своего мужа, совершала с ним половое сношение. При этом отмечались различные реакции женщин на сексуальную стимуляцию. С помощью суггестии они контролировались вплоть до наступления оргазма.

Интересные данные приводит Kratochvil (1969), который рассматривает возможности применения гипнотерапии при лечении женщин, страдающих снижением либидо и аноргазмией. На основе лечения 5 женщин автор делает вывод о том, что сношение и оргазм в гипнозе могут представлять собой либо галлюцинации, либо разыгрывание роли. Поведение при этом может быть различным. Иногда оно напоминает поведение перед сношением и во время него: пациентка разговаривает с мужем, совершает соответствующие движения руками и телом, в том числе раздвигает бедра, двигает тазом. В других случаях женщина остается неподвижной и только слова, обращенные к супругу, свидетельствуют о ее сексуальных переживаниях. В ряде случаев не отмечалось никаких физиологических реакций, но переживания, обусловленные внушением, все же имели место, что подтверждается ретроспективно. Глубина гипнотического состояния пациенток была различной. Одна из них находилась в сомнамбулической стадии и амнезировала свои переживания. Другая описывала сношение, пережитое в гипнозе, как приятный сон. Три остальные женщины вполне осознавали то, что с ними происходило. Автор указывает, что для проведения этого вида терапии сомнамбулическая стадия является предпочтительной, хотя, по его мнению, и средняя глубина гипноза может давать хорошие результаты. Он отмечает, что потребность в суггестии была у пациенток различной. Если в одних случаях достаточными были обобщенные внушения, то в других возникала необходимость описывать подробности ситуации и нарастание сексуального возбуждения.

Нами [Кочарян Г. С., 1987] для лечения фригидности у женщин наряду с гипносуггестивным программированием применяется и гипносуггестивное моделирование. В ряде случаев возможности обоих методов сочетаются, что дает лучший эффект. Сеансы моделирования или его сочетания с программированием обычно предваряются тщательным расспросом с целью получения сведений об индивидуально-специфических эрогенных зонах пациентки, характеристики адекватных ласк (интенсивность, ритм и последовательность воздействий), диапазоне приемлемости, темпе нарастания сексуального возбуждения в предварительном и основном периодах полового акта и т. п. Все это делается для того, чтобы вербальные воздействия, заменяющие реальные сексуальные побудительные стимулы, в наибольшей мере соответствовали потребностям женщины. Лечебный сеанс при проведении сочетанной методики (программирование+моделирование) имеет следующую структуру: гипнотизация —> гипносуггестивное программирование —> к гипносуггестивное моделирование ----> дегипнотизация. С начала моделирования пациентке внушают, что она находится в обстановке интимного сближения, видит партнера, а его голос, ласки, поцелуи, весь внешний облик доставляют ей большое удовольствие. Затем указывают, что возникает выраженная потребность слиться с партнером в единое целое, чему предшествует суггестия lubricации и нарастания возбуждения. После перехода к основному периоду внушается возникновение свойственных данной пациентке реакций. В ряде случаев мы наблюдаем тазовые движения, являющиеся объективным свидетельством вовлеченности женщины в процесс моделируемого полового акта. С целью контроля уровня полового возбуждения использовалась индикация с помощью указательных пальцев обеих рук пациентки. При готовности женщины к переживанию оргазма она по просьбе врача поднимала указательный палец правой руки, а при необходимости интенсификации возбуждения — левой. Опрос больной о пережитом во время моделирования, в том числе об адекватности суггестивной стимуляции, позволял вносить коррективы в сценарий последующих гипнотических сеансов и достигать при их проведении более полной реализации внушений, вплоть до оргастических переживаний.

При использовании описанной техники, включенной в систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, у страдающих психогенной формой аноргии пациенток с хорошей гипнабельностью были получены положительные результаты.

В основе терапевтического действия гипносуггестивного моделирования, по нашему мнению, лежит функциональный тренинг многоуровневого аппарата сексуального обеспечения, связанный с восстановлением стершихся энграмм и устранением психогенных задержек.

### 5.3. Гипнокатарсис

Этот метод может быть использован для лечения сексуальных расстройств, обусловленных психотравмами. Он был разработан (под названием «катарсис») И. Брейером и З. Фрейдом в конце 19 в. и опубликован в 1895 г. в «*Studien über Hysterie*». С его помощью удавалось устранять симптомы следующим образом. Больного в состоянии гипноза заставляли перенестись в ту ситуацию, в которой у него впервые появился симптом. При этом у пациента возникали воспоминания, мысли и импульсы, выпадавшие до этого из его сознания. Когда больной при появлении аффекта сообщал врачу об этих душевных переживаниях, то симптом ликвидировался безвозвратно [Фрейд З., 1923]. Брейер и Фрейд объяснили этот факт тем, что симптом представляет собой как бы замену подавленных и недостигших сознания психических процессов, т. е. является результатом их превращения (конверсии). Терапевтическое влияние этого метода указанные авторы объяснили изживанием ущемленного аффекта, связанного с подавленными душевными актами («отреагирование»).

Для иллюстрации техники гипнокатарсиса опишем пример его успешного применения Брейером [Фрейд З., 1911]. Это ставшее классическим клиническое наблюдение известно в литературе как случай Анны О. Речь идет о девушке 21 года, очень одаренной, у которой в течение двухлетнего срока заболевания обнаружился целый ряд расстройств, проявляющихся в соматической и психической формах. У нее был правосторонний спастический паралич с отсутствием чувствительности. Одно время такое же поражение отмечалось и в левой руке и ноге. Также имели место различные нарушения зрения, трудности в удержании головы, сильный нервный кашель, отвращение к пище, состояние спутанности и бреда. Несмотря на мучительную жажду в течение нескольких недель, больная не могла пить. Она также утратила способность говорить и понимать речь. Был установлен диагноз истерии. Выяснилось, что пациентка заболела во время ухода за своим горячо любимым отцом, который впоследствии умер. Однако еще до его кончины девушка из-за своего заболевания перестала за ним ухаживать. Было замечено, что больная во время случавшихся с ней состояний психической спутанности бормотала какие-то слова. Брейер после погружения пациентки в гипнотическое состояние повторял ей эти слова, чтобы побудить ее высказать еще что-нибудь на эту тему. Выполняя инструкции врача, девушка в его присутствии восстанавливала те переживания, которые имели место во время состояний спутанности и к которым относились упомянутые отдельные слова. Речь шла о печальных, иногда поэтических фантазиях, снах наяву, которые обычно воспроизводили пребывание пациентки у постели больного отца. Рассказав о таких фантазиях, она, как правило, испытывала облегчение и возвращалась к нормальной душевной жизни. Такое состояние держалось в течение многих часов, но на другой день вновь сменялось новым приступом спутанности, который также прекращался в результате использования описанной выше техники. Следует отметить, что в период заболевания больная говорила и понимала только по-английски. Она назвала примененный по отношению к ней терапевтический метод «*talking cure*» (лечение разговором) и «*chimney sweeping*» (трубочистом). В дальнейшем оказалось, что такое «очищение души» может дать не только кратковременный, но и долгосрочный эффект. Последний достигался в тех случаях, когда воспоминания больной о том, в какой связи и по какому поводу впервые появились определенные симптомы, были аффективно насыщены. Проведя анализ возникновения симптомов у данной пациентки, Брейер пришел к следующим выводам.

Нарушения зрения были связаны с тем, что, сидя у постели больного отца со слезами на глазах, больная слышала его вопрос о том, сколько сейчас времени. Однако она видела циферблат неясно, напрягала свое зрение, подносила часы близко к глазам, вследствие чего циферблат казался очень большим. В происхождении расстройств зрения, по мнению Брейера, сыграло роль и стремление подавить слезы, чтобы отец не видел, как она плачет.

Однажды девушка проснулось ночью в большом страхе за своего отца. Тогда мать и она ждали хирурга из Вены для проведения операции. Мать на некоторое время ушла, а Анна сидела у постели больного, положив правую руку на спинку стула. Впав в состояние грез наяву, она увидела, как со стены к больному ползет черная змея с намерением его укусить. Девушка хотела отогнать животное, но она не смогла этого сделать, так как правая рука, висевшая на спинке стула, потеряла чувствительность. Когда же она посмотрела на эту руку, то ее пальцы предстали в виде маленьких змей с мертвыми головами (ногти). Когда эти галлюцинации прошли, больная, все еще переживая состояние сильного страха, захотела помолиться. Однако она не смогла произнести ни одного слова на каком-нибудь из известных ей языков, пока ей не пришел в голову английский детский стих, что позволило думать и молиться именно на английском языке. При воспоминании этой сцены в гипнозе нивелировалась обездвиженность правой руки.

Летом, когда было очень жарко, больная сильно страдала от жажды, так как не могла пить воду. Когда она брала стакан с водой в руки и прикасалась к нему губами, то тотчас отстраняла его. При этом она в течение нескольких секунд находилась, очевидно, в состоянии спутанности. Мучительная жажда устранялась только фруктами. Спустя шесть недель после возникновения этого симптома, находясь в состоянии гипноза, девушка рассказала о своей компаньонке — англичанке, которую невзлюбила по следующей причине. Однажды Анна вошла в комнату этой компаньонки и увидела, что ее отвратительная маленькая собачка пьет воду из стакана. Тогда пациентка, проявив тактичность, ничего не сказала. После того как, находясь в сумеречном состоянии, она вторично высказала свое отвращение, то потребовала пить и выпила большое количество воды. С тех пор это болезненное явление исчезло.

#### 5.4. Гипноз и вопросы диагностики

Гипнотическое состояние может использоваться не только в лечебных, но и в диагностических целях. Несомненным преимуществом в этом плане обладают его глубокие фазы, позволяющие в большей степени проникать в глубины памяти, недостижимые в состоянии бодрствования. Эти возможности используются в сексопатологии [Wagner G., Green R., 1985].

Так, Н. Veigel (1971) отмечает, что во время гипноза иногда удается обнаружить у больного, например, предсознательные или подсознательные гомосексуальные тенденции, которые препятствуют гетеросексуальному возбуждению. Глубокое зондирование подсознания больного сочетается с угашением отвращения к гетеросексуальным отношениям. Могут быть использованы и возможности возрастной регрессии, что позволяет «провести» пациента, находящегося в гипнотическом состоянии, через те из его жизненных ситуаций, во время которых столкновения с наготой или проявлениями сексуальности вызвали у него чувство страха, боязнь наказания или ощущение вины. Диагностические данные, полученные таким образом, интерпретируются с лечебной целью.

Н. Deabler (1976) сообщает о случае, когда больному с нарушением эрекции в состоянии гипноза предложили представить себя в сексуальной ситуации со своей женой. Используя идеомоторную технику, была установлена связь с воображаемыми образами, по-видимому, возникающими у больного в связи с его сексуальным поведением. Были установлены индикаторы угнетения половой активности и выявлены некоторые сознательные факторы, а также обнаружены три слоя факторов подсознания, оказывающих угнетающее воздействие на половую функцию. Первый слой — яркие воспоминания о наказании за мастурбацию, которое налагалось на него матерью. Второй — ранние юношеские воспоминания о том, как мать рьяно прививала взгляды о порочности половой жизни и строго предостерегала, чтобы он избегал девушек. Третьим слоем был подавленный образ памяти, как он, будучи юношей, во время мастурбации мысленно представлял свою мать обнаженной. Следует отметить, что между его женой и матерью было очень близкое физическое сходство. Диагностический материал, полученный таким путем, был использован для построения лечебной программы гипносуггестивных воздействий. В результате удалось уменьшить страх и тревогу больного относительно сексуальных проблем. Ему внушался положительный взгляд на вопросы пола и хорошее отношение к жене. Также было проведено разделение образов жены и матери. Все это привело к ликвидации сексуальных нарушений.

## 5.5. Возможности гипнотического метода

Как известно, у некоторых врачей гипнотические воздействия, часто проводящиеся в форме гипносуггестивного программирования, вызывают ощущение некоторой монотонности, а поэтому сопряжены с элементами скуки и ностальгией по разнообразию. При проведении гипносуггестии в указанном варианте гипнотизация и дегипнотизация, как правило, проводятся довольно шаблонно, а формулы лечебных внушений нередко представлены определенными заготовками, персистирующими от одного подобного случая к другому. Также не всегда удается погрузить пациента в гипнотическое состояние. Часто это однако происходит, но глубина транса и получаемый эффект отличаются по своей интенсивности, а достигнутые результаты неоднозначны по своей стойкости. Все это трудно прогнозировать. Вышеперечисленное явилось аргументом, побудившим З. Фрейда (1989) отказаться от гипноза. Вместе с тем уместно отметить, что когда он начал создавать психоанализ, еще не существовал высокоэффективный метод гипнотического воздействия, разработанный Милтоном Эриксоном [J. Grinder, R. Bandler, 1981]. Этот метод характеризуется тем, что между психотерапевтом и врачом устанавливается эффективная обратная связь, позволяющая тщательно индивидуализировать воздействия и достигать

недостижимых при ранее применявшейся малоиндивидуализированной или вовсе неиндивидуализированной технике результатов. Эффективность в установлении обратной связи достигается за счет подстройки врача к больному и «отзеркаливания» его текущих физиологических реакций.

Поскольку в нашу задачу не входит подробное изложение метода эриксоновского гипноза, для иллюстрации его возможностей приведем лишь некоторые высказывания Д. Гриндера и Р. Бэндлера, которые сообщают, что эстрадный гипнотизер выбирает обычно из аудитории человек двадцать и дает им несколько приказов, а затем отбирает из них наиболее послушных (гипнабельных). Однако это вовсе не свидетельствует о мастерстве, так как представляет собой статистический подход к гипнозу. Следует научить психотерапевтов видеть, как реагирует человек на внушение, для того, чтобы иметь возможность изменять свое собственное поведение, тем самым предоставив пациенту контекст, в котором он может реагировать полезным для лечебного процесса образом. Научившись этому, врач сможет перевести кого угодно в измененное состояние, в котором можно внушить все, что необходимо. Люди с большой легкостью реагируют, находясь в состоянии, которое гипнотизеры называют раппортом. Последний же следует строить, соизмеряя свое поведение с поведением пациента. Раппорта невозможно достичь, если психотерапевт говорит быстрее, чем больной может слушать. Его не удастся установить и в том случае, если говорить об ощущениях тогда, когда человек видит зрительные образы. Но если приспособить темп речи к частоте дыхания больного, а также «отзеркаливать» другие его физиологические проявления и говорить с ним о том, что на самом деле должно быть или действительно происходит, тогда можно установить хороший раппорт.

**НАРКОПСИХОТЕРАПИЯ**

Этот метод лечения применяется для лечения сексуальных расстройств не так часто, о чем, в частности, свидетельствует анализ работ, представленных в материалах отечественных сексологических конференций. Это обстоятельство, по-видимому, может быть объяснено тем, что одним из показаний к проведению наркопсихотерапии является пониженная внушаемость и плохая гипнабельность больных. М. Э. Телешевская (1969), которая является пионером разработки и широкого практического применения этого метода лечения в нашей стране, к одному из показаний применения наркопсихотерапии относит системный сексуальный невроз. Автор выделяет следующие методические приемы ее использования: внушение на фоне кратковременного или же неполного гексеналового наркоза, наркогипноз, гипнонаркоз, многократные внутривенные вливания гексенала, а также комбинированную наркопсихотерапию. Не останавливаясь на характеристике каждого из перечисленных приемов, укажем лишь, что при проведении наркопсихотерапии в качестве наркотизирующих средств часто используются гексенал, пентотал, амитал-натрий и др. (взрослым здоровым лицам вводят гексенал или его аналоги в 10% растворе со скоростью не более 1 мл/мин, что контролируется секундомером, в дозе от 0,5 до 2—3 мл). Противопоказанием к проведению наркопсихотерапии служат гепатит, цирроз печени, сердечно-сосудистые расстройства. В процессе наркопсихотерапии в зависимости от дозы введенного барбитурата и индивидуальной чувствительности пациента могут развиваться следующие стадии: понижение общей активности и инициативы, эмоциональные сдвиги, измененное сознание, поверхностный сон и более глубокий наркоз [Телешевская М. Е., 1979]. Последняя стадия для психотерапевтических целей не используется, так как в ней теряется возможность контакта с больным.

Помимо барбитуратов, для наркопсихотерапии используется закись азота, которая, обладая эйфоризирующим, адаптивным, анксиолитическим, анальгезирующим, релаксирующим и вегетотропным действием, способствует оптимизации психотерапевтического процесса [Мировский К. И., 1968; Лебединский М. С., Островский Б. П., 1978; Подкорытов В. С., 1978]. Описано применение этого вещества для наркопсихотерапии и при лечении затяжных, малокурабельных психогенных сексуальных расстройств [Осипов Е. П. и др., 1982]: сеансы продолжительностью 5—10 мин проводились 3 раза в неделю; курс лечения состоял из 10—12 сеансов. Были выделены следующие этапы психотерапевтического воздействия: 1) информационно-разъяснительный с психологической настройкой пациента на данный метод лечения; 2) повышения суггестивности в тормозном состоянии (снятие внутренней напряженности, тревожности, фобий, устранение фиксации на болезненных проявлениях); 3) «разрыхления» патологической доминанты и дезактуализации болезненных переживаний; 4) индивидуально подобранных, целенаправленных внушений, проводимых после прекращения ингаляции закиси азота с целью коррекции отношения личности к патогенной ситуации.

Из 23 больных, которым сеансы психотерапии проводились на фоне закиси азота, у 11 наступило выздоровление, у 7 — значительное улучшение, у 4 — улучшение. Положительный эффект не был отмечен только в одном случае.

**АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА**

Аутогенная тренировка (АТ) — психотерапевтический метод, позволяющий с помощью специальных упражнений научиться управлять рядом вегетативных и психических функций. Создателем АТ является немецкий психотерапевт Иоганнес Генрих Шульц, который предложил термин «аутогенная тренировка» и опубликовал монографию «Das Autogene Training» (1932).

В. С. Лобзин и М. М. Решетников (1986) отмечают, что, рассматривая аутогенную тренировку как синтетический метод, можно выделить пять основных источников, на основе которых она формировалась: практика использования самовнушения представителями так называемой малой нансийской школы (E. Coue', Ch. Baudouin); древнеиндийская система йогов; исследования ощущений людей при гипнотическом внушении (работы Шульца); патофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций (E. Jacobson); разъясняющая психотерапия. Классическая система АТ Шульца состоит из 2 ступеней: низшей и высшей. Низшая ступень включает 6 упражнений («тяжесть в конечностях», «тепло в конечностях», «овладение ритмом сердечной деятельности», «регуляция ритма дыхания», «ощущение тепла в эпигастральной области»; «ощущение прохлады в области лба»). Высшая ступень носит название аутогенной медитации и состоит из 7 упражнений. Если задачей низшей ступени АТ является овладение способностью контролировать свои вегетативные функции, то задачей высшей ступени — функции психические. Обычно с лечебной целью используется низшая ступень АТ, однако иногда применяются и элементы высшей ступени. Все существующие методики АТ, в том числе и используемые для лечения сексуальных расстройств, являются модификациями ее классического варианта, предложенного Шульцем.

Первые попытки использования АТ для лечения сексуальных расстройств у мужчин предпринимались еще в 30-х годах. И. Шульц с помощью упражнений первой ступени купировал у больных страх и неуверенность в возможности совершить половой акт, а также устранял преждевременную эякуляцию [И. М. Перекрестов, Р. И. Перекрестов, 1974].

АТ при лечении сексуальных расстройств, как правило, является лишь одним из компонентов комплекса терапевтических мероприятий. Обычно занятия АТ врач проводит с группой пациентов, иногда индивидуально.

Об успешном проведении АТ при сексуальных расстройствах сообщают как отечественные [Иванов Н. В., 1960; Ромен С. А., 1963; Либих С. С., 1967; Беляев Г. С., 1969; Свядош А. М., 1971, и др.], так и зарубежные [Wцlpe L., 1958; Luthe W., Schultz I., 1969] авторы. С. С. Либих (1967) подчеркивает, что можно выделить три основных направления применения АТ для лечения сексуальных расстройств. Одно из них — коррекция конкретных сексологических симптомов (специальная АТ). Второе направление (общая АТ) предусматривает воздействие на сопутствующие сексуальному расстройству явления или вызывающие его причины (тревогу, страх, ожидание неудачи, нарушения сна, ипохондрические фиксации, боли и т. д.) с целью их смягчения или ликвидации. Третье направление — использование АТ в качестве основы для других видов психотерапии (гипноза, систематического лечебного самовнушения). При проведении специальной АТ специфические упражнения, воздействующие на сексологическую симптоматику, осваиваются после упражнений, направленных на вызывание тяжести и тепла в конечностях, тепла в области солнечного сплетения, и промежуточных упражнений (тепло в животе, расслабление мышц живота и промежности). Таким образом, к выполнению специальных упражнений больные приступают не ранее чем через 2— 2,5 месяца после начала общей тренировки.

Остановимся на применении АТ при различных вариантах сексуальных расстройств у мужчин и женщин.

## 7.1. Аутогенная тренировка при сексуальных расстройствах у мужчин

Углубленному изучению применения АТ в комплексном лечении расстройств мужской потенции были посвящены исследования В. В. Андрианова (1968, 1969, 1972, 1974). Это были нарушения, обусловленные невротами, психопатиями, невротоподобными состояниями и патологическими развитиями на органической основе. На протяжении всего курса терапии АТ использовалась в сочетании с другими видами психотерапевтического воздействия: индивидуальными психотерапевтическими беседами, групповыми тематическими беседами, так называемой психоортопедической работой с женами больных, функциональной тренировкой. Последняя была представлена половыми сношениями или «истинными» попытками к ним (напомним, что «ложная» попытка отличается от «истинной» тем, что первая заканчивается на ранних этапах отказом от коитуса из-за прогнозируемой неудачи, а вторая предполагает предпринятое, но неудавшееся сношение) [Лившиц О. З., Васильченко Г. С., 1968]. В основу общего курса примененной автором методики АТ была положена модификация АТ М. С. Лебединского и Т. Л. Бортник, состоящая из 5 упражнений: «спокойствие», «мышечное расслабление», «тепло в конечностях», «тепло в области солнечного сплетения», «расслабленность мышц лица и прохлада в области лба». Каждое упражнение осваивалось в течение недели. Таким образом, продолжительность общего курса АТ составляла 5 нед. После освоения общего курса переходили к усвоению специального, который по продолжительности был равен общему. Каждый сеанс специального курса включал аутогенное погружение; саморегуляцию состояния перед моделируемым половым сношением (применялись активирующие формулы мотивированного самовнушения, самоубеждения, самоутверждения); репрезентативно-сюжетную тренировку, моделирующую успешно протекающий половой акт (использовались формулы, влияющие на эмоциональное состояние и регионарную вегетативную реактивность); повторную психофизиологическую релаксацию; физическую и психическую активацию. Таким образом, на этапе специального курса АТ применялись элементы еще 2 модификаций АТ, а именно Г. С. Беляева и К. И. Мировского [Панов А. Г. и др., 1980]. На этапе освоения основного курса занятия АТ проводились амбулаторно 2 раза в неделю по 25—30 мин. Самостоятельно больные тренировались 1—2 раза в неделю с применением сокращенных формул. Во время функциональных тренировок использовались наиболее актуальные, дифференцированные для каждого больного «личные» формулы.

Приведем примерную «рецептуру» сеанса (с некоторыми редакционными изменениями), рекомендуемую В. В. Андриановым на этапе освоения специального курса.

«Занять положение для аутогенной тренировки. Руки на бедрах, плечи опущены, вы настроились на занятие.  
Я совершенно спокоен...  
Меня ничего не тревожит...  
Мои руки совсем расслаблены...  
Мое тело совсем расслаблено...  
Мои руки очень теплые...  
Мои ноги очень теплые...  
Мои руки и ноги очень теплые...  
С каждой тренировкой я становлюсь спокойнее, увереннее держу себя...  
Крепнет моя воля, нарастает вера в свои силы, улучшаются настроение и самочувствие...  
Уверен в успехе предстоящей близости...  
Нарастает желание к женщине...  
Ее образ вызывает желание, приятно волнует меня...  
Ее обнаженное тело, ее формы и ласки доставляют удовольствие и наслаждение...  
Мое солнечное сплетение излучает тепло...  
Приятное тепло растекается по всему животу...  
Тепло нарастает волнами...  
Приятное тепло распространяется на лобок, промежность...  
Тепло струится, наполняет и напрягает член...



Член увеличивается, становится твердым и теплым...  
Кровь пульсирует ровно и часто...  
Чем ближе сношение, тем я увереннее...  
Ее стремление ко мне доставляет радость и успокаивает меня...  
Я сильный и желанный для нее...  
Я источник ее восторга и наслаждения...  
Половой акт идет успешно...  
Возбуждение нарастает медленно и постепенно...  
Я могу владеть собой, могу регулировать уровень полового возбуждения...  
Тепло ее тела, ее движения и ласки доставляют удовольствие, успокаивают...  
Я без усилий отвлекаюсь...  
До конца еще далеко...  
Акт будет продолжительным и успешным...  
Мы оба счастливы...  
Акт прошел нормально...  
Я совершенно спокоен...  
Лечебный отдых все глубже и глубже...  
Дыхание ровное, спокойное...  
Сердце работает ровно, спокойно...  
Расслабляются мышцы...  
Расслабляется лицо, расслабляются конечности...  
Приятное тепло в ногах и внизу живота...  
Живот теплый и расслабленный...  
С каждой тренировки я становлюсь спокойнее и увереннее...  
Нарастает бодрость...  
Прохлада мой лоб...  
Меня наполняет чувство глубокого покоя...  
Спокойствие окутывает меня...  
Я совершенно спокоен...  
А сейчас сделайте глубокий вдох, поднимите руки и выдохните, опустив руки.  
Вы уверены и спокойны. Сеанс окончен!»

В процессе лечения автор отметил последовательное возникновение седативного (через 5—7 сеансов), седативно-активирующего (в конце первого — начале второго месяца основного курса АТ), системно-тонизирующего (к концу основного курса лечения) эффектов. Седативный эффект выражался в редукации нервозности, улучшении сна, уменьшении ипохондрических и агрипнических нарушений, появлении веры в выздоровление. Седативно-активирующий эффект проявлялся повышенной физической и психической активностью, подчас сопровождающихся легкой эйфорией. Системно-тонизирующий эффект проявлялся улучшением сексуальных параметров: усиливалось либидо, улучшались эрекции, увеличивалась продолжительность полового акта, устанавливался оптимальный ритм половых сношений, больные приобретали способность активно преодолевать возникшие перед половой близостью волнение, неуверенность, страх. Автор указывает, что улучшение половых функций в результате применения АТ являлось результатом как редукации ведущей психопатологической симптоматики неврозов, декомпенсированных психопатий и других пограничных состояний, так и приобретенной на заключительных этапах способности избирательно воздействовать на либидо, эрекцию, продолжительность полового акта. В результате проведенного лечения (помимо комплекса психотерапевтических мероприятий, с самого начала применялись фармако- и физиотерапия) выздоровление наступило у 46%, а улучшение различной степени — у 32% пациентов. Большой эффект был получен при сексуальных расстройствах, обусловленных неврастенией и невротическими развитиями личности, меньший — при психопатиях, неврозоподобных состояниях и патологических развитиях личности на органической основе.

Г. С. Беляев (1969) применял АТ для лечения мужчин с психогенными сексуальными расстройствами, проявляющимися недостаточностью эрекций. По спорному, на наш взгляд, мнению автора, создание специализированных групп больных сексологического профиля нецелесообразно, так как это приводит к возникновению у пациентов своеобразного негативизма. Они уклоняются от посещения психотерапевтической группы, где каждый знает о заболевании другого. Результатом

этого является высокий отсев в группах, достигающий 60—70%. Поэтому больные с сексуальными расстройствами включались в общие группы, тренирующиеся по программе АТ первой (низшей) ступени (АТ-1). Уже на первых этапах такого лечения было отмечено, что лечебный эффект не ограничивается устранением или смягчением общенекротических симптомов. Осваивая стандартные упражнения АТ-1, большинство больных получали возможность самостоятельно вызывать у себя локальное тепло в ногах, нижних отделах живота и гениталиях. Это служило своеобразной лечебной подсказкой и имело большое психотерапевтическое значение. На этой основе в последующем у пациентов возникала возможность произвольной регуляции эрекции без эротических представлений, что создавало лечебную перспективу даже в тех случаях, когда во время коитуса эрекция оставалась недостаточной. В дальнейшем адекватная эрекция усиливалась формулами общей релаксации, локального тепла, самоутверждения, «сюжетного» воображения, составляющими «комплексный курс». Активную роль на этом этапе лечения играла жена больного, ободряя и стимулируя его.

Схема предложенного автором лечения состоит из трех этапов:

**Первый этап.** Стандартные упражнения АТ-1 осваиваются в общей двуполой группе (продолжительность 8—10 нед). Индивидуальная психотерапия состоит в ободрении и разъяснении. Обязательны подготовительные психогигиенические беседы с женами больных. Супругам рекомендуется половое воздержание. Параллельно проводится общеукрепляющая лекарственная терапия.

**Второй этап** начинается после возникновения у больного «управляемой» эрекции без эротических представлений. Предлагаются упражнения комплексного курса (см. выше), назначаемые индивидуально. У больных обычно спонтанно возникают эротические представления. Психотерапевт их «не замечает». Занятия в общей группе АТ-1 продолжаются. Режим воздержания формально не отменен, однако жена больного, предупрежденная врачом, провоцирует супруга на нарушение этого режима. Назначается также стимулирующая лекарственная терапия.

**Третий этап** начинается с нарушения больным режима полового воздержания (формально — вопреки рекомендациям врача). Дальнейшее лечение сводится к созданию с помощью жены пациента оптимальной сексуальной ситуации. Супруга, психологически подготовленная врачом, должна тактично ободрять больного. На этом этапе обязательны самостоятельные тренировки пациента по программе АТ-1.

О хорошей эффективности АТ при сексуальных расстройствах сообщает К. И. Мировский (1972), на основе опыта лечения 59 мужчин, страдавших психогенной импотенцией. Полное восстановление половой функции было достигнуто у 18 пациентов, а улучшение — у 31. Использовались элементы классического варианта АТ, прогрессивной мышечной релаксации по Джейкобсону [Святош А. М., 1982], АТ в модификации Х. Клейнзорге и Г. Ключмбиеса (1965). Занятия состояли из общего и специального курсов. Целью общего курса было обучить больных успокаиваться и расслабляться.

Включались также формулы, направленные на программирование спокойствия и уравновешенности, укрепление нервной системы и всего организма.

Для проведения сеансов общего курса автор рекомендует следующие формулы:

«Я целиком спокойный, очень спокойный...  
Спокойное, расслабленное все мое тело...  
Меня окружает только покой...  
(«маска релаксации», сонное дыхание)  
Мышцы тела расслаблены...  
Челюсть вяло отвисает...  
Язык расслабленный и тяжелый...  
Руки вялые, расслабленные, тяжелые...  
Руки наливаются приятным теплом...  
Ноги вялые, расслабленные, пассивные...  
Приятное тепло наливается в обе ноги...  
(«маска релаксации», сонное дыхание)  
Я спокоен в любой обстановке...

Мои реакции на все происходящее спокойные...  
В любой ситуации, с любым человеком...  
Я уравновешенный и спокойный...  
С каждым днем я чувствую себя все лучше (3 раза)...  
Укрепляется организм, укрепляется нервная система...  
(«маска релаксации», сонное дыхание)  
Я полностью спокойный»... и т. д.

После освоения общего курса проводился курс направленной органотренировки, каждое занятие которого происходило после значительно сокращенных во времени упражнений общего курса, что достигалось благодаря хорошей тренированности.

Для специального курса К. И. Мировский рекомендовал использовать примерно следующие внушения:

«Солнечное сплетение излучает тепло...  
Приятное тепло опускается вниз живота...  
Тепло нарастает внизу живота...  
Тепло концентрируется над лобком...  
Тепло стимулирует эрекцию...  
Прилив тепла восстанавливает функцию»... и т. д.

П. И. Загородный (1972) широко использовал АТ для лечения сексуальных расстройств у мужчин при неврозах. Кроме первых двух упражнений АТ («тяжесть» и «тепло» в конечностях), приведших, по наблюдению автора, к успокоению больных, улучшению сна и уменьшению фиксации на половой сфере, он рекомендовал обучать пациентов регуляции тонуса симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы. Для воздействия на симпатический отдел рекомендовалось на фоне релаксации проведение самовнушений, направленных на урежение или учащение сердцебиений. Воздействие на парасимпатический отдел осуществлялось посредством самовнушения, направленного на усиление или ослабление деятельности кишечника. В отличие от В. В. Андрианова, К. И. Мировского и других авторов П. И. Загородный указывает, что «иногда самовнушение чувства холода в нижней части живота, проведенное на фоне релаксации, заметно улучшает адекватные эрекции» [Загородный П. И., 1970]. Для того чтобы снизить бурную эмоциональную и вегетативную реакцию на половую близость, П. И. Загородный рекомендовал начинать предварительный период полового акта на фоне легкой релаксации и общего успокоения. Это приводило к ликвидации сексуальных нарушений, проявляющихся в ослаблении адекватных эрекций и эякуляции *antae portas*.

Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, А. Т. Филатов (1978) отмечают, что АТ при лечении сексуальных расстройств должна состоять из трех этапов. На первом из них осваиваются 6 стандартных упражнений первой ступени АТ по Шульцу («тяжесть», «тепло», «спокойный ритм сердечной деятельности», «спокойный ритм дыхания», «тепло в эпигастральной области», «прохлада в области лба»). После освоения первого этапа переходят ко второму, на котором после быстрой реализации всех указанных упражнений используют формулы, направленные на вызывание тепла внизу живота и в области крестца. Когда пациент приобретает способность легко вызывать эти ощущения, можно переходить к следующему этапу. На третьем этапе к ранее использованным формулам самовнушения добавляются формулы, направленные на коррекцию имеющихся клинических сексопатологических проявлений и вторичных невротических реакций, которые могут использоваться в адекватных сочетаниях. Авторы приводят примерный перечень возможных формул: «Я могу владеть собой в любых условиях...», «Я уверен в себе...<sup>58</sup>», «Я желаю половой близости с...», «Эрекция моего полового члена возникает быстро, она полноценна и стойка...», «Половой акт продолжителен...», «При семяизвержении я испытываю очень приятные ощущения...» и т. п.

Успешно применял АТ для лечения сексуальных расстройств в комплексе с другими психотерапевтическими методами Я. Г. Голанд (1973). С этой целью он использовал «образную тренировку» («образное самовнушение»), имеющую

определенное сходство со 2-й ступенью АТ по Шульцу. Эта тренировка проводилась в состоянии релаксации. Пациент вызывал у себя представление зримых, видимых внутренним зрением образов, находящихся в движении. Одновременно давались словесные команды, «направленные на усиление эмоциональности восприятия данных образов». Указанная тренировка носила характер «специальной» (напомним, что «специальная» АТ по С.С. Либиху в приложении к сексуальным расстройствам непосредственно направлена на восстановление регуляции нарушенных половых функций). Обучение «образным тренировкам» проводилось в гипнотическом состоянии. Пациенту внушали, что «сейчас он будет видеть ту или иную ситуацию, участвовать в ней и развивать ее по собственному желанию». Таким образом, задавался только сюжет и направление его развития. Конкретные детали развития сюжета, а также формулы сопровождающих внушений являлись результатом творчества самого пациента. Самостоятельные занятия проводились не менее 1 раза в день непосредственно перед сном.

А. М. Свядош (1971), сообщая о лечебном применении АТ при слабости эрекций психогенного генеза, рекомендует использовать следующие лечебные самовнушения: «Я спокоен и уверен, уверен» (больному объясняют, что речь идет об уверенности при интимной близости), «Член теплый, теплый... наливается, увеличивается, растет». При этом автор рекомендует вызывать образные представления эрекции, а также наиболее значимые для пациента представления эротического характера. При тревожном ожидании неудачи А. М. Свядош советует следующее самовнушение: «Я спокоен, спокоен и уверен... Все будет хорошо... Все придет само собой... Член сам увеличится, станет большим, твердым...». При преждевременном семяизвержении автор рекомендует самовнушения, направленные на достижение состояния покоя и нечувствительности члена во время фрикций («...он как деревянный... Двигается, не ощущая влаги...»).

Б. Н. Колобанов (1974) использовал АТ для лечения мужчин с психогенными сексуальными расстройствами. В течение курса лечения пациентам предлагался определенный сексуальный режим, состоящий из 4 этапов: этапа полового воздержания с пребыванием супругов в различных постелях; этапа полового воздержания в общей постели; этапа полового воздержания с включением совместных ласк; этапа, разрешающего половую близость.

Во время первого занятия АТ с врачом осваивалось первое упражнение, направленное на достижение тяжести и расслабленности: «Я удобно устроился и закрыл глаза... мне безразлично все окружающее... все мое тело обмякло... расслабились мышцы лица... расправились складки лица... веки сомкнулись под собственной тяжестью... взор фиксирован ниже кончика носа... нижняя челюсть стала тяжелой, она отвисла... язык лежит во рту спокойно... мое дыхание свободное, ровное, ритмичное... моя правая рука расслаблена (в каждом конкретном случае может быть и левая рука, правая и левая нога, грудь и т. п., в зависимости от того, где пациент «уловил» ощущение расслабления мышц) ...она отяжелела... тяжелеет все больше и больше... правая рука увеличивается в размерах... становится толще... она все сильнее и сильнее давит на подлокотник (бедро, постель)... моя правая рука тяжелее левой... вместе с этим мое дыхание свободное, ровное, ритмичное...» и т. д., вплоть до расслабления мышц всего тела.

На следующем сеансе АТ на первое упражнение наслаивается второе: «Все мои мышцы расслаблены... я чувствую приятное тепло в области спины (в других случаях может быть живот, грудь, правая рука, кисть и т. п.)... тепло усиливается... я отчетливо чувствую тепло, согревающее спину... тепло начинает растекаться на соседние участки тела... тепло, словно масляное пятно, растекается все дальше и дальше... мое дыхание спокойное, ровное, ритмичное... приятное тепло проникает в глубь тела... волна тепла движется по туловищу... тепло согревает грудь... тепло пропитывает каждый участок тела» и т. д., вплоть до потепления всего тела.

Заканчиваются тренировки следующими самовнушениями: «Все мои мышцы расслаблены... приятное тепло окутывает все тело... дышится легко, спокойно, ритмично... вместе с этим мне приятно и легко отдыхать... я словно в невесомости... приятная истома овладела телом... все в геле затихло и успокоилось... на душе покой... я совершенно спокоен...» При реализации этих самовнушений добиваются состояния эмоционального комфорта, что в последующем, по мнению автора, служит основой для реализации мотивированных самовнушений.

Систематические индивидуальные тренировки по 2—4 раза в день позволяют усвоить первое и второе упражнения АТ в течение 1—3 нед. Для достижения же самовнушенного комфорта требуется 3—5 нед.

Освоение описанных упражнений и реализация самовнушенного эмоционального комфорта по времени совпадают с первым этапом сексуального режима (половое возбуждение с пребыванием супругов в различных постелях). За это время, как правило, значительно улучшается самочувствие больных.

После того как пациент освоил оба упражнения АТ и научился вызывать в нужный момент состояние комфорта, ему рекомендуется совместная с женой постель, однако без возбуждающих ласк и тем более без попыток к совершению полового акта (второй этап сексуального режима). Его задача — научиться в этой ситуации управлять своим эмоциональным состоянием, быть спокойным, предупреждать появление страха и тревожного ожидания неудачи. Выполняя описанный половой режим, пациент добивается реализации самовнушенного комфорта, а далее применяет следующую аутосуггестию: «Я чувствую себя спокойным, уравновешенным... мое дыхание ровное, ритмичное... лежа с женой, я чувствую лишь нежность без страха и тревожного ожидания... все идет спокойно и благополучно... все протекает автоматически без усилий и напряжений... я спокоен и уверен в себе... все органы моего тела работают правильно... приятно ощущать здоровое тело...».

Освоив задачи, связанные со вторым этапом сексуального режима, пациент приступает к решению задач третьего этапа (половое воздержание с включением совместных ласк). Для преодоления тревожных опасений в «решительную минуту» рекомендовалось применять императивные самовнушения ободряющего характера: «Я чувствую себя хорошо... все органы и системы моего тела работают правильно... я уверен в себе... я умею управлять своими чувствами... я убежден в благополучном исходе... я совершенно здоровый человек... я уже убедился в нормальной работе моих органов... все протекает автоматически... приятно сознавать, что все стало на свое место... я чувствую, что у нас все будет хорошо...».

Переходя к четвертому этапу сексуального режима, допускающему половые контакты, пациент использовал мотивированные самовнушения эротизирующего характера: «Я чувствую приятный, теплый запах чистого женского тела... мне приятно ласкаться... я чувствую каждый участок милого человека... меня охватывает приятная возбуждающая дрожь... легкий холодок пробежал по телу... мои ощущения обострились... малейшее прикосновение женского тела приятно возбуждает... я чувствую себя хорошо... думаю только о женщине... по спине прошло легкое познабливание, как будто приятный освежающий дождь... мои нервы, как натянутые струны... все готово... я с тобой...».

Рекомендуя на каждом этапе лечения мотивированные самовнушения, автор избегал подсказывать больным формулы, непосредственно мобилизирующие возникновение эрекции, так как, по его мнению, подобные формулировки вызывают ассоциативно связанные с ними сомнения. Он старался подсказать такие самовнушения, которые бы максимально предрасполагали к интимной близости. Поэтому большинством пациентов возникновение эрекции воспринималось как произвольный акт.

Использование АТ в комплексе психотерапевтических воздействий позволило получить у данного контингента больных высокий лечебный эффект. Так, у 33 пациентов (82,5%) из 40 наступило полное выздоровление, а у 4 (10%) возникло улучшение. Эффект отсутствовал лишь в 3 случаях (7,5%). Автор связал его с негативной позицией жен, не позволившей создать благоприятную сексуальную ситуацию.

Б. М. Дубравский (1982) сообщает об успешном использовании интенсифицированного курса АТ при сексуальных расстройствах, включающих явления коитофобии, у мужчин. Весь курс состоял из 3 этапов. На первом этапе продолжительностью в 1,5—2 нед проводились самовнушения, соответствующие модификации АТ, предложенной А. С. Роменом (1966). Помимо этого, с целью более глубокого аутогенного погружения и быстрой реализации всех упражнений I ступени АТ, автор применял гетеросуггестивное подкрепление, предусматривающее использование формул «образного содержания». Это позволило ему отметить реализацию формул первой ступени АТ у 80—90% больных спустя 4—5 занятий. Второй этап (2—2,5 нед) предусматривал включение лечебных формул, направленных на решение следующих задач:

- 1) устранение явлений коитофобии («Я спокоен», «Уверен в успехе предстоящей близости» и т. п.);

- 2) преодоление явлений отрицательного эмоционального настроя к женщине («С женщиной чувствую себя легко и непринужденно», «С ней мне спокойно и приятно» и т. п.);
- 3) формирование желания к общению, стремления к ласкам («Я всегда стремлюсь к общению с женщиной», «Вид ее мне приятен, вызывает желание ласкать ее», «Наслаждаюсь ее присутствием» и т. п.);
- 4) восстановление нормальной интенсивности полового влечения, нарушенного в той или иной степени в связи с наличием явлений коитофобии («Ласки, объятия, поцелуи и даже вид партнерши вызывают половое влечение и возбуждение» и т. п.);
- 5) погашение фиксации внимания на состоянии полового органа путем формирования доминантного состояния «захваченности» сексуальным партнером («Я весь охвачен женщиной» и т. п.);
- 6) обеспечение нормальной эрекции в обстановке интимной близости («При ласках с женщиной независимо от моего сознания всегда легко возникает напряжение полового члена»). Кроме этого, на описываемом этапе больной обучался спокойному, уверенному поведению в момент интроитуса. Ускоренное обучение на этом этапе, как и на предыдущем, достигалось за счет использования гетеросуггестии.

На третьем этапе на фоне аутогенного погружения проводились гетеросуггестивные воздействия, которые строились с учетом данных, полученных при индивидуальных беседах. Общая продолжительность курса АТ составляла 1,5 (редко 2) мес.

По нашему мнению, включение АТ в систему лечения сексуальных расстройств предполагает: 1) возможность психотерапевтического воздействия на эмоциональное состояние накануне и во время интимной близости; 2) возможность психотерапевтической коррекции отдельных сексологических симптомов или их сочетаний, а также сопутствующих сексуальному расстройству нарушений и вызывающих его причин; 3) постепенное приобретение пациентом психотерапевтической автономии; 4) переход на качественно новый режим саморегуляции, когда нежелательный до этого самоконтроль в результате тренинга включается в механизмы совладания или компенсации, а следовательно, приобретает новый, конструктивный характер.

Для коррекции сексуальных нарушений используют возможности низшей и высшей ступеней АТ, а также программирование и моделирование. С целью ускорения освоения АТ применяется гипносуггестия, а для более быстрого достижения конечного результата из программы иногда исключаются некоторые упражнения АТ, что оправдывается целями направленной органотренировки (целесообразно, очевидно, говорить о системной тренировке). Нами разработан ускоренный вариант АТ для лечения сексуальных расстройств у мужчин [Кочарян Г. С., 1987, 1988, 1991]. Необходимость в нем обусловлена тем, что существующие модификации АТ для воздействия на сексуальную сферу чрезвычайно емки по времени освоения. Это часто порождает пессимизм в плане принятия решения о необходимости использования указанного метода, так как в значительном числе случаев можно прогнозировать выздоровление пациента до момента освоения всего комплекса рекомендуемых упражнений. Поэтому нередко вопрос о применении АТ с лечебной целью снимается и диапазон ее использования значительно ограничивается. Эффект ускорения в предлагаемой модификации АТ достигается за счет следующих факторов: включение в осваиваемый комплекс только тех упражнений, которые необходимы для достижения поставленной цели (АТ строится по типу направленной системной тренировки); использование гетеросуггестии при гетеротренинге вследствие применения подтекста с произнесением слов вполголоса; стимуляция пациенток к запоминанию возникших у них при выполнении упражнений ощущений, так как использование приемов сенсорной репродукции ускоряет обучение; применение при гетеро- и ауто-суггестии стереотипных, легко запоминающихся формул. Автор рекомендует начинать АТ с усвоения первого упражнения, применяя суггестию, непосредственно направленную на достижение расслабленности в мышцах лица, конечностей и туловища. Это упражнение является базовым, так как именно после его выполнения создаются благоприятные условия для усвоения последующих. Затем переходят к освоению упражнения «Тепло в области солнечного сплетения, струящееся вниз живота — к лобку и корню члена». Непосредственным продолжением этого упражнения является упражнение, направленное на вызывание тепла во всем члене. Суггестия включает также мотивированное внушение, согласно которому увеличение полового органа в размерах обусловлено усиленным притоком к нему крови. Внушения подкрепляются образными представлениями эротического содержания. Вслед за этим применяются формулы, программирующие полноценное протекание полового акта. Используются элементы моделирования. Следует отметить, что программирование и моделирование можно включать в лечебную программу уже после освоения первого упражнения («расслабление мышц»). Для наглядности приведем рецептуру, используемую во время гетеротренинга при освоении каждого из трех упражнений.

#### **1-е упражнение («Расслабление»)**

«Я чувствую, как начали расслабляться мышцы лица...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы лица... Начали расслабляться мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах лба, глаз, щек, жевательных мышцах... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Мышцы лица расслабились полностью...

63

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, что мышцы лица расслабились полностью...

Полностью расслабились мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как начали расслабляться мышцы рук...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы рук... Начали расслабляться мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Мышцы рук расслабились полностью...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, что мышцы рук расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как расслабляются мышцы ног...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы ног... Расслабляются мышцы бедер, голеней, стоп... Мышцы ног расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы бедер, голеней, стоп... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота... Мышцы грудной клетки, спины, живота расслабились полностью... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

## **2-е упражнение («Тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота — к лобку и корню полового члена»).**

«Я чувствую появление тепла в области солнечного сплетения...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете появление тепла в области солнечного сплетения... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Тепло в области солнечного сплетения нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как тепло в области солнечного сплетения нарастает, увеличивается... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Солнечное сплетение излучает тепло...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как солнечное сплетение излучает тепло... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Тепло струится вниз живота и достигает лобка и корня члена...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете появление тепла в области лобка и корня члена... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

## **3-е упражнение («Тепло в половом члене»)**

«Я чувствую, как тепло распространяется на весь член...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете появление тепла во всем члене... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Тепло в члене нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как тепло в члене нарастает, увеличивается... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...<sup>64</sup>

Тепло в члене становится выраженным, интенсивным...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как тепло в члене становится выраженным, интенсивным... Это кровь приливает к половому члену и он значительно увеличивается в размерах и становится большим и твердым... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...



При выполнении 3-го упражнения рекомендуют одновременно представить себя в интимной обстановке с женщиной, которая вызывает желание обладать ею, что приводит к усилению реализации проводимых внушений. Перед выведением из состояния аутогенного погружения на сеансах гетеротренинга мы используем следующую формулу: «Программа лечебного занятия завершена... Теперь, когда Вы будете выполнять упражнения самостоятельно, реализация самовнушений будет происходить легко и быстро, так как в это время Вы будете вспоминать мой голос, мои слова, мои внушения, которые помогут Вам в реализации самовнушений». Предлагаемая формула оказывает суггестивное воздействие на пациента и тем самым облегчает и ускоряет обучение упражнениям АТ.

Занятия АТ с больными целесообразно проводить не менее трех раз в неделю. После усвоения каждого из упражнений и при обучении последующим больной самостоятельно выполняет предыдущие упражнения, что, естественно, уменьшает продолжительность лечебного занятия. Это обусловлено тем, что освоенное упражнение выполняется гораздо быстрее, чем врач успевает проговаривать все предусмотренные текстом формулы и, таким образом, как бы искусственно навязывает затянутый ритм выполнения упражнений, что не оправдано ни с лечебной, ни с экономической точек зрения. Гетеротренинг неосвоенного упражнения начинается с того момента, как пациент по предварительной договоренности поднимает указательный палец правой руки.

При самостоятельном выполнении АТ на начальных этапах освоения ее упражнений рецептура аутосуггестии включает в себя и формулы подтекста, которые произносятся внутренним голосом от первого лица. Естественно, что фраза «Повторите про себя сказанные мною слова...» редуцируется изначально. С течением времени рецептура подтекста, а впоследствии и основная формула становятся более краткими, что находится в прямой зависимости от степени усвоения каждого из упражнений.

Больным дается стандартная рекомендация самостоятельно заниматься АТ 2—3 раза в день: утром (после пробуждения), вечером (перед засыпанием), а при наличии возможностей — и в дневное время.

Каждое из описанных упражнений осваивается в течение 5—7 дней. Таким образом, общая продолжительность обучения АТ составляет 2—3 нед.

Следует отметить, что иногда уже при выполнении второго упражнения у некоторых больных возникало выраженное напряжение члена, достигающее 80% и более.

С целью коррекции неуверенности в успехе интимной близости, эмоциональных и сомато-вегетативных нарушений накануне и во время полового акта, а также конкретных сексопатологических симптомов используются индивидуально подобранные формулы самовнушений. Включение их в программу занятия возможно уже после усвоения 1-го упражнения АТ, что приближает получение конкретных результатов. В случае отсутствия расстройств эрекции необходимость в освоении второго и третьего упражнений АТ отпадает, и, таким образом, курс обучения АТ значительно укорачивается.

Нами часто используется сочетание АТ с гипнозом. В этом случае после окончания выполнения осваиваемого при гетеротренинге упражнения мы просто проводим лечебные внушения, предварительно сообщив больному, что теперь его память, его нервная система, весь его организм настраиваются на восприятие целебных внушений. Это делается потому, что сочетание АТ и гипноза обладает взаимопотенцирующим эффектом. С другой стороны, целью лечебного курса АТ является не просто освоение всех ее упражнений, а выздоровление. Используя АТ в сочетании с гипнозом, мы нередко добиваемся исцеления больного задолго до того, как он освоил все упражнения АТ, и, таким образом, искусственно не затягиваем лечение. Это, конечно, вовсе не исключает того, что и после ликвидации сексуального расстройства часть мужчин захочет продолжить обучение АТ вплоть до полного ее освоения, так как владение АТ во всем объеме, тем более при систематическом выполнении, способствует профилактике повторных сексуальных нарушений. Однако следует

отметить, что у большинства мужчин интерес к АТ исчезает сразу же после ликвидации полового расстройства.

Описанная модификация АТ широко используется нами для лечения преимущественно психогенных сексуальных расстройств у мужчин, в частности, тех из них, в структуре которых диагностируется синдром тревожного ожидания неудачи.

Приведем формулы самовнушений, которые С. С. Либих [Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С., 1985] рекомендует при проведении АТ для коррекции сексуальных нарушений и гениталгий у мужчин.

**Слабость эрекции.** «Я совершенно спокоен, страхов перед половым актом нет... Приятное тепло, приятная истома разливается по всему телу... мышцы промежности напрягаются (расслабляются)... член увеличивается, становится тяжелым и теплым... кровь пульсирует сильно и часто...».

**Преждевременная эякуляция.** «Я совершенно спокоен... Прежние неудачи не волнуют меня... Возбуждение нарастает медленно и постепенно... Я без усилий отвлекаюсь... До конца еще далеко...»

**Боли в половом члене и яичках.** «Приятное тепло струится по животу вниз... Приятное тепло охватывает промежность... Мышцы таза расслабляются... Болей нет... Все ощущения приятны, они не беспокоят меня...»

АТ нашла применение и при лечении сексуальных расстройств, связанных с заболеваниями предстательной железы [А. С. Мирзоян, 1973]. При проведении занятий АТ рекомендовались следующие формулы:

«Устроились поудобнее, закрыли глаза...  
Сделали глубокий вдох — выдох...  
Дыхание ровное и спокойное...  
Я спокоен, совершенно спокоен...  
Мышцы всего тела расслаблены...  
Покой и расслабленность во всем теле...  
Ощущение приятного тепла распространяется по нижним конечностям...  
Ощущение тепла достигло области промежности...  
Боли в промежности постепенно исчезают...  
Приятный покой, приятная расслабленность во всем теле...  
Я спокоен, я совершенно спокоен».

## 7.2. Аутогенная тренировка в терапии сексуальных расстройств у женщин

И. А. Копылова (1969) применяла АТ для лечения психогенной фригидности у женщин. Как и Г. С. Беляев (1969), она высказывается против создания специализированных групп, состоящих только из сексологических больных, мотивируя это теми же факторами. Автор отмечает, что в лечении женщин с указанными нарушениями ведущую роль играют классические приемы первой ступени АТ по И. Шульцу. Овладевая ими, больные учатся не только подавлять неприятные ощущения и связанные с ними отрицательные эмоции, но и вызывают у себя необходимые приятные ощущения. Из комплекса упражнения первой ступени АТ наиболее важными являются те из них, которые вызывают мышечное расслабление и тепло в определенных участках тела. При лечении фригидности больные должны научиться вызывать у себя локальное тепло в органах малого таза и половых органах. Автор не рекомендует предварительно фиксировать внимание женщин на специфическом действии упражнений. Задача состоит в том, чтобы пациентки «самостоятельно» обнаружили терапевтическое действие упражнений, связанных с вызыванием локального тепла, и сделали нужные выводы. «Самостоятельное» открытие имеет, по мнению И. А. Копыловой, большое реабилитирующее значение.

А. М. Свядош (1982) рекомендует фригидным женщинам<sup>66</sup> после овладения первыми двумя стандартными упражнениями АТ («тяжесть» и «тепло» в конечностях) внушать себе желание интимной близости и ее приятность, ощущение тепла в половых органах (предварительно положив на них руку), а также обострение чувствительности гениталий, в частности к фрикциям.

С. Kratochvil (1985) также применял АТ для лечения половой холодности у женщин. С этой целью он предлагал им обучаться сосредоточению на определенной

мысли, что облегчало концентрацию внимания на сексуальных ощущениях во время полового акта и, следовательно, обеспечивало большую эффективность стимуляции. К стандартной формуле «в животе ощущается тепло» добавлялись формулы: «тепло ощущается в нижней части живота» и «промежность теплая и влажная», что облегчало регулирование ощущений в области гениталий, увеличивало приток крови и повышало чувствительность половых органов. Исходя из специфики нарушений применялись также следующие формулы: «половая жизнь мне нравится», «достичь возбуждения легко», «мое возбуждение постепенно достигает пика», «я дойду до полного погружения в сексуальные переживания».

С. С. Либих рекомендует при проведении АТ для коррекции сексуальных нарушений и гениталгий у женщин следующие формулы самовнушений.

**Половая холодность.** «Приятная истома разливается по всему телу... Половой акт желателен... Половой акт необходим... Тепло охватывает влагалище... Мысли и заботы уходят далеко... Я довольна и счастлива...».

**Вагинизм.** «Легкая прохлада в области живота... Живот напрягается... Мышцы промежности расслабились... Приятное тепло охватывает влагалище... Мышцы влагалища расслабляются... Половой акт совершается безболезненно... Я совершенно спокойна во время сношения...».

**Гениталгии.** «Приятное тепло струится по животу... Приятное тепло охватывает промежность... Мышцы тела расслабляются...». Далее следует аутосуггестия, непосредственно направленная на ликвидацию болей.

### 7.3. Аутогенная тренировка в лечении перверсий

АТ как основу для самовнушений применяют также для лечения перверсий [Голанд А. Я., 1983]. С этой целью осваиваются все упражнения первой ступени, а также некоторые упражнения второй. Терапия строится в соответствии с задачами, вытекающими из этапности лечения половых извращений. Упражнения АТ осваиваются быстро (в течение 3—4 нед), так как в состоянии глубокой релаксации проводится обучение всем упражнениям низшей ступени под гипнозом одновременно. Лечебные самовнушения включаются с самого начала до момента освоения упражнений АТ, что не лишает их эффективности. На первом этапе лечения, задачей которого является ослабление, а затем и устранение патологического полового влечения и связанных с ним переживаний, А. Я. Голанд рекомендует следующие самовнушения: «прежние сексуальные раздражители исчезают, проходят мимо сознания, игнорируются... отношение к сексуальным объектам или ситуациям спокойное, равнодушное...», которые дополняются затем формулами, создающими необходимое настроение («спокойное... бодрое... деловое... оптимистическое... энергичное... веселое...»). Для отвлечения внимания от неадекватных сексуальных раздражителей автор рекомендует использовать первое и второе упражнения АТ, освоенные на первом этапе: активно переключать внимание на руку и вызывать в ней ощущения тяжести и тепла. На втором этапе (этапе формирования адекватного эстетического восприятия лиц противоположного пола и правильного этического отношения к ним) самовнушения, проводящиеся на фоне глубокой релаксации, утверждающие притягательность лиц противоположного пола, подкрепляются их образным представлением (лицо, а затем фигура со всеми деталями). Прототипы представляемых женщин могут быть почерпнуты из фотографий, репродукций картин, телепередач, кинофильмов, реальной жизни. Одновременно рекомендуется использование формул, направленных на программирование усиления адекватного восприятия лиц противоположного пола, встречающихся в реальной действительности: «Все больше красивых лиц (женщин) встречается мне на улицах, привлекая мое внимание». На третьем этапе, предполагающем формирование и закрепление адекватного эротического отношения к противоположному полу, сюжетное построение образных тренировок, также проводящихся на фоне полной релаксации, усложняется («...они насыщаются эротикой, вызываемые образы становятся

натуралистическими, возбуждающими, усиливается эмоциональность сопровождающих формул»; А. Я. Голанд, с. 113).

Обучение саморегуляции половыми функциями облегчается в связи с тем, что даже у лиц, не прошедших специальную подготовку, отмечается определенная способность влиять на степень

кровенаполнения члена, длительность сношения и т. п. В ряде случаев эта способность используется с компенсаторной целью лицами с сексуальными изъятиями, а также здоровыми мужчинами для гармонизации интимных отношений непосредственно при половых сношениях. Нами наблюдался пациент, у которого продолжительность полового акта при естественном его течении исчислялась всего несколькими фрикциями, однако специальными усилиями ему удавалось задерживать наступление эякуляции. С этой целью больной во время полового акта вызывал у себя образные представления, содержанием которых было либо его собственное участие в футбольной игре, либо наблюдение за этой игрой в качестве болельщика (и то и другое относилось к его любимым занятиям). Аналогичные результаты могут быть получены также при использовании других методов отвлечения: счет, размышление на бытовые, производственные и другие темы, не имеющие отношения к сношению, и т. п.

О способности к волевому контролю эрекции сообщают зарубежные авторы [Laws, Rubin, 1969; Henson, Rubin, 1971]. Они установили, что при выборочном обследовании мужчин последние оказались способны вызывать у себя эрекции без эротических раздражителей, а также подавлять эрекции при наличии упомянутых раздражителей. Первое становилось возможным при вызывании эротических сцен, а второе — при переключении внимания на раздражители несексуального содержания.

Эти данные подтверждаются исследованиями последних лет [Zuckerman M., 1983]. Отмечается, что, поскольку сексуальное возбуждение у мужчин имеет внешние проявления, большинство мужчин еще в юности научается подавлять эрекции в неадекватных ситуациях. Автор показал, что «инструкция» на подавление эрекции срабатывает у 50% мужчин при просмотре эротического фильма. Кроме того, была показана действенность сексуального фантазирования мужчин и женщин: эффект был такой же сильный, как и при наличии внешних сексуальных стимулов. Следует отметить, что имеются данные об усилении возможности волевого контроля над эрекцией при немедленном обеспечении обратной связи относительно желаемого уровня сексуального возбуждения обследуемых. О результативности применения биологической обратной связи с целью усиления контроля над эрекцией с лечебной целью сообщают S. Herman, M. Prewett (1974), E. Csillad (1976).

## ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Этот вид лечения называют еще условнорефлекторной терапией, так как в его основе лежит угашение патологических и формирование адекватных условных рефлексов. Это лечение предназначено

для ликвидации заученных форм поведения (симптомов и синдромов). В основу поведенческой терапии, или терапии поведения, положен принцип, согласно которому от любого болезненного или неадекватного проявления (симптома), возникшего рефлекторно, можно избавиться, следуя этим же путем. В сексопатологии это относится, в частности, к быстрому семяизвержению, сформированному вследствие постоянной боязни быть застигнутым врасплох при практиковавшейся ранее мастурбации; ускоренному семяизвержению, возникшему в результате установки на быстрое прекращение интимной близости в связи с болезнью жены; синдрому закодированных сексуальных реакций, описанному К. Имелинским; гомосексуализму, эксгибиционизму, фетишизму и другим девиациям, возникшим условнорефлекторным путем. Таким образом, целью поведенческой (бихевиориальной) терапии является разрушение патологических и формирование нормальных, приспособленных к действительности поведенческих программ. Она может быть применена также и при сексуальных расстройствах, развившихся по иным механизмам (например, на соматической основе), но в этих случаях ее успехи будут более скромными.

Когда говорят о создателях бихевиориальной психотерапии, то называют имена Л. Уолпе (1958), Н. Еysenck (1960). Б. Д. Карва-сарский (1985) указывает, что это лечение основывается на трудах И. П. Павлова и В. М. Бехтерева, и ссылается на статью И. Ф. Случевского (1957), в которой автор отмечает, что метод «сочетательно-рефлекторной» терапии был создан В. М. Бехтеревым еще в 1915—1918 гг., хотя приведенное название автор метода дал ему позднее.

В зависимости от характера применяющегося при лечении стимула различают два варианта поведенческой терапии. Если реализация (возможно, воображаемая) патологической программы сочетается с приятным стимулом (релаксация и т. п.), то речь идет о методе реципрокного торможения. Если же патологическая симптоматика сочетается с неприятными стимулами (применение рвотных средств, электрического тока), то говорят о методе отучения (аверсионная терапия). В первом случае сочетание патологического проявления с приятными стимулами со временем приводит к угашению первого, во втором — патологическая симптоматика нивелируется за счет возникновения ассоциации неприспособленного поведения (патосексологических проявлений) с неприятными ощущениями.

Одну из частных методик реципрокного торможения разработал Л. Уолпе (1958), назвавший ее систематической десенсибилизацией. Обычно этот вид терапии применяют для борьбы с фобиями. Сначала составляют иерархию ситуаций по выраженности сопровождающего их эмоционального напряжения. Пациент, предварительно обученный приемам релаксации по методике Джейкобсона, сначала вызывает в своем воображении ситуацию, обладающую минимальным фобическим потенциалом (15—40 с). Затем он переключает себя на представления успокаивающего или приятного содержания и расслабляется. Это повторяется несколько раз. Затем больной переходит к представлению ситуации, находящейся на следующей ступеньке иерархической лестницы по степени выраженности сопровождающего ее эмоционального напряжения. При монофобиях «иерархическая шкала» включает 20 ситуаций. Для контроля ситуации психотерапевтом используется следующая индикация: если пациент уже не испытывает страха и волнений в данной ситуации, то поднимает палец правой руки, а если испытывает — левой. Продолжительность каждого сеанса 20—30 мин. Указанная терапия может проводиться и в гипнотическом состоянии. Больной погружается в состояние

глубокой релаксации, а затем вызывает у себя представление волнующих сцен, начиная с менее значимых. Если воображаемая ситуация вызывает у него значительную отрицательную эмоциональную реакцию, то пациент поднятием пальца сигнализирует об этом. Тогда врач либо углубляет релаксацию и сеанс заканчивается, либо больной вновь вызывает у себя менее волнующую ситуацию. Описанная методика может с успехом применяться в комплексе лечения синдрома тревожного ожидания неудачи, фобических формах виргогамии, вагинизма и т. п.

R. Auerbach, P. Kilman (1977) применили метод так называемой систематической десенситизации для лечения мужчин, страдающих вторичными нарушениями эрекции (в зарубежной литературе вторичными принято называть сексуальные расстройства, возникшие в отличие от первичных не с начала, а после определенного периода нормальной половой жизни). 16 больных составили две группы: основную, где использовался данный метод, и контрольную. В основной группе проводили 15 лечебных занятий (45-минутные сеансы релаксации), во время которых пациентам рекомендовалось вызывать в воображении предложенные сексуальные сцены в обычной для метода десенситизации последовательности. В контрольной группе были проведены эти же 15 сеансов, но без указанных рекомендаций. Больным обеих групп сообщалось, что они могут надеяться на улучшение в состоянии здоровья. При сравнении эффекта от проведенного лечения в обеих группах оказалось, что в основной группе произошли более значительные положительные сдвиги. Пациенты этой группы сообщили также о значительном улучшении партнерских взаимоотношений в несексуальной сфере. Такое улучшение сохранялось на протяжении трехмесячного срока наблюдения за этими больными после окончания терапии. Метод отучения используется в сексопатологии для лечения парафилий, прежде всего гомосексуализма, фетишизма, трансвестизма. Впервые он был применен Srnec и Freund (1953) для лечения гомосексуалистов (цит. по К. Imielinski, 1974). После инъекции апоморфина пациент смотрел фильм с раздеванием мужчин до плавок или донага. После просмотра этого фильма сразу же наступали тошнота и рвота. Во второй фазе лечения после введения 50 мл тестостерона показывали фильмы, где женщины представляли в ситуациях, возбуждающих мужское сладострастие. Положительные результаты были отмечены в 50% наблюдений. Об успешном лечении случая гомосексуализма методом аверсии сообщает В. James (1962). Автор отметил непродолжительность этого метода лечения по сравнению с психоаналитическим, а также возможность повторного лечения того же пациента. О плодотворных попытках снижения гомосексуальных наклонностей с помощью апоморфиновой аверсии сообщает McConaghy (1970). Пациентам демонстрировали фильм с обнаженными мужчинами, изображению которых на экране предшествовали зеленые треугольники, а также с обнаженными женщинами, предваряемыми показом на экране красного цвета. Если вначале большинство мужчин указывали на ощущение возрастания объема члена при рассматривании мужских образов и его уменьшение при рассматривании образов женщин, то спустя 2 нед лечения ситуация в этом плане изменялась, что являлось свидетельством перехода к более гетеросексуальному типу реакций. Larin, Thorpe (1961) применили этот метод для лечения трансвестизма, используя апоморфин, эметин, 12 цветных диапозитивов с изображением пациента (одетого в различной степени), магнитофонную запись его голоса. M. Raymond (1956) получил хорошие результаты лечения методом аверсии фетишиста, резистентного к другим методам терапии. Катамнез, полученный спустя 19 мес, свидетельствовал об отсутствии фетишистских наклонностей. D. Clark (1963) также сообщает о случае успешного аверсионного лечения фетишизма. Strzyzewski J. и Zierhoffer M. (1968) знакомят с положительным результатом аверсионной терапии случая фетишизма с компонентом трансвестизма у 18-летнего юноши. Лечение проводилось следующим образом. Трижды в день в течение 5 дней вводился апоморфин в дозах 0,004 г или 0,005 г (всего 14 раз). С момента возникновения симптомов действия апоморфина в форме «шума в голове», тошноты, а подчас и рвоты пациенту на экране показывали его снимок с подчеркиванием фетиша, а также воспроизводили его ответы, предварительно записанные на магнитофонную ленту. Спустя 50 дней после начала

лечения пациент перестал проявлять перверсивные наклонности. А. М. Свядош (1988) также рекомендует использовать апоморфин в контексте условнорефлекторной терапии гомосексуализма. Для этой цели применяется 1% или 0,5% свежеприготовленный раствор апоморфина гидрохлорида. Спустя 5—10 мин после его подкожного введения возникает чувство тошноты, сопровождающееся сердцебиением и легкой одышкой, а также рвота. Больному не раскрывают механизм действия апоморфина, а сообщают, что будет дано лекарство, устраняющее гомосексуальное влечение. Поэтому все представления, связанные с объектом гомосексуальной привязанности, а также гомосексуальными актами, станут противными. Вначале вводят 0,1—0,3 мл 1% раствора апоморфина гидрохлорида. Через 3—4 мин больному внушают безразличие к гомосексуальному партнеру и гомосексуальным актам и предлагают смотреть на фотографию объекта его гомосексуальной привязанности или вызывать у себя представления о гомосексуальных отношениях. Постепенно возникает ассоциация между возникающим чувством тошноты и рвотой и гомосексуальными представлениями, в связи с чем последние приобретают отрицательную окраску. Если первоначальная доза апоморфина не вызвала тошноты или рвоты, то в следующий раз ее увеличивают на 0,1 мл. Не рекомендуется превышать дозу 0,5 мл 1% раствора. Курс лечения составляет 10—20 сеансов. Лечение апоморфином проводят до приема пищи или через 2—2,5 ч после ее приема. Спустя 12—15 инъекций апоморфина гидрохлорид может быть заменен изотоническим раствором натрия хлорида. Автор рекомендует сочетать апоморфино- терапию с внушением наяву или в гипнотическом сне первоначально безразличия, а затем и отвращения к гомосексуальному партнеру и гомосексуальным актам. А. М. Свядош сообщает, что описанный метод был с успехом применен им для устранения гомосексуальной привязанности у активного гомосексуалиста.

Трудности, связанные с аверсией с помощью рвотных средств, привели к использованию с этой целью электрического тока. В литературе сообщается о преимуществах этой разновидности аверсивного лечения. Так, Barker (1964) перечисляет ряд преимуществ фарадической аверсии над фармакологической. В частности, автор указывает на равную продолжительность лечения при более простой его технике, значительно меньшую его опасность для здоровья пациента, отсутствие трудностей в синхронизации условных и безусловных стимулов и необходимости в изготовлении специальных стимулов (фотографий и т. д.). Кроме того, автор отмечает, что аверсия с помощью электрического тока гораздо менее неприятна для пациента, чем фармакологическая. Перечисляется и ряд других преимуществ. Blakemore и соавт. (1963) получили хороший эффект при лечении электрическими разрядами мужчины, страдавшего трансвестизмом и до этого безуспешно лечившегося другими видами психотерапии. Лечение заключалось в том, что пациент надевал и снимал женскую одежду 400 раз, в то время как из электрической сети, находившейся на полу, следовали электрические разряды. Продолжительность лечения составила 6 дней. Катамнез (через год) свидетельствовал о единственном срыве, сопровождавшемся реализацией перверсного действия. Barker (1964) привел подробное описание техники лечения трансвестизма электрической аверсией. О терапии ряда парафилий электрическим током сообщают McGuire и VaKance (1964) (гомосексуализм — 6 случаев, привычный онанизм — 3, трансвестизм — 2, садизм, фетишизм и педофилия — по 1 случаю). Были получены следующие результаты: 3 гомосексуала прервали лечение, 1 пациент указывал на умеренное улучшение, 4 — на очень хороший эффект, а у 6 пациентов болезненные симптомы полностью исчезли. Терапия проводилась трехдневными циклами в течение нескольких недель. Затем больные забирали аппарат домой и продолжали лечение самостоятельно.

В ряде случаев поведенческая терапия сексуальных расстройств может приобретать несколько необычные формы. Так, R. LaFemina (1977) сообщает о мужчине 55 лет, пережившем в детстве и молодости несколько сексуальных травм. В возрасте 4—9 лет он спал с матерью, которая, не стесняясь присутствия сына, подчас совершала половые акты с различными мужчинами. Сестра его была проституткой. Женился в 19 лет и в течение 10 лет супружества многократно заставлял свою жену во

время сношения с другими мужчинами. Через год после развода опять вступил в брак. Его новая супруга страдала алкоголизмом. Она постоянно критиковала его мужское достоинство. Через 4 года развелся и с этой женой и в течение последующих 22 лет не имел сексуальных контактов. В этот период он мастурбировал по несколько раз в течение года, хотя это и не доставляло ему большого удовольствия. В 54 года познакомился с 38-летней женщиной, но оказался несостоятельным в сексуальном отношении. По инициативе партнерши согласился на лечение, описанное В. Мастерсом и В. Джонсон, которое в течение 4 нед не дало никакого эффекта. Тогда было применено следующее лечебное воздействие. Партнерша пациента получила предписание в его присутствии прочитать текст, насыщенный многими эротическими подробностями. Пациент, который никогда ранее не слышал подобного текста, признал его возбуждающим. Этот текст содержал описание сцен сексуального контакта, включающее непристойные названия мужских и женских половых органов. Затем указанный текст был записан на пленку. Пациенту предлагали при прослушивании магнитофонной записи мастурбировать. Спустя некоторое время он получил рекомендацию заменить прослушивание пленки воспроизводящими текст образными представлениями. Последний этап лечения включал сношения, непосредственно предваряемые произносимым партнершей текстом, приближающимся к записанным на пленке. Лечение дало хорошие результаты. J. Godlewski, M. Szalankiewicz (1984) считают, что эффект применения терапии можно объяснить главным образом тем, что, вероятно, в раннем периоде жизни пациента возникла ассоциация сексуального возбуждения с непристойными элементами, применение которых с лечебной целью привело к ликвидации полового расстройства.

В заключение следует отметить, что поведенческая психотерапия должна включаться в общую систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, предусматривающую патогенетическое воздействие, что позволит обеспечить ее более высокую эффективность.



## Глава 9

### СЕКС-ТЕРАПИЯ

Секс-терапия является относительно новым методом лечения сексуальных расстройств, предполагающим их коррекцию с помощью тренинга сексуальных реакций. Ее разработка началась в 1959 г. в Сент-Луисе (США) американским гинекологом Уильямом Мастерсом и его ассистенткой (впоследствии женой) психологом Вирджинией Джонсон, а результаты применения этого метода были обобщены авторами в монографии «Половая неадекватность человека», вышедшей в 1970 г. При сравнении секс-терапии с различными методами психотерапии можно отметить определенную ее близость с бихевиоральной (поведенческой) терапией. Это, в частности, наглядно выступает при секс-терапевтическом лечении преждевременного семяизвержения, которое заключается в разрушении неадекватного и формировании приспособленного к ситуации эякуляторного рефлекса, что, несомненно, является разновидностью описанной выше аверсионной терапии. Вместо аверсии медикаментозной (рвотные средства) или с помощью электрических разрядов в качестве неприятного стимула при этой методике используются ощущения, возникающие при сдавлении головки члена у венечной борозды.

Лечение, предложенное создателями секс-терапии, включает 2-недельный курс интенсивной терапии и проводится следующим образом. В первый день пациенты раздельно обследуются сексологами своего пола, а во второй — противоположного. На третий день проводятся соматические и параклинические исследования, а также первая совместная беседа пары и сотерапевтов за круглым столом. Такие беседы являются основной формой совместной работы сотерапевтов и супружеской пары и проводятся ежедневно. Во время этих бесед врачи дают определенные задания по сексуальному тренингу, выполнение которых с подробным анализом допущенных ошибок обсуждается при последующих беседах. Информация об испытываемых ощущениях должна быть откровенной. Домашние задания выполняются в промежутке между посещениями амбулатории 2 раза. Спустя 4 дня занятий предоставляется один день отдыха. Во время бесед врачей с пациентами также проводится работа, направленная на вскрытие причин ситуационно обусловленных сексуальных расстройств, коррекцию неправильных взглядов на вопросы сексуальной нормы и т. п.

S. Kratochvil (1985) отмечает, что с помощью секс-терапии «достигается открытое обсуждение желаний и ощущений, снижение напряжения (коммуникационный тренинг), постепенно восстанавливается нарушенная функция (функциональный тренинг) с поиском и использованием наиболее эффективных сексуальных стимулирующих раздражителей и с преодолением внешних и внутренних факторов; ликвидируется страх (десенсибилизация *in vivo*)».

При использовании этого метода лечения у 510 пар У. Мастерс и В. Джонсон получили исключительные результаты. Так, вагинизм ликвидировался в 100% случаев, ускоренное семяизвержение более чем в 80%, а общий процент терапевтических неудач составил всего 18,9%. О хорошей эффективности лечения свидетельствовала и стойкость полученных результатов; катamnестические данные спустя 4,5—5,5 лет у 226 супружеских пар указывали на очень низкий процент рецидивов (7,1%).

В публикации, посвященной критическому анализу терапевтической концепции У. Мастерса и В. Джонсон, Г. С. Васильченко (1972) рассматривает принципы, положенные этими авторами в основу лечения. Эти принципы следующие.

1. Следует отказаться от лечения единичных пациентов и принимать на лечение лишь супружеские пары, так как «...при любой форме половой неадекватности у одного из супругов нет и не может быть речи о невовлеченном партнере...» [Masters W. H., Johnson V. E., 1970]. Предметом диагностики и лечения является сексуальное

взаимодействие мужчины и женщины, так как коитус представляет собой поведенческий акт, одну из форм общения, взаимодействия двух человек.

2. С каждым партнером и с парой в целом должны работать 2 специалиста-сотерапевта (мужчина и женщина), так как один врач не может в полной степени осмыслить психофизиологические проявления, возникающие во время лечения у пациента противоположного пола.

3. Весь лечебный курс «основывается на психотерапии с элементами психотехники и осуществляется безмедикаментозно...» [Г. С. Васильченко, 1972] в связи с тем, что объектом коррекции является нарушенное сексуальное взаимодействие партнеров. Медикаментозные средства назначались лишь при наличии прямых соматических показаний.

Поскольку секс-терапевтические приемы, предложенные У. Мастерсом и В. Джонсон, рассчитаны на лечение разнообразных форм сексуальных расстройств, а настоящая работа предполагает лишь ознакомление с этим методом лечения сексуальных дисгармоний, мы ограничимся лишь изложением сути рекомендаций указанных авторов в отношении коррекции ряда форм сексуальных расстройств. Подробные же рекомендации по секс-терапии различных сексуальных нарушений можно найти в монографии С. Кратохвила (1985).

При преждевременном семяизвержении используется следующая лечебная программа. Женщина мануально стимулирует пенис партнера и при наступлении периода неотвратимости эякуляции производит сдавление пальцами головки полового члена в течение 3—4 с, вследствие чего эякуляция не наступает. Через 15—30 с процедура (стимуляция и сдавление головки члена) повторяется. При этом добиваются определенной (до 15—20 мин) продолжительности периода от момента начала стимуляции до семяизвержения, которому позволяют произойти в конце тренировки. Затем такое же сдавление головки члена осуществляется при достижении ощущения неотвратимости эякуляции при генитальном контакте, не сопровождающемся фрикциями, когда мужчина привыкает к новым ощущениям, а впоследствии и при осуществлении нарастающих в своей интенсивности фрикций в двух сменяющих друг друга сексуальных позициях.

Секс-терапевтическое лечение психогенных расстройств эрекции включает 5 фаз, каждая из которых продолжается несколько дней. Тренинг производится 1—2 раза в день от 15 мин до 1 ч. Непременным его условием являются доверительные отношения между партнерами, а также условия, исключающие беспокойство. Важным фактором, положительно сказывающимся на ходе лечебного занятия, является уверенность пациента в отсутствии у женщины установки на получение оргазма.

Во время первой фазы обнаженные партнеры ласкают друг друга руками и губами и пытаются при этом сосредоточиться на приятных ощущениях. Они учатся «слушать» свои ощущения и испытывать от них удовлетворение. Вначале партнерам рекомендуют избегать прикосновений к половым органам и груди, однако спустя несколько дней они получают на это разрешение.

Во время второй фазы мужчина стимулирует половые органы женщины, которая направляет его движения и руководит ими с целью получения максимального удовлетворения. Мужчина не ставит себе целью достичь эрекции или удовлетворить женщину, однако если партнерша почувствует приближение оргазма, то она должна направить ласки партнера для достижения разрядки, во время которой ей рекомендуют не скрывать от него свои эмоции и переживания.

В третьей фазе женщина мануально стимулирует пенис партнера. При этом мужчина должен быть ориентирован на испытываемые им приятные ощущения, а не на эрекцию или эякуляцию. Он руководит движениями женщины таким образом, чтобы это доставляло ему наибольшее наслаждение. Это длится до тех пор, пока возникает эрекция, после чего мануальная стимуляция пениса прекращается и партнерша, проводя отвлекающую беседу, дожидается пока напряжение члена исчезнет. Затем стимуляция возобновляется и продолжается до тех пор, пока вновь не возникнет эрекция. Общая продолжительность игры до 30 мин. Если при проведении стимуляции возникает угроза эякуляции, то применяется описанная выше методика «сдавления».

Во время четвертой фазы мужчина фиксирует внимание на приятных ощущениях при введении во влагалище полового члена, эрекция которого была достигнута с помощью мануальной стимуляции партнершей. Внимание партнера сосредоточено на ощущении стенок влагалища, а эрекция для него не важна. Если напряжение исчезает, то член извлекается из влагалища и его стимуляция возобновляется до появления эрекции. В следующем периоде этой фазы женщина во время фрикций старается сосредоточиться на приятных ощущениях от нахождения пениса во влагалище и не интенсифицирует движения с целью достижения оргазма, так как в данном случае ориентация на него отсутствует. Затем, напротив, женщина остается неподвижной, а мужчина совершает движения членом. При этом он фиксирует внимание на приятных ощущениях от влагалища. Во время пятой фазы (после овладения предыдущими упражнениями) партнеры, одновременно осуществляя копулятивные фрикции в так называемом скрещенном положении, сосредоточиваются на своих эмоциях, стремятся интенсифицировать их и достичь оргазма. Если эякуляция происходит до достижения партнершей оргазма или если ее возбуждение достаточно высоко, она может достичь разрядки, продолжая движения тазом, или с помощью руки мужчины, которой она сама управляет.

Терапия анэякуляторных расстройств строится таким образом, что вначале партнеры стремятся получить оргазм у мужчины с помощью деликатных мануальных воздействий женщины на половой член с имитацией фрикций. После достижения этого эффекта следует добиться эякуляции во влагалище. С этой целью после достижения посредством мануальной стимуляции полового члена периода эякуляторной неизбежности, половой член вводится во влагалище, где и наступает эякуляция. Если этого не происходит, то пенис извлекается и его стимуляция возобновляется. Таким образом постепенно формируется новый стереотип, и с течением времени семяизвержение происходит при обычном половом акте.

Нами сексуально-поведенческий тренинг (в системе терапевтических воздействий) использовался для переделки стереотипа в форме анэякуляторных расстройств, развившихся в результате длительной мастурбации. При опросе таких пациентов удавалось установить, что эякуляция происходит у них при онанизме, в то время как при половых актах ее не бывает. Лечение предусматривает следующую фазность. Вначале пациент возбуждал пенис мануально, и когда достигалась фаза эякуляторной неизбежности, член начинала стимулировать его супруга. На следующем этапе мануальная гетеростимуляция включалась на стадиях, предшествующих периоду эякуляторной неизбежности. После достижения эякуляции на этом этапе тренинга стимуляция пениса женщиной постепенно включалась все раньше, пока семяизвержение не происходило только при гетеростимуляции. Затем ход лечения полностью соответствовал рекомендациям У. Мастерса и В. Джонсона.

Дальнейшее развитие секс-терапии нашло отражение в трудах Н. S. Kaplan (1974), J. Annon (1974), J. Lo Piccolo, L. Lo Piccolo (1978), S. Kratochvil (1985) и др. В работах этих авторов можно найти как различные отклонения от классической техники У. Мастерса и В. Джонсона, так и некоторые новинки. Это, в частности, касается рекомендаций относительно целесообразности сочетания психоанализа и собственно секс-терапевтических приемов, возможности работы с парой одного врача, других сроков лечения и т. п.

В качестве примера остановимся на характеристике метода, предложенного профессором психиатрии Корнеллского университета (США) Н. S. Kaplan (1974), являющегося развитием метода W. E. Masters, V. E. Johnson (1970). Метод Н. S. Kaplan описан автором в монографии «Новая сексуальная терапия», опубликованной в 1974 г. Автор отмечает, что в отличие от психоанализа и супружеской терапии в новой секс-терапии допускаются ограниченные объективные исследования. Врач-психоаналитик и специалист по супружеской терапии также лечат пациентов, у которых имеются половые расстройства. Тем не менее они считают, что сексуальные проблемы — это неизбежное выражение скрытых конфликтов и расстройств межличностных отношений. Главная цель психоанализа и супружеской терапии выходит за рамки решения сексуальных проблем и включает устранение

интрапсихических и интерперсональных трудностей. Психотерапевт не заканчивает лечение, когда улучшается потенция и устраняется аноргазмия. Лечение прекращается только тогда, когда пациент и терапевт чувствуют, что основной конфликт, существующий с детского возраста, уже разрешился и(или) когда ликвидируются основные причины супружеской дисгармонии. В противовес этому в новой секс-терапии первой обязанностью терапевта является разбор непосредственных причин нарушений и препятствий в сфере сексуальности. Проблема считается решенной, когда устранены устойчивые сексопатологические симптомы и гарантировано, что расстройство не появится вновь. Психодинамический материал, а также невротическое поведение интерпретируются только в том случае, если они непосредственно влияют на сексуальное функционирование пациента или являются препятствием для процесса лечения. Секс-терапия считается завершенной, когда трудности сексуальной пары уменьшены. Это, конечно, не означает того, что лечение прекращается после совершения пациентом 1 или 2 половых актов. Лечение заканчивается, когда дисфункция снята, а факторы, способствовавшие возникновению проблемы, выявлены и успешно преодолены, что гарантирует стойкий эффект. Таким образом, секс-терапевтические приемы в указанной системе объединены с неглубоким психоанализом. Следует отметить, что секс-терапевтами с лечебной целью часто рекомендуется мастурбация, что дало основание Л. М. Кучерской привести сжатую формулировку основной линии одного из современных американских руководств по секс-терапии: «Вся секс-терапия — в том, чтобы убедить людей примириться с пользой мастурбации и обучить мастурбации тех, кто этого еще не умеет» (цит. по Г. С. Васильченко, 1983). Приведем ряд конкретных примеров. Так, в монографии Е. Lux (1981) можно встретить следующие рекомендации в отношении увеличения продолжительности полового акта. Пациент с помощью мануальной стимуляции пениса должен удерживать член в эрегированном состоянии, всякий раз прерывая ее в момент приближения эякуляции. При этом применением описанных приемов искусственной пролонгации добиваются того, чтобы семяизвержение происходило не ранее чем через 5 мин с момента начала стимуляции. Таким образом, формируется новый поведенческий стереотип. J. Lo Piccolo, W. C. Lobitz (1972) предложили технику терапевтической мастурбации для лечения аноргазмии. Программа, предложенная ими, включает 9 последовательных этапов продолжительностью 1 нед каждый. На первом этапе проводилось тщательное ознакомление со своим телом (прикосновения, рассматривание в зеркале), формирование «естественной» установки в отношении своего тела, тренировка мышц влагалища. На втором пациентка прикасалась к половым органам, но не обязательно с целью вызвать сексуальное возбуждение. Третий этап включал пальпацию половых органов с целью определения эрогенных зон, стимуляция которых вызывает приятные ощущения. На четвертом этапе пациентка концентрировалась на ощущениях, испытываемых при стимуляции половых органов и участков тела, раздражение которых вызывает максимальное сексуальное возбуждение и оргазм. Если на этом этапе не удавалось достигнуть оргазма, то на пятом этапе рекомендовалось продолжить (до 45 мин) и интенсифицировать мастурбацию до момента переживания «чего-то еще не испытанного ранее» или выраженной усталости. В том случае, если на рассматриваемом этапе оргазм не был достигнут, то на шестом этапе рекомендовалась стимуляция вибратором, а также имитация переживания оргазма с помощью неартикулированных криков и т. п. в случае возникновения подозрения, что женщина стыдится или боится «непристойной» утраты самоконтроля и т. п. На седьмом этапе женщина, пережившая оргазм, вызывает его с помощью мастурбации в присутствии мужа, что снижает торможение, препятствующее возникновению сексуального возбуждения и оргазма в его присутствии. На восьмом этапе супруг определяет наиболее эффективный способ стимуляции жены и вызывает у нее оргазм. На девятом этапе половое сношение сочетается с дополнительной мануальной стимуляцией, что обеспечивает наступление оргазма у женщины. Оргазм появился у всех лечившихся женщин.

Иногда условия тренинга, вносящие возмущение в естественное течение интимной близости, могут маскировать сексуальное расстройство и тогда речь идет о мнимом лечебном эффекте. Так, J. Godlewski (1979) сообщает об одном пациенте 41 года, обратившемся за помощью в связи с преждевременной эякуляцией, которая всегда наступала спустя 2 с после введения во влагалище полового члена. После курса фармакотерапии, сочетавшейся с суггестивным воздействием, который не дал эффекта, было применено лечение, предложенное Н. S. Kaplan (1974). «Успех» пришел довольно скоро и спустя 6 нед пациент во время полового акта с женой оказался способным к контролю над эякуляцией. Однако это происходило тогда, когда оба относились к половому акту как к заданию, к части терапевтической программы. В этих случаях супруги не переживали эмоционального напряжения, связанного с сексуальной активностью, несмотря на то, что у пациента наступал оргазм. Однако всякий раз, даже в период проведения лечения, когда супруги осуществляли половой акт без терапевтической мотивации, эякуляция наступала так же быстро, как и до начала лечения, а усилия, направленные на контроль рефлекса, оказывались неэффективными. При опросе выяснилось, что единственным поведенческим различием между актами, протекающими с терапевтической и эротической мотивацией, было наличие во время последних отдельных признаков возбуждения у жены пациента, которые она не умела маскировать, но которые отсутствовали при тренировочных половых актах.

Это лишний раз убеждает в необходимости учета при опросе пациентов факторов, связанных с партнерской коммуникацией, которые могут существенно изменять параметры копулятивного цикла.

Секс-терапевтическое направление получило широкое распространение в США. Г. С. Васильченко (1983), анализируя характер его экспансии, отмечает, что, помимо врачей, этот вид терапии практикуют и священнослужители, и квалифицированные проститутки и т. п. Он заключает, что в настоящее время секс-терапия поставлена в этой стране на широкую коммерческую основу и в подтверждение своей точки зрения ссылается на монографию J. Lo Piccolo и L. Lo Piccolo (1977) по секс-терапии, в которой авторы указывают, что «...Хартман и Фитиан выдают секс-терапевтические дипломы на пергаменте с золотой печатью (with golden seal and parchment paper) на основании 8-часового цикла обучения и внесения 85 долларов. Владельцы подобных дипломов, едва получив пергамент, открывают собственные курсы» (цит. по Г. С. Васильченко, 1983, с. 23).

Применение секс-терапии с лечебной целью неспециалистамистораживает и вызывает определенное беспокойство, так как любое хорошее начинание может быть доведено до абсурда при его неадекватном применении. По нашему мнению, только системный подход к диагностике сексуальных расстройств и дисгармоний позволяет рекомендовать соответствующую, патогенетически обоснованную, строго индивидуализированную терапию, в решении задач которой определенную помощь, если его включить как существенный компонент в рамки лечебных мероприятий, может оказать сексуально-поведенческий тренинг. Таким образом, гарантией эффективности указанного тренинга является его включение в систему терапевтических (в том числе психотерапевтических) мероприятий, предусматривающую не только симптоматическое, но и патогенетическое воздействие.

**ПСИХОАНАЛИЗ**

Создателем психоанализа является австрийский врач З. Фрейд (1856—1939). Его вклад в науку высоко, но неоднозначно, оценивается учеными. Определяя роль психоанализа, З. Фрейд говорит о нем, как о третьем тяжелом ударе, нанесенном самовлюбленному человечеству. Первым, по его мнению, ударом был «космологический», связанный с появлением гелиоцентрической системы Коперника (XVI в.). Второй удар — учение Ч. Дарвина о естественном отборе (середина XIX века), разрушившее стену, отделяющую человека от животного. Третий же удар (открытие психоанализа) показал, что сознательному «Я» известны и подвластны далеко не все душевные процессы. В действительности 97% «Я» не является хозяином в своем собственном доме. Возникнув как психотерапевтический метод, психоанализ вскоре стал претендовать на создание общепсихологической теории, а затем распространился на область социокультурной проблематики. В соответствии с этим в нем можно выделить три разнородных пласта: медицинский, исследующий этиологию неврозов и разрабатывающий методы их лечения; психологический, описывающий структуру, содержание и принципы деятельности человеческой психики; социально-философский, пытающийся дать истолкование всему многообразию духовной и практической жизни людей [Попова М. А., 1985].

Психоанализ<sup>2</sup> по-своему объясняет происхождение некоторых сексуальных расстройств. Так, I. Bieber (1974) отмечает, что часто причиной эрекционных нарушений являются опасения родителей в отношении возникновения сексуальных реакций у детей по отношению к ним, когда последние вступают в эдипов период. Часть же родителей находится в состоянии сексуальной конкуренции со своими детьми одноименного пола. Результатом является такое их воспитание, когда грядущие половые отношения рассматриваются как нечто угрожающее. Иногда нарушение эрекции — результат подсознательных страхов, связанных с эдиповым комплексом. Эти страхи удавалось устранить, постепенно истолковывая пациенту причины болезни, что приводило к положительным лечебным результатам. Нарушения эрекции рассматривались как результат подсознательного восприятия супруги в качестве объекта, с которым должна существовать эмоциональная, а не сексуальная близость.

V. Frick-Bruder (1979) отмечает, что если функционально обусловленные нарушения эрекции не связаны с малой привлекательностью партнерши или отвращением к ней, а также неразрешенными конфликтами во взаимоотношениях, стрессом, физическим или психическим утомлением, то их причину следует искать в страхах и конфликтах периода раннего детства. Речь при этом идет о неразрешенных конфликтах фаллическо-эдиповой стадии.

Характерный для этого периода детский страх кастрации не преодолевается, как при нормальном развитии, а сохраняется и переносится на женские половые органы, которые символизируют мать. Неосознанное опасение, что член может быть отрезан во влагалище, ведет к нарушению эрекции и уклонению от совокупления, которое рассматривается как опасное. Нарушения эрекции могут иметь место и при латентной гомосексуальности. Поскольку в этом случае идентификации с отцом не было, происходит отождествление с женской половой ролью и стремление избегать фаллической активности. J. Kagasap, C. A. Moore сообщают, что появление теории психоанализа вызвало радикальный сдвиг в представлениях об этиологии психогенных сексуальных нарушений. Впервые внутренний психический конфликт, коренящийся во впечатлениях

---

<sup>2</sup> Некоторые основные теоретические положения его представлены в приложении.

младенчества и детства, был рассмотрен в качестве основного источника сексуальных нарушений. Нарушения эрекции рассматривались как результат неосознанной попытки мужчины избежать вины кровосмешения либо как проявление неосознанной боязни кастрации либо как результат попытки избежать проявления неосознаваемых садистических наклонностей. Другие психоаналитики связывали нарушения эрекции с неосознанной мужчиной боязнью женщин (представление о «влагалище с зубами»), бессознательным гомосексуальным влечением или же ощущением мужской неполноценности. Со ссылкой на мнение В. S. Reynolds (1977) авторы отмечают, что в целом, однако, психоанализ оказался неэффективным для лечения нарушений эрекции. J. Marmor (1976) установил, что больные с дебютантными сексуальными нарушениями часто происходят из семьи, где подавляется сексуальность, или строгой религиозной среды, в которой секс никогда не обсуждался или же рассматривался как нечто грязное и порочное. Возможно, они находились в чрезмерно тесных отношениях со своими обольстительными матерями, в результате чего у них развилось значительно выраженное бессознательное чувство вины кровосмешения и боязнь кастрации, которые оказывали неблагоприятное влияние на качество половых актов. Иногда же, напротив, мать могла восприниматься больше могущественной и требовательной, чем любящей. Соответственно вагина представлялась ненасытной или наказующей, что приводило к возникновению страха перед половым актом. Отец в таких случаях выполнял в семье подчиненную функцию или его вообще не было. По мнению J. Sadger (1923), высказанные ребенку запрещения матери мочиться на нее, равно как и замечания, направленные на табуирование его эрекции, могут впоследствии привести к психогенным сексуальным нарушениям в том случае, если бессознательные связи с матерью станут стойкими и неразрывными.

В психоаналитической литературе имеются сообщения, которые связывают причину болезни с нарушением межличностных отношений [Salzmann L., 1972; Kaplan H. S., 1974; Gill H., Temperlay J., 1974]. В этих случаях нарушения эрекции рассматриваются как проявление враждебности по отношению к партнерше.

В ходе психоанализа вскрываются и другие причины психогенных сексуальных нарушений. Так, R. Greenson (1986) сообщает о мужчине 30 лет, который страдал половым расстройством, обнаруживающимся только по отношению к своей супруге. Вместе с тем с другими партнершами он был полностью потентен. В ответ на проведенную интерпретацию пациент отметил, что он не достоин иметь половое сношение с хорошей женщиной, так как от него исходят «разрушительные вещи», когда он позволяет себе «это».

Указанный автор описывает и случай психогенной аноргазмии, причину которой он вскрыл при психоанализе. Речь идет о пациентке, которая не смогла пережить оргазм при половом акте с мужем, несмотря на выраженное сексуальное возбуждение и безупречную технику супруга. С течением времени возбуждение просто исчезло. Пациентка ни в чем не винила мужа и отметила, что он даже гладко выбрит (!). Когда она сказала это, слезы потекли по ее лицу (!). Так как позиция обычного слушателя не позволила вскрыть истоков аноргазмии, то исследователь перешел на позицию сопереживания. Он представил, что какая-то его часть стала пациенткой и решил в этом новом качестве пережить те события, о которых она рассказывала, а также аналитический сеанс. Это удалось, так как Р. Гринсон работал с ней несколько лет. Он построил рабочую модель пациентки, состоящую из ее физической внешности, поведения, манеры двигаться, желаний, чувств, защит, ценностей, отношений и т. д. Эта модель «Я» была перемещена на передний план, а «Я» аналитика на время оказалось изолированным. По мере того, как «глазами пациентки» просматривались описанные ею события, всплыло несколько новых идей. Ее муж, как отметила женщина, осыпал ее поцелуями (англ. to shower — осыпать, принимать душ). В связи с этим вспоминалась сцена из детства, когда она принимала душ вместе с отцом. Это было одно из самых приятных воспоминаний об ее обычно сердитом отце. Обращал внимание следующий момент из воспоминаний: ее отец был очень волосат. С одной стороны, это делало его чувственным, а с другой — пугало. В поцелуях отца она наиболее живо вспомнила его усы. В связи с этим на ум пришло замечание пациентки, касающееся мужа: «Он был даже гладко выбрит». Это вернуло исследователя к прежнему состоянию аналитика. Если раньше он думал, что это высказывание связано с ее матерью, то теперь понял, что гладко выбритый, любящий и внимательный муж вызвал контрастную картину ее репрессированных сексуальных желаний к сердитому и

садистскому отцу. Вследствие этого она не смогла достичь оргазма и оплакивала гладкое лицо супруга.

Психоанализ по-своему трактует и парафилии. Интерес представляет объяснительная модель некоторых случаев гомосексуальности у мужчин, рассматриваемых через призму идентификации.

Мальчик, долго и интенсивно фиксированный на своей матери вследствие эдипова комплекса, и после наступления половой зрелости не приходит к необходимости смены матери на другой сексуальный объект [З. Фрейд, 1925]. Дело принимает неожиданный оборот. Юноша идентифицирует себя с матерью, «превращается» в нее и ищет объекты, которые могли бы заменить ему его «Я», которые он мог бы так любить и ласкать, как это делала мать по отношению к нему.

А. М. Свядош (1974) отмечает, что, по З. Фрейду, чувство отвращения, испытываемое гетеросексуалами к гомосексуализму, связано не с его противоестественностью, а с тем, что они подавляют у себя скрытые гомосексуальные тенденции. Автор сообщает о том, что ряд психоаналитиков рассматривают гомосексуализм как результат задержки сексуального развития на раннем детском этапе, вследствие чего не возникает гетеросексуальный выбор объекта. Он отмечает, что по I. Schultz (1934) к развитию гомосексуализма у мужчин ведет «злая холодная мать» при наличии мягкого отца. В отношении женщин-гомосексуалисток О. Fenichel (1954) утверждает, что у них или имеют место нарциссические тенденции, или резко выражена идентификация с отцом (желание обладать пенисом). Как отмечает И. С. Кон (1988), З. Фрейд связывает гомосексуальность с изначальной бисексуальностью человека.

В литературе имеется сообщение [Imielinski K., 1986], что, согласно психоаналитическим представлениям, тяжелые психические травмы в детском возрасте могут привести к возникновению прочной связи (фиксации) определенной части либидо с одной из фаз его развития: оральной, анальной или фаллической. Это обуславливает появление в психике взрослого человека признаков, характерных для указанных ранних фаз развития либидо, а также проявляется в виде сексуальных девиаций, мастурбации, эгоизма и неспособности к глубокому переживанию эротической любви.

Рассуждая о природе садизма и мазохизма, З. Фрейд (1989) отмечает, что они представляют собой два замечательных примера слияния стремления к жизни и стремления к смерти, и высказывает предположение, что все инстинктивные побуждения состоят из таких смесей и сплавов обоих влечений.

Психоанализ используется для лечения некоторых форм сексуальных расстройств, включая перверсии. С. Allen (1969) применяет поверхностный и глубокий психоанализ (цит. по К. Imielinski, 1974). Поверхностный психоанализ является сокращенным вариантом глубокого и включает интерпретацию ассоциаций, проводимую в течение нескольких недель. Пациент, находясь в состоянии приятного покоя, выражает ассоциации, связанные с симптомами его заболевания. Это позволяет выяснить причины одного нарушения за другим. Этот вариант может успешно применяться при фетишизме и умеренной степени сексуальной аверсии. Напротив, не следует ожидать хороших результатов при гомосексуализме, садомазохизме и других более грубых половых извращениях. Но даже, например, при фетишизме методика позволяет ликвидировать единичные симптомы, но не элиминирует всего эмоционального нарушения. Достоинство этого метода состоит в его простоте и возможности достижения быстрых результатов (если существующие симптомы поддаются быстрой ликвидации). Однако с его помощью нельзя достигнуть глубоких изменений личности, а изолированная атака на эмоциональную сферу до момента ликвидации симптома повышает барьер страха и приводит к опасности развития депрессии и возникновения суицидальных попыток. Вместе с тем тщательный анализ перенесений, возникающих при глубоком психоанализе, по мнению С. Allen (1969), является наилучшим методом лечения психосексуальных расстройств. Автор отмечает, что существует два подхода к их терапии. В первом подходе стремятся достигнуть целостного изменения психики через освобождение либидо. Пациенту не



позволяют предпринимать половых сношений до тех пор, пока он не приобретет уверенность в том, что произошло полное освобождение от фиксации или регрессии. Запрет некоторым пациентам в исполнении их стремлений ускоряет процесс развития реакций переноса. Им не разрешают говорить о своих сексуальных влечениях и реализовать их.

Следовательно, фетишист не может касаться фетишей, а трансвеститу возбраняется одеваться в одежду лиц противоположного пола и т. п. Эти запреты вызывают у больных страх, который ускоряет процесс лечения. Согласно второму подходу, пациент, напротив, должен совершать половые акты, если считает себя к ним способным, и продолжать делать это даже тогда, когда они удаются частично или вообще не удаются. L. H. Rubinstein (1958), опираясь на десятилетний опыт психоаналитического лечения, осуществил полный анализ нескольких случаев гомосексуализма. Он утверждает, что значительное количество пациентов ощущает выраженное улучшение после этого лечения и указывает на полный анализ как лечение выбора. Автор также отмечает, что хороший эффект может быть получен при укороченных и модифицированных формах анализа при условии соответствующего подбора пациентов. I. Bieber et al. (1962) представили результаты лечения психоанализом 106 гомо- и бисексуалистов. Авторы пришли к выводу, что каждый из 5 гомосексуалистов вылечился и бисексуалы могут быть успешно излечены психоанализом (речь, очевидно, идет о больных, которые согласились на лечение в связи с отсутствием с их стороны одобрения своих патологических наклонностей). Они утверждают, что вид психоаналитической техники, теоретическая ориентация, а также пол аналитика не оказывают никакого влияния на результаты лечения. Отмечается трудность аналитического лечения педофильных гомосексуалистов. J. O'Connor, L. Stern (1972) предприняли попытку сравнить результаты психоаналитического и непсихоаналитического психотерапевтического лечения. Проанализированы 35 случаев, где мужчины страдали нарушением эрекции. Лечение психоанализом проводилось не менее 2 лет и состояло из четырех сеансов в неделю. Эффективность лечения в этой группе составила 77%. В другой же группе, где проводилась непсихоаналитическая психотерапия, выздоровело 46% больных. Оценивая эти данные, В. Reynolds (1977) указывает, что сравниваемые группы больных, получавших различное лечение, не были равноценны по целому ряду характеристик. В частности, он ссылается на указания авторов, что пациенты, которым проводился психоанализ, имели менее выраженные нарушения, чем больные в другой группе.

**МУЗЫКОТЕРАПИЯ**

Этот метод используется для лечения сексуальных расстройств нечасто. С. Schwabe (1969) определяет музыкотерапию как специальный метод психотерапии, обосновывая свою концепцию общественной детерминированностью музыки. U. Myller (1966) также рассматривает ее как один из методов психотерапии, который целенаправленно использует возможности активной и пассивной музыкальной коммуникации от ее простейших форм до самостоятельной творческой импровизации, имеющей лечебные цели (цит. по Z. Matejova, S. Masura, 1984). Необходимо указать, что, если в одних случаях в лечении нервно-психических нарушений музыко-терапии отводится лишь вспомогательная роль («американская» школа), то в других, напротив, ее рассматривают как основной метод («шведская» школа). К. Imielinski (1986) отмечает, что в сексопатологии музыкотерапия применяется как вспомогательный метод и предназначена для синхронизации сексуального поведения партнеров. Использование музыки с лечебной целью объясняется тем, что она оказывает мощное воздействие на эмоциональное состояние человека, а также деятельность многих систем его организма. Так, Л. С. Брусиловский (1979), обобщая данные литературы о физиологическом действии музыки на организм человека, сообщает, что в том случае, когда музыка создает приятное настроение, замедляется пульс, снижается артериальное давление, расширяются кровеносные сосуды. При раздражающем характере музыки сердцебиение учащается. Спокойная музыка вызывает трофотропный эффект, возбуждающая — эрготропную реакцию. Музыка влияет на темп дыхания, изменяет тонус мышц и моторную активность. Данные электрофизиологических исследований свидетельствуют об изменениях электроэнцефалограммы, электрокардиограммы и кожно-гальванического рефлекса, являющихся результатом эмоциональных реакций, возникающих при восприятии музыкального материала. Выявлена зависимость эмоциональных состояний, развивающихся под влиянием музыкального произведения, от темпа музыки, ее ритмического рисунка, лада и звуковых сочетаний. Так, «мягкие» ритмы успокаивают, а быстрые пульсирующие действуют возбуждающе. Минорный лад оказывает «депрессивный» эффект. Консонансы успокаивают, диссонансы — возбуждают. Б. Д. Карвасарский (1985), ссылаясь на работы зарубежных исследователей [Geyer M., Schwabe C., 1975; Leder S. et al., 1983], отмечает, что выделяются следующие механизмы лечебного действия музыки: катарсис, эмоциональная разрядка, регулирование эмоционального состояния, повышение доступности для сознательного переживания психо- и социодинамических процессов. Музыкотерапия может также повышать социальную активность больных. Она способствует приобретению новых средств эмоциональной экспрессии, облегчает возможности усвоения пациентом новых отношений и установок, в частности, через развитие эстетических потребностей и т. д. Отсюда становится понятным, что умелое использование некоторых музыкальных произведений и целых программ может способствовать успеху интимной близости.

Влияние музыки на сексуальную сферу подтверждается исследованиями Кинзи, который показал, что 7% мужчин и от 23 до 29% женщин из «очищенной» выборки признали, что музыка вызывает у них половое возбуждение. При этом выяснилось, что мужчин с более высоким культурным уровнем (окончивших колледж) и женщин независимо от образования гораздо сильнее возбуждает классическая, а менее образованных мужчин — популярная музыка. Вместе с тем 19% женщин с различным уровнем образования и 22,5% мужчин, окончивших колледж, а также 40% мужчин, не учившихся в колледже, отметили, что на них действует не содержание и вид музыки, а только ее ритм. Следовательно, эротическое восприятие музыки зависит от

эстетической культуры личности и ряда других факторов. При оценке связи полового возбуждения с музыкальным ритмом следует вспомнить, что 48% мужчин в «очищенной» выборке Кинзи возбуждало уже само по себе быстрое движение, например езда в машине или на лошади [Gebhard P. H., Johnson A. B., 1979].

И. С. Кон (1988) отмечает, что музыка воздействует не прямо на сексуальность, а, скорее, на общий эмоциональный настрой. Возможно, именно этим объясняется и то, что женщины с их более диффузным эротизмом сильнее мужчин реагируют на музыку вообще и классическую в особенности. Эмоционально заторможенные люди с гипертрофированным самоконтролем, которые опасаются собственной сексуальности, боятся отдаться во власть экспрессивной музыки, пробуждающей в их душе непривычные и неприемлемые чувства. Психологически и морально для них приемлема лишь музыка, которая тут же «разряжается» в соответствующих заранее обусловленных действиях: марш, строевая песня, религиозная музыка, сопутствующая молитве. Уже Моцарт или Бетховен кажутся им опасными, так как их музыка, вызывая эмоциональное возбуждение и, следовательно, напряжение, не указывает конкретных способов их разрядки. Автор отмечает, что Лев Толстой с «клинической» точностью описал такой тип личности и его переживания в повести «Крейцера соната». Другие лица, наоборот, ценят музыку как средство эмоционального подъема и раскрепощения независимо от того, вызывает ли она у них эротические переживания. В заключение И. С. Кон (1988) сообщает, что, хотя вопрос об эмоциональном эквиваленте определенных музыкальных тональностей давно уже волнует музыковедов (по мнению немецкого публициста и поэта XVIII века К. Ф. Шуберта, a-moll выражает «робкую женственность характера», b-dur — «страстную любовь», c-moll — объяснение в любви и одновременно жалобу на несчастную любовь и т. д.), психологов и психотерапевтов, теоретической ясности в проблеме нет.

В отечественной литературе имеются лишь единичные публикации, в которых сообщается о применении музыкотерапии для лечения сексуальных расстройств. С. А. Гуревич (1986) отмечает, что в процессе использования музыкотерапии в условиях психоневрологического диспансера им разработаны принципы применения музыкотерапевтических программ для лечения больных сексологического профиля и выделены три их основных типа: диагностическая, лечебная, психогигиеническая. Программы первого типа являются своеобразными тестами, помогающими проводить дифференциальную диагностику между психозами и пограничными нервно-психическими расстройствами, обуславливающими сексуальные нарушения. Лечебные программы разделены автором на общие (коммуникативные, регулирующие, реактивные) и музыкально-сексотерапевтические (специальные и фоновые). Если общие лечебные музыкотерапевтические программы направлены на гармонизацию общего психического и соматического состояния пациента и стимуляцию общения в супружеской паре, то музыкосексотерапевтические соответствуют целям заочного социально-психологического и сексуального тренинга супружеской пары. Фоновые и специальные музыкосексотерапевтические программы используются в домашних условиях в процессе сексуальной близости.

Фоновые программы применяются супружескими парами с повышенным риском развития половых расстройств и используются для их профилактики, а также с целью терапии мнимых сексуальных нарушений. Они создают «настрой на ласки» и на сексуальную близость. Для фоновых программ рекомендуются хорошо знакомые, ассоциирующиеся с приятными воспоминаниями инструментальные пьесы, танго, блюзы, медленные фокстроты [Гуревич С. А., 1982].

Специальные же сексотерапевтические программы применяются при истинных сексуальных нарушениях «...для контроля эмоционального состояния супружеской пары и коррекции нарушенных психофизиологических сексуальных феноменов. Подобранная в соответствии с расстройствами конкретной составляющей и соотношенная с определенной стадией копулятивного цикла, МСТП становится своеобразной «партитурой» сексуальной близости, помогающей сексуальной реадaptации пациента» [Гуревич С. А., 1986]. Особо подчеркивается, что подбор музыкального материала определяется индивидуальными особенностями его восприятия членами

супружеской пары, а также конкретной клинической патологией. Он рекомендует использовать преимущественно камерно-инструментальные и эстрадно-инструментальные произведения, отдельные шумовые и ритмические музыкальные картины. Музыкальный материал специальных музыкосексотерапевтических программ разделяется автором на 4—6 частей в соответствии с фазами [Masters W. H., Johnson V. E., 1966] или стадиями [Васильченко Г. С., 1952] копулятивного цикла. Первая часть этих программ применяется в предварительном периоде и предназначена для формирования готовности к близости. Использование музыки на этом этапе способствует редукции основной невротической симптоматики, преодолению коитофобии, вагинизма, созданию настроения на сексуальное общение. Обычно используется 2—4 мелодических отрывка с общей продолжительностью звучания 10—20 мин. Вторая часть программы используется во время полового акта на всех этапах, предшествующих наступлению оргазма. Так как ритм оказывает прямое биологическое воздействие на организм человека, то при слабой эрекции рекомендуется учащение ритмического рисунка, а при преждевременном семяизвержении, напротив, ритмический рисунок должен быть устойчив, так как это способствует пролонгации сексуальной близости. Нарастанию эмоционального возбуждения способствует синкопальный ритм. На этом этапе используются эстрадно-инструментальные и джазовые композиции с длительностью звучания каждого мелодического отрывка 1—3 мин. Третья часть программы, приуроченная к оргазму, ограничивается элементарными ритмами, резко акцентированными звучаниями, а в некоторых программах в этой части 1—2 мин «звучит» тишина, так как при полной концентрации на сексуальной близости музыка сознательно не воспринимается. Четвертая часть программы используется в фазе обратного развития и ее музыкальное содержание перекликается с 1-й частью программы. Она носит импровизационно-лирический характер и отличается постепенным ослаблением звучания.

Психогигиенические программы формируются самим пациентом или супружеской парой под руководством врача и «...предназначены для коррекции астении, раздражительности, тревожности, внутреннего напряжения» — наиболее часто встречающихся эмоционально-стрессовых реакций.

З. В. Рожановская (1985) сообщает, что за рубежом музыкотерапия широко используется при лечении сексуальных дисгармоний. Она отмечает, что с этой целью подбираются ритмы и мелодии, способствующие эмоциональной раскованности и расслаблению, которые затем сменяются ритмами, направленными на активацию. Grafeille (1978) сообщает, что под влиянием эмоций, вызванных музыкой, устанавливаются или углубляются контакты между людьми, а это благоприятствует реализации сексуальной жизни. Объясняя механизм терапевтического воздействия музыки при преждевременном семяизвержении, автор отмечает, что мужчина, страдающий преждевременным семяизвержением, проявляет «нарушение» субъективного ощущения времени, в связи с чем музыкальный ритм может помочь в его регуляции. Лечение музыкой в таком случае будет отдалять наступление эякуляции. Таким образом, подсознательно усваивается и регулируется чувство времени и ритма (цит. по К. Imielinski, 1986). Составление музыкальных терапевтических программ, как указывает К. Imielinski, состоит из следующих этапов: 1) партнеры предоставляют список своих любимых мелодий; 2) врачом устранивается корреляция между одной из этих мелодий и результатами, которых он хочет добиться; 3) на магнитофонную ленту на фоне этой мелодии записывается инструкция; 4) партнерская пара получает магнитофонную ленту, а также некоторые инструкции.

Автор называет следующие достоинства музыкотерапии: абсолютную безвредность; легкость и простоту применения, требующего лишь наличия магнитофона; возможность контроля; уменьшение необходимости применения других лечебных методов, более нагружающих больного и требующих больших затрат времени; уменьшение вероятности присоединения к преждевременному семяизвержению гипозрекции, так как музыка стимулирует сексуальную возбудимость.

Далее К. Imielinski отмечает, что музыкотерапия применяется также при аноргазмии, задержке или отсутствии эякуляции.

## Глава 12

### ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Групповая психотерапия используется при половых расстройствах с целью коррекции нарушений межличностных отношений, являющихся причиной или следствием этих расстройств, а также при сексуальных дисфункциях без нарушения упомянутых отношений. Вопрос о возможности применения групповой психотерапии при сексуальных расстройствах оспаривался некоторыми специалистами в связи с тем, что они касаются интимной сферы, обычно скрываемой от постороннего внимания. Вместе с тем сексологические больные обычно депримируются своим состоянием, считают себя исключительно одинокими в своем страдании. Указанное обстоятельство явилось одним из серьезных обоснований для применения групповой психотерапии у пациентов указанного профиля. Так, А. В. Безмен (1972) утверждает, что этот вид психотерапии устраняет в первую очередь свойственные большинству больных чувство одиночества, переживание исключительности своего страдания и неуверенность в излечении. С. С. Либих (1974) выражал свое несогласие с существовавшим мнением о том, что «сексуальные неврозы» в силу их особенностей доступны только индивидуальной терапии, и рекомендовал для их коррекции ряд форм работы с группой пациентов. Применение же групповой психотерапии при нарушении межличностных отношений в партнерской (в том числе и супружеской) паре с целью их коррекции вообще не встречает препятствий. Таким образом, в настоящее время на вопрос о возможности применения этого метода лечения в сексологической практике дается однозначно положительный ответ.

При работе с группой людей эффекты группового воздействия могут сказываться в различной степени, что зависит от формы проводимой работы и численности людей в группе. Так, С. С. Либих (1979) считает, что следует выделять массовую, групповую и коллективную психотерапию. Под массовой психотерапией автор понимает врачебное воздействие на «механическое скопление» больных (лекции, культурно-массовые мероприятия). В этих случаях группы как таковой нет, так как отсутствуют сколько-нибудь оформленные отношения между больными. О групповой психотерапии, по его мнению, следует говорить, когда имеет место преобладающее воздействие только врача на группу больных (внушение в гипнозе группе пациентов, групповая беседа, групповая тренировка и т. п.). Вместе с тем термин коллективная психотерапия следует сохранить только за тем видом психотерапии, в котором основной лечебный эффект обуславливается терапевтическим воздействием больных друг на друга (терапия коллективом), организуемым и направляемым врачом.

Достаточно подробный анализ применения понятий «групповая психотерапия» и «коллективная психотерапия» с соответствующим историческим экскурсом провели А. С. Слуцкий и В. Н. Цапкин (1985). Они отмечают, что ряд отечественных авторов [В. М. Бехтерев, В. А. Гиляровский, К. И. Платонов], не давая четких определений понятию «коллективная психотерапия», стремились подчеркнуть главное в данном способе лечения: вовлечение больных в активное взаимодействие с целью создания высокоэффективных дополнительных факторов влияния, источником которых должен быть коллектив больных. Авторы сообщают, что Н. В. Иванов (1964) различал понятия коллективной и групповой психотерапии по идеологическим и психологическим признакам и считал, что психотерапию, проводимую в группах на Западе, целесообразно называть групповой, а в Советском Союзе —<sup>85</sup>коллективной. И. З. Вельвовский (1966) говорил о групповой психотерапии, когда врач проводил гипноз группе больных, а коллективная психотерапия, по его мнению, предполагала активность больных, находящихся в бодрствующем состоянии. А. С. Слуцкий и В. Н. Цапкин (1985) подчеркивают, что понятно стремление авторов первых советских психотерапевтических работ создавать психотерапевтические коллективы, а не группы, что было поддержано психотерапевтами последующих поколений. Однако с

течением времени явно обозначилось несоответствие между названием психотерапевтической работы и ее действительным содержанием. Это, в частности, выражалось в том, что при использовании распространенных методик так называемой коллективной психотерапии чаще всего речь шла о наиболее простом аморфном объединении больных и поэтому не формировались даже низшие формы группы. Использовались лишь временные и пространственные факторы совместного лечения, выражающиеся в таких элементарных формах взаимовлияния, как повышение внушаемости (например, взаимоиндукция на сеансах гипнотерапии), имитативное поведение. Отмечается, что механизмы такого воздействия на личность больного не имеют принципиального отличия от индивидуальной психотерапии, так как в качестве активного агента здесь выступает только психотерапевт, а социально-психологические феномены, обнаруживаемые в такого рода аморфных объединениях людей (проводится сравнение с аудиторией зрителей на спектакле, покупателями в одной очереди), относятся скорее к психологии масс, чем к психологии групп. Подчеркивается, что коллектив представляет собой высшую форму объединения людей, высшую стадию группового развития и «о коллективной психотерапии можно говорить лишь в том случае, если в процессе психотерапевтической работы группа больных сформировалась как единое целое и ее члены, образовав содружество единомышленников, проявляя взаимопонимание и взаимную поддержку, сплотились в осуществлении общей цели. Очевидно, что развитие психотерапевтической группы до уровня коллектива — задача чрезвычайно сложная, но вполне реальная» [Слущкий А. С., Цапкин В. Н., 1985].

Согласно классификации J. Alexandrowicz (1979), при индивидуальной психотерапии инструментом воздействия на пациента является психотерапевт, а при групповой психотерапии — психотерапевтическая группа. Однако, как отмечают Б. Д. Карвасарский и В. А. Мурзенко (1979), психотерапевтический потенциал групповых методик не ограничивается только возможностью воздействия группы на отдельного ее участника. Если бы это было так, то групповые методы не имели бы никаких дополнительных механизмов коррекции по сравнению с индивидуальной психотерапией. Единственное различие заключалось бы в вышеупомянутом инструменте воздействия. При групповой психотерапии каждый пациент моделирует свою реальную жизненную ситуацию, раскрывает характерные для него стереотипы поведения и эмоциональные переживания. Создаются возможности «посмотреть на себя со стороны», прийти к пониманию непродуктивности своего поведения и изменению нарушенных отношений. В результате приобретаются навыки полноценного общения и осваиваются иные, более адекватные формы эмоционального реагирования и поведения. Таким образом, групповой психотерапевтический процесс охватывает не только индивидуальную проблематику пациента, но и преломляет ее в тех отношениях, которые складываются в группе. Специфичность групповой психотерапии заключается в целенаправленном и осознанном использовании всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы (включая психотерапевта), т. е. происходит использование групповой динамики в лечебных целях.

В общем виде групповую динамику определяют следующие факторы [Г. Л. Исурина, 1983]: 1) цели, задачи и нормы группы, их формирование и изменение, их влияние на участников группы; 2) проблема лидерства в группе, проблемы руководства, зависимости, подчинения и сотрудничества; 3) групповые роли; 4) сплоченность группы; 5) групповое напряжение; 6) актуализация прежнего эмоционального опыта и прошлых стереотипов межличностных отношений во взаимодействии с отдельными членами группы; 7) формирование подгрупп, их отношение к группе и влияние на ее деятельность; 8) главные виды вербальной коммуникации в группе и их содержание.

Автор отмечает, что большинство исследователей выделяют в процессе групповой психотерапии несколько фаз. Первая фаза представляет собой образование группы как целого. Вторая фаза характеризуется высоким уровнем напряженности. Анализ ситуации, сложившейся в группе, определяет начало третьей фазы, в процессе

которой начинаются структурирование группы, выработка норм и целей. В этой фазе у пациента развиваются чувство принадлежности к группе, ответственность за ее функционирование. В ответ он получает признание группы, что изменяет его самооценку и повышает степень самоуважения. Постепенно изменяется позиция психотерапевта. Он переходит из альфа-позиции (позиция руководителя) через омега-позицию (позицию противника) в бета-позицию (позицию консультанта и эксперта). В этой фазе группа способна самостоятельно решать возникающие проблемы.

Это создает у ее членов чувство уверенности и безопасности. Четвертая фаза представляет собой период активной работы психотерапевтической группы.

Основной формой групповой психотерапии является групповая дискуссия, остальные формы (разыгрывание ролевых ситуаций, психогимнастика, проективный рисунок и др.) выполняют вспомогательную функцию. В ходе дальнейшего изложения речь будет идти о некоторых формах психотерапии, проводимых с группой пациентов и предполагающих различную степень взаимодействия ее членов. Тематика лекций, имеющих терапевтическое значение, должна касаться как проблематики семейных и супружеских конфликтов, так и различных аспектов проблемы психогигиены половой жизни. Беседы с группой больных предполагают обмен мнениями и обсуждение затрагиваемых вопросов, что определяет психотерапевтическое воздействие на больных врача и других пациентов.

С. С. Либих (1979) с целью сближения больных и вызывания у них заинтересованности в групповых беседах рекомендует применять следующие приемы:

- а) **поиск общего, типического у больных группы.** На основании обнаружения сходных, типичных жалоб пациенты постепенно с помощью врача приходят к осознанию общности их состояния, что устраняет представление об исключительности их заболевания и приводит к мысли о том, что они не одиноки в своем страдании;
- б) **выработка больными приемов активного противодействия болезни.** Пациентам объясняют, что их объединили в группу с целью обучения методам сознательного и активного противодействия болезненным проявлениям;
- в) **анонимное обсуждение.** Врач рассказывает больным об общих закономерностях «нервных» болезней и разбирает с ними историю болезни одного из выписавшихся больных;
- г) **«психотерапевтическое зеркало».** Этот прием является развитием предыдущего: в рассказе врача о заболеваниях находят отражение факты из историй болезни присутствующих больных, вследствие чего пациенты получают возможность услышать о себе мнение врача и других больных и вместе с тем остаться «нераскрытыми» группой;
- д) **лечебная перспектива.** Группа формируется так, чтобы в ней были больные, находящиеся на различных этапах лечения и с различной выраженностью этих заболеваний (заболевшие и выздоравливающие, с легкими и тяжелыми проявлениями заболевания). Такой принцип подбора формирует «волю к здоровью» и создает лечебную перспективу. С этой же целью на групповые психотерапевтические беседы приглашаются ранее лечившиеся больные.

В публикации, специально посвященной использованию групповой психотерапии и аутогенной тренировки при лечении половых расстройств, С. С. Либих (1967) указывает на нецелесообразность формирования группы больных исключительно для психотерапии

сексуальных нарушений. Он рекомендует создавать такие группы, куда, помимо лиц с сексуальными расстройствами невротической природы, также включаются пациенты с различными формами неврозов, не сопровождающимися указанными расстройствами. Таким образом, отмечает автор, группа формируется для широкой психотерапевтической работы, что не отпугивает больных и не фиксирует их внимания на сексологических проблемах. С. С. Либих рекомендует создавать группы численностью 10—15 человек и не советует добиваться полной однородности состава больных по диагнозам и синдромам. Это, по его собственным наблюдениям и наблюдениям других авторов, на которые он ссылается, часто усиливает

внутригрупповое взаимодействие больных, их активность, что следует относить к положительным явлениям. Автор советует проводить 10—15 групповых бесед длительностью около 1 ч 1—2 раза в неделю.

В. Н. Лезненко (1969) при лечении больных «психогенной импотенцией» использовал беседы со следующей тематикой (всего семь тем).

Во время первой беседы («Анатомия человека») психотерапевт, говоря о строении тела человека и функциях внутренних органов, особое место уделял сведениям о строении мужских и женских половых органов, а также отклонениям в их деятельности. Результатом этой беседы являлось заметное успокоение и улучшение состояния больных, которые связывали недостаточность своей сексуальной функции с якобы имеющим место недоразвитием половых органов.

Вторая беседа («Высшая нервная система и ее деятельность») была посвящена изложению в доступной форме учения И. П. Павлова об условных рефлексах, основных нервных процессах и их нарушениях, типах нервной системы. Приводились конкретные примеры сексуальных нарушений, обусловленных нервными срывами. Результатом этой беседы было осмысление больными зависимости между функциональными нарушениями в деятельности нервной системы и сексуальными расстройствами.

В третьей беседе («Особенности темперамента личности и их влияние на половую жизнь») освещались особенности формирования личности, связь эмоционально-волевых качеств с сексуальной деятельностью. Больных ставили перед необходимостью перестройки отдельных личностных качеств.

В четвертой беседе («Половые отношения мужчин и женщин») развивалась мысль о необходимости строить сексуальную жизнь в опоре на духовную близость между партнерами. В подтверждение ее приводились примеры, когда несоблюдение этого условия может служить причиной сексуальных расстройств.

Пятая беседа («Причины сексуальных расстройств и особенности патогенных влияний») являлась продолжением четвертой. Во время этой беседы врач рассказывал о случаях, когда сексуальные срывы развивались под влиянием неблагоприятных условий. Также дискредитировалась переоценка патологического влияния мастурбации и развенчивалась неправильная ориентация на завышенные «нормы» сексуальной жизни. Как указывает автор, к этому времени в группе складывались благоприятные условия, «...когда коллектив оказывал наиболее сильное влияние на участников группы и многие пациенты изъявляли желание рассказать о своем состоянии». Эти желания учитывались, и заслушивались те больные, у которых наступило улучшение или выздоровление.

Шестая беседа («Пути преодоления психогенных сексуальных расстройств») включала разбор как внешних (условия, в которых происходит сексуальное сближение), так и внутренних (особенности личности, состояние нервно-психической сферы и организма в целом) факторов, которые играют важную роль в процессе устранения сексуальных расстройств.

Седьмая беседа («Психогигиена половой жизни, роль медикаментов») включала психогигиенические рекомендации, сведения о важности оздоровительных мероприятий для функционального состояния нервной системы. Кроме этого, освещалось значение медикаментов в лечении сексуальных расстройств.

Курс бесед заканчивался разбором всех возникших вопросов.

В. Н. Лезненко отмечает, что при проведении бесед обнаруживались определенные закономерности в динамике отношения больных к указанному методу и в их поведении, в связи с чем были выделены следующие стадии:

1. Состояние ожидания и некоторой растерянности перед началом психотерапии. Оценка своей роли в группе.
2. Интерес к описываемым психотерапевтом состояниям и сопоставление их со своими нарушениями.
3. Появление интереса к нарушениям состояния здоровья у товарищей по группе и потребность обмена мнениями о своем состоянии.
4. Сплочение коллектива. Устранение чувства одиночества и представления об исключительности своего заболевания.
5. Потребность в пересмотре своего отношения к болезни, перестройка отдельных черт характера, адекватное реагирование на различные жизненные ситуации.
6. Правильная оценка своего болезненного состояния.
7. Активное стремление найти в себе силы для устранения болезненных проявлений.



Я. М. Голанд (1969) разработал методику комплексной психотерапии психогенных форм сексуальных расстройств у мужчин, соединяющую в себе индивидуальную работу с больным, его участие в систематической курсовой коллективной психотерапии и параллельное участие жен больных в особой психотерапевтической группе. Опыт его работы показал, что такое всестороннее и многообразное воздействие наиболее эффективно.

Э. М. Дворкин (1969) сообщает, что в качестве основы для лечения психогенных сексуальных нарушений он использовал индивидуальную и групповую психотерапию. Одной из первых задач психотерапевтического воздействия было создание правильного отношения больного к своему заболеванию. Коллективная психотерапия в малых группах (3—5 человек) предполагала включение в них выздоравливающих больных и пациентов с неблагоприятно текущими формами половых расстройств, что создавало для последних «лечебную перспективу».

К. Imielinski (1974) отмечает, что если до недавнего времени групповая психотерапия не применялась для лечения психосексуальных заболеваний, что объяснялось стыдом их обнаружения, то в настоящее время она начинает играть все большую роль в их терапии. Он отмечает, что этот метод лечения может использоваться при невротических сексуальных расстройствах и извращениях. Он направлен на самопознание, вскрытие источников своих трудностей и их предупреждение, ознакомление с причинами своего положения, неприспособленного к ситуации и партнеру, расширяет возможности эмоционального приспособления к другим людям. Групповая психотерапия представляет собой тренинг в контактировании пациентов с социальной группой, активизирует пациентов, позволяет освободить больных от ощущения социальной изоляции. При проведении групповой психотерапии выводы делаются не только на основании ответов пациента, но прежде всего исходя из наблюдения за его поведением в группе (важно фиксировать отношения к мужчинам и женщинам, выражающиеся различными способами). В группе возникают связи с людьми, подобные тем, которые имеют место в реальной жизни. В процессе групповой психотерапии пациент выражает эмоции, которые позволяют познать его намного лучше, чем неоднократные беседы, проведенные с ним наедине.

Таким образом, заключает К. Имелинский, группа выполняет важную диагностическую функцию. Кроме этого, группа внушает что-либо намного успешнее, чем один психотерапевт при индивидуальной беседе.

Mellan (1968) пишет о применении групповой психотерапии у мужчин с психосексуальными расстройствами. Вначале в анонимной форме сообщается история болезни кого-либо из членов группы, чтобы пациент мог оставаться неузнанным, если сам добровольно не изъявит желания признаться в том, что речь идет именно о нем. В группе, как правило, находятся мужчины с различными видами сексуальных расстройств, которые по-разному относятся к представляемому случаю. Начинаются групповое обсуждение и дискуссия, *которыми руководят врач и психолог. Участники группы* нередко ощущают себя при этом в определенном смысле знатоками, способными обнаружить некоторые патогенные связи, например с семейной средой. Это дает возможность больным, история болезни которых обсуждается, осознать неблагоприятное влияние доминирующей матери, неправильных взглядов на сексуальную жизнь, привитых семейной средой и т. п.

J. Malewski) и J. Osuchowska (1968) говорят о необходимости преодоления рационализаций, предъявляемых пациентами, что позволяет<sup>99</sup> вскрыть истинные причины сексуальных расстройств. В подтверждение они приводят случай, когда больной считал преждевременное семяизвержение единственной причиной своих семейных трудностей: Он указывал, что, если бы не это расстройство, его жизнь была бы счастливой и лишенной всяких проблем. В процессе групповой психотерапии вскрылась неуверенность пациента в мужской роли, боязнь быть отвергнутым женщиной и принятие по отношению к ней подчиненного положения. В группе

вступал в контакт только с агрессивными, доминирующими женщинами и был в их руках безвольным инструментом. Это усугубляло неуверенность больного в себе, а также приводило к возникновению у него различных неприятных чувств по отношению к этим женщинам. Осознание механизма такого поведения и его истоков, достигающих детского возраста, позволило предпринять меры, направленные на изменение создавшегося положения, и тем самым разорвать порочный невротический круг.

Имеются сведения об успешном применении групповой психотерапии в отношении находящихся в тюремном <sup>113</sup> заключении лиц, совершивших половые преступления [Yalom, 1961]. Автор применял этот метод лечения у больных с сексуальными извращениями, пребывающими в специальном заведении, соединяющем черты госпиталя и тюрьмы (США, штат Мэриленд), где находились эмоционально уравновешенные преступники без интеллектуальных нарушений. С момента начала групповой психотерапии наиболее важной проблемой была замена атмосферы принуждения на атмосферу, близкую к добровольности. Автор подчеркивает, что часто вина за совершенное приписывается неблагоприятным внешним условиям (злым людям, воспитанию, алкоголю, плохому товарищескому окружению и т. д.) и целью групповой психотерапии является формирование у пациента убеждения, что выбор между подчинением деструктивным влияниям и активным руководством собственным поведением зависит от него самого. Описывается случай с мужчиной, который на улице напал на женщин и хватал их за груди и половые органы. Вначале ответственность за такое поведение он перекладывал на жену, характеризуя ее как холодную, незрелую, недоброжелательную и слишком критичную по отношению к нему. Говорил, что так было с начала супружеской жизни. Когда ему предложили хорошую работу в другом месте, супруга не захотела уезжать, желала быть рядом с родственниками. Каждый вечер, когда муж возвращался с работы, она уезжала к этим родственникам, которые проживали в 50 км от них. Когда ситуация стала для него невыносимой, он решил обратить внимание жены на себя и с этой целью приставал на улице к женщинам, стремился, чтобы о нем написали в газетах. Первоначально группа приняла эту версию без оговорок, однако в процессе терапии выяснилось, что поведение супруги явилось следствием неправильных поступков пациента.

### СЕМЕЙНАЯ ТЕРАПИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СЕМЕЙНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

#### 13.1. Вводные замечания

В связи с полисемантической термином «семейная терапия» (семейная психотерапия) необходимо выделить его различные смысловые оттенки. Это связано с тем обстоятельством, что основой для выделения семейной терапии могут быть такие разные стороны психотерапевтического процесса, как объект и метод. Выделение указанной терапии по критерию объекта, на который она направлена (семья), связано с ее пониманием как инструмента оптимизации семейных отношений — той среды, в которой находится больной [Либих С. С., 1979; Захарова А. И., 1982; Воловик В. М., 1973, и др.]. Если же основой выделения является метод, то под семейной психотерапией понимается лечебное воздействие на больного с использованием группового семейного эффекта. В первом случае речь идет о психотерапии семьи, а во втором о психотерапии семьей. Эти два подхода к семейной психотерапии различаются характеристикой терапевтического агента (т. е. по методу в значении «инструмента»; J. Aleksandrowicz, 1979): если во втором случае таким агентом является группа, то в первом агент размыт — это и личность психотерапевта, и группа. На уровне же конкретных терапевтических техник, реализуемых в этих двух подходах к семейной психотерапии, различий практически нет. Первоначально семейная терапия возникла и до сих пор преимущественно реализуется в клинической практике (преимущественно психиатрической).

На сегодняшний день можно говорить о трех аспектах понимания семейной психотерапии: оптимизация семейного окружения больного, воздействие на больного с использованием группового семейного эффекта, нормализация семейных отношений психически здоровых лиц. Третий аспект выходит за рамки традиционной медицинской проблематики и может быть реализован совместно врачом и психологом. Этот аспект семейной психотерапии следует обозначить как семейное консультирование [Mudd E. H., Goodwin H. M., 1965].

Цели семейной терапии очень разнородны. Так, согласно данным Комиссии семьи, созданной Американским психиатрическим обществом, цели семейной терапии по частоте упоминания проранжированы следующим образом: 1) улучшение интерперсональной коммуникации; 2) повышение автономии; 3) рост эмпатии; 4) оптимизация стиля руководства в семье; 5) повышение эффективности ролевого исполнения; 6) ликвидация конфликтов; 7) редукция симптоматики у одного или нескольких членов семьи; 8) повышение эффективности выполнения заданий [Radochonski M., 1982].

В связи с тем что квалификация состояния пациента опирается на категорию нормы (подведение под определенную нозоформу — это не только спецификация заболевания, но и отграничение патологии от нормы), а медицинская норма в данных условиях неадекватна, то происходит формирование нового понимания нормы — нормы здоровой семьи, которая представляет собой интеграцию физиологической, психической и социальной норм. За счет выраженного интерактивного аспекта норма здоровой семьи нередко вырождается в норму взаимной приспособленности, а терапия в этих случаях сводится к взаимной «подгонке» (психологической, сексуальной и т. п.) супругов друг к другу.

#### 13.2. Модели семейной терапии и консультирования

91

Выделяемые модели перекликаются со следующими задачами психотерапии: мобилизацией, успокоением, личностной реконструкцией и др. Приводимые ниже модели являются скорее взаимодополняющими, чем конкурирующими. Они различаются уровнем сложности проведения как<sup>115</sup> диагностического, так и терапевтического этапов.

**Энергетическая модель.** В основе этой модели лежит идея

энергетического гомеостаза — оптимума активации. Здесь терапия и консультирование непосредственно направлены на снижение эмоционального напряжения посредством вегетативных и разряжающих техник (аутогенный тренинг, прогрессивная мышечная релаксация по Джекобсону, десенситизация, катартическая терапия и т. п.).

В рамках энергетической модели большое терапевтическое значение имеют катартические техники. Идея катартической терапии состоит в том, что подавление выражения негативных эмоций вовне является фактором, интенсифицирующим этот эмоциональный процесс, и причиной его длительного сохранения в форме патогенного эмоционального напряжения [Murphy G., 1951; Krech D., Crutchfield R. S., 1959; Hilgard E. K., 1967]. Так, Grinker и J. P. Spiegel (1963) обнаружили, что при подавлении тревоги последняя лишь теряет свой предмет, становясь беспредметной, а потому еще более патогенной. Этот эффект подавления прямо противоположен способу действия механизма психологической защиты у невротика.

Симптом этическая модель. На этапе психодиагностики эта модель характеризуется тем, что супружеские затруднения и конфликты рассматриваются как производные определенной конфликтогенной личностной черты. Например, личностная тревожность, агрессивность, депрессивность, нейротизм, догматизм и т. п. являются предрасполагающими к конфликту личностными образованиями. Задача психодиагностики состоит в выявлении таких конфликтогенных личностных образований у супругов. Кроме того, в рамках этой модели стоит вопрос о совместимых характерологических и психодинамических качествах супругов. Нельзя говорить об «абсолютной» несовместимости партнеров [К. Имелинский, 1972]. Совместимые партнеры характеризуются контрастом по следующим факторам опросника Кеттела (1970): реализм (J), гипотимия (O), консерватизм (Q), смелость (H), доминантность (E), искушенность (N). По факторам же интеллект (B), беспечность (F), практичность (M) в совместимых супружеских парах выявлено подобие [Обозов Н. Н., 1979; Обозов Н.Н., Обозова А. Н., 1982].

В рамках этой модели терапия сводится к коррекции психологической несовместимости, суть которой состоит в основном в информировании партнеров об их личностных особенностях, выработке приемлемых способов обращения друг с другом. Совершенно очевидно, что возможности коррекции личностных свойств посредством такого воздействия ограничены. Эта модель более эффективна при ролевой несовместимости, которая в ряде случаев рассматривается как основная причина супружеских дисгармоний. Так, Р. Орт считает главным условием счастья совпадение ролевых ожиданий и ролевого поведения [Обозов Н. Н., 1979]. Таким образом, анализ и коррекция ролевых представлений вписываются в симптоматическую модель семейной психотерапии и консультирования.

Симптоматическая модель в большей степени апеллирует к ролевым и поведенческим образованиям, в меньшей степени затрагивая личность. При выявлении несовместимых личностных особенностей супругов задача состоит в формировании адаптивных поведенческих форм у каждого из них. Поэтому симптоматическая модель не является личностно-ориентированной, но может тем не менее быть патогенетической — когда расстройство лежит на ролевом уровне.

Семантическая модель. В рамках этой модели структура личности, ее актуальные черты рассматриваются как производные, вторичные защитные образования. Именно поэтому в теоретическом плане в основе этой модели лежит идея многомерности личностной структуры: первичных, вторичных и третичных личностных свойств [Карвасарский Б. Д., 1985]. В рамках рассматриваемой модели значительное место занимает понятие «психологическая защита»<sup>2</sup> (Филатов А. Т. и др., 1986), так как последняя модифицирует личностную структуру [Sjoback H., 1973]. Этап психодиагностики в этой модели не сводится (как это имеет место в рамках предыдущей модели) к использованию соответствующих личностных методик. Более того, последние занимают далеко не самую важную роль на этом этапе. В рамках рассматриваемой модели конфликт объясняется не личностными «дефектами», а наоборот, конфликт обеспечивает образование определенных личностных свойств.

Диагностика состоит в построении (формировании) ряда правдоподобных версий конфликта. Такие версии представляют собой «семейный диагноз»<sup>1</sup>. Каждая из возможных версий подвергается проверке (верификации). Данные психологических методик являются теми фактами, которые подтверждают какую-либо версию либо опровергают ее. Обнаружение авторитарности у супругов само по себе безлико. Если супруги обращаются за консультацией с нарушением взаимодополнения по типу соперничества, а при этом у них диагностируется авторитарность, можно сформулировать как минимум две версии конфликта: первичной несовместимости личностных свойств и вышеописанного защитного мифа. Совершенно очевидно, что терапевтическая стратегия в этих случаях должна быть разной.

Необходимо отметить, что модель консультирования тесно связана с общей стратегией психологического и психотерапевтического исследования. Так, в основе симптоматической модели лежат данные, полученные на больших выборках, о совместимости определенных личностных черт. В основе же семантического консультирования лежат представления об идеографическом описании объекта (анализ единичного случая).

При реализации семантической модели консультирования существует значительная трудность следующего рода: построение

<sup>1</sup> Более подробно о семейной диагностике см. ниже.

версий конфликта опирается на имеющиеся у психотерапевта или психолога теоретические представления о личности. К сожалению, отечественная психология практически не предложила таких модельных представлений личности, которые могут явиться отправными точками построения версий. Именно поэтому этот этап еще во многом остается во власти индивидуальных предпочтений диагноста.

Использование той или иной модели консультирования связано с двумя обстоятельствами: во-первых, с характером обнаруженного дефекта супружеских отношений; во-вторых, со стилем работы терапевта. Так, если расстройство семейного функционирования связано с тем, что муж является психопатической личностью, вполне достаточно энергетической и симптоматической моделей. В тех же вариантах супружеской дисгармонии, которые обусловлены скрытой, неосознаваемой психической динамикой, следует предпочесть семантическую модель консультирования. В противном случае осуществляется соскальзывание патогенетической терапии в симптоматическую — формирование адаптивных поведенческих форм.

### **13.3. Этапы семейной терапии**

В соответствии с задачами патогенетической личностно ориентированной психотерапии можно выделить следующие этапы семейной терапии: психодиагностики; осознания психологических механизмов болезни или семейной дисгармонии; реконструкции отношения личности; реализации вновь сформированных отношений личности в функционировании семьи.

Выделение таких этапов связано с особенностями патогенеза семейной дисгармонии. Если семейная терапия является патогенетически ориентированной, то в ней выделяются все вышеперечисленные этапы; если же она симптоматически ориентирована, то отдельные этапы либо отсутствуют, либо имеют другие цели.

#### **13.3.1. Диагностика**

##### *13.3.1.1. Семейный диагноз*

С целью типологизации нарушений семейных взаимоотношений<sup>93</sup> было введено понятие динамического «семейного диагноза» [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976, 1979; Askerman N., 1958, 1965], который рассматривается на трех уровнях: описательном, генетическом и динамическом (функциональном). Описательный уровень семейного диагноза состоит в выявлении тех симптомов, которые отражают аномальные типы взаимодействия: ссоры, сексуальные дисгармонии, измены, злоупотребление алкоголем, невротические симптомы, психосоматические

заболевания, эмоциональное отчуждение и т. п. [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Тысячная З. К., 1977]. На генетическом уровне рассматривается эволюция брака, причем делается попытка восстановить историю развития семьи таким образом, чтобы актуальные семейные проблемы попали в контекст всего развития. Кроме того, история развития семьи не может быть понята вне истории развития каждого из супругов до брака: какую проблему решал каждый супруг посредством брака и т. п. Динамический, или функциональный, уровень состоит в выделении типов патологического взаимодополнения. Т. М. Мишина (1978) выделила 3 таких типа: соперничество, псевдосотрудничество и изоляцию. Истинный смысл каждого из них может быть вскрыт лишь в единстве с генетическим описанием семьи. Таким образом, мы сталкиваемся с необходимостью построить правдоподобную дифференциально-диагностическую версию супружеских дисгармонических отношений.

Соперничество проявляется в ссорах, взаимных обвинениях, ругани, вплоть до физической агрессии. Как правило, в основе соперничества лежит борьба за лидерство, утверждение своей модели семьи, реализацию своих представлений о ролевых функциях супругов. Такие семьи отличаются тем, что у них значительно ослаблены силы сплочения. В состоянии соперничества семья находится, как правило, относительно недолго — срабатывают психологические защитные механизмы, которые изменяют характер супружеских взаимоотношений. В этом случае открытой конфронтации уже нет. В случае изоляции супруги эмоционально холодны и безразличны друг к другу.

Другим вариантом внешне спокойного супружества является псевдосотрудничество. Отношения здесь внешне ровные, согласованные, с элементами преувеличенного выражения заботы. Вместе с тем анализ показывает, что супруги отрицают наличие затруднений в семейных взаимоотношениях, воспринимают только положительные черты друг друга и значительно преувеличивают их.

Изоляция может иметь разную психологическую природу. Рассмотрим один из ее вариантов, который представляет особый интерес, а именно те случаи супружеской изоляции, когда в основе мотивации брака лежала любовь. Механизм трансформации чувства любви в чувство безразличия изучен недостаточно. Заслуживает внимания тот факт, что супруги часто продолжают совместную жизнь, даже если они уже безразличны друг другу и у них отсутствует материальная необходимость в сохранении брака. Ссылка на привычку является малоубедительной: чем шире объяснительное поле категории, тем меньше ее объяснительный потенциал. Генезис безразличия может быть представлен следующим образом. Супружеские затруднения, связанные на первом этапе супружества с борьбой за семейную власть, за отстаивание своих моделей брака и т. п., приводят к формированию сложного состава эмоционального отношения: чувство любви подвергается инкапсуляции за счет образования оболочки отрицательной модальности (гнев, тревога и т. п.). На определенном этапе этот эмоциональный комплекс начинает выступать носителем патогенной эмоциональной энергии. Включение механизма психологической защиты типа вытеснения приводит к тому, что в сознании на месте бывшего эмоционального образования остается «дырка», не связанная с остальным содержанием сознания. Такое безразличие представляет собой защитную трансформацию чувства любви. Одним из доказательств наличия вытесненного чувства любви у супругов в описываемом варианте изоляции является их утверждение о том, что они неспособны больше любить друг друга. Следовательно, любовь в психической системе супругов есть, однако она вытеснена, а пути ее канализирования перекрыты.

Терапевтическая техника реконструкции чувства любви состоит в следующем. На первом этапе используют технику психокатарсиса: пациентке предлагается вспомнить посредством создания ярких эмоционально окрашенных образов самые неприятные моменты супружеских взаимоотношений, где супруг вел себя крайне негативно. Для осуществления психокатарсиса необходимо создать атмосферу доверия, которая позволит актуализировать процессы самораскрытия и значительно ослабить

групповую семейную защиту. Задача психокатартического этапа состоит в разрядке инкапсулированной негативной эмоциональности. На втором этапе пациентке указывается на наличие у ее супруга тех достоинств, о которых она знает, но которые как бы не замечала. Психокатарсис ликвидирует инкапсуляцию чувства любви, создает условия его психической мобильности. Создание позитивного образа супруга создает условия возвращения чувства любви в сознание. Динамика процесса терапевтической реконструкции может быть прослежена с помощью психосемантических методов, в частности, посредством техники диадических решеток А. Рyle (1972). Так, если генетический анализ показывает, что брак был заключен по любви, а в настоящее время сложились отношения изоляции, когда супруги безразличны друг другу, то следует полагать, что любовь есть, но она вытеснена. Это особенно характерно для тех супругов, которые живут вместе вопреки здравому смыслу. Возможны и иные варианты развития супружеской изоляции. Следовательно, указание на феноменологический тип нарушения супружеских отношений (соперничество, псевдосотрудничество, изоляция) без вскрытия его психологической природы малоинформативно для проведения терапии, которая отличается не только в зависимости от типа, но и внутри типа при разной его психологической природе.

Необходимо обратить также внимание на следующее. Диагностика типа нарушения супружеских отношений производится по внешнему проявлению поведения супругов. Мы наблюдали такие варианты нарушения взаимоотношений, когда жена субъективно переживала псевдосотрудничество, внешнее проявление дисгармонии также носило форму псевдосотрудничества, а муж, подыгрывая жене, субъективно переживал изоляцию. Иначе говоря, следует различать субъективные позиции супругов во взаимоотношениях и внешнюю ткань нарушения.

В ходе семейной терапии и консультирования необходимо выявить «семейные мифы»: во-первых, способы интерпретации сложившейся трудной супружеской ситуации каждым супругом и, во-вторых, мотивировки обращения супругов к семейным консультантам, которые представляют собой продолжение способа интерпретации ситуации. А. Ф. Копьев (1986) с целью выявления мотивировок обращения за консультативной помощью рекомендует следующий «прием». Консультант говорит, что в состоянии клиента он не видит ничего особенного: у многих не всегда в жизни все бывает хорошо. Тем самым пациент побуждается к доказыванию необходимости в психологической помощи, раскрывает свои ожидания от нее.

Следует ли доверять жалобам пациентов, их схемам интерпретации конфликта? Если да, то обнаружить действительный источник напряжения в семье не так трудно. Как считают некоторые авторы [Копьев А. Ф., 1986], следует иметь в виду различия между пациентом в процессе психотерапии и пациентом, обратившимся за психологическим консультированием. Последнему можно доверять в большей мере, так как за его проблемами нет бессознательной драмы, искажающей как схемы интерпретации, так и источники напряжения в семье.

Вместе с тем часто приходится сталкиваться с положением, когда супруги выдвигают совершенно разную проблематику конфликта. Например, супруги К. совершенно различно интерпретируют актуальную семейную ситуацию: жена все неполадки в семье связывает с сексуальным расстройством у мужа; муж, напротив, полагает, что причиной всему являются личностные особенности супруги. При этом, естественно, супруги дают значительно различающиеся картины ведущих жалоб, связанных с семейной психотравматизацией. С. Минухин, представитель структурной семейной терапии, специально подчеркивает, что для получения правильной картины терапевт в своем анализе должен полагаться на невербальную информацию [Minuchin S., 1978]. Терапевт наблюдает невербальное поведение, которое подтверждает или опровергает то, что члены семьи сказали ему. Так, например, жена жалуется, что ее супруг большую часть времени молчит. Но во время терапевтических сессий жена всякий раз прерывает мужа, как только он пытается заговорить, или просто не обращает внимания на его слова. Вместе с тем жена заявляет, что она уважает мужа и

даже боится его [., 1978]. Как видно, в поведении супруги явно расходятся вербальный и невербальный план поведения.

За консультацией пациенты обращаются, как правило, на этапе затяжного конфликта (супружеского затруднения), когда уже формируется бессознательная драма, включаются защитные механизмы личности. Более адекватно пациентами интерпретируется такая конфликтная ситуация, которая адекватна скорее симптоматической модели консультирования, чем семантической.

При диагностике нарушенных семейных отношений следует выделять в зависимости от генезиса первичные и вторичные конфликты (супружеские затруднения).

Первичные конфликты ограничиваются той областью семейного функционирования, в которой находится их источник. Рассмотрим некоторые вопросы типологии и способа описания первичных конфликтов. Роловой конфликт связан с несовпадением ролевых ожиданий и ролевого поведения [Харчев А. Г., Мацковский М. С., 1978; Либих С. С., 1979]. В конфликтах этого рода достаточной оказывается модель симптоматического консультирования. В качестве диагностических могут быть рекомендованы методики: «идеальные роли», РОП [Волкова А. Н., 1979; Якубов Ю. А., 1983, и др.], МСК [Левченко В. П., Зуськова О. Э., 1985, 1987], СД (совпадение коннотативных значений ролевых функций в семье и их конкретных носителей).

Семейно-ролевая совместимость имеет два аспекта: а) согласованность семейных ценностей; б) согласованность ролевых представлений о функциях мужа и жены в семье [Обозов Н. Н., Волкова А. Н., 1982]. Необходимо отметить, что в браке институционального, традиционного типа ролевые факторы играют доминирующую роль и по существу супружеская приспособленность в них представляет собой не приспособление личностей супругов друг к другу, а, и это главное, приспособление каждого супруга к своей роли [Vohomolec E., 1985].

Ролевые нарушения супружеского функционирования могут иметь глубокую основу. Так, мы наблюдали пациентку, которая жаловалась на то, что ее муж не выполняет в семье мужских обязанностей по дому, т. е. выставлялась проблематика чисто ролевой дисгармонии. Проведенный анализ показал, что в действительности имеют место девиации полоролевого поведения. Пациентка идентифицирует себя с отцом, идеализируя его образ. В детстве играла с мальчиками в мальчишеские игры. По данным ММР1 пациентка обнаружила маскулинность. Она не в состоянии была воспринять мужа как настоящего мужчину—таковым является только ее отец и она сама.

В одном из исследований [Heilbrun A. V., 1981] была выяснена связь типа полоролевого поведения мужчин и женщин (на материале студенческой выборки) с уровнем их инструментальной и экспрессивной компетентности. Инструментальная компетентность оценивалась по степени удовлетворенности и важности сфер академических достижений и успехов в карьере; экспрессивная компетентность— по сферам: отношение к близким; отношения с лицами противоположного пола; семейные отношения. Оказалось, что более высокую общую компетентность, представляющую собой сумму инструментальной и экспрессивной компетентности, имеют андрогинные мужчины и женщины. Между женщинами разных типов полоролевого поведения нет различий по экспрессивной компетентности, а между мужчинами — по инструментальной. Вместе с тем мужчины фемининного типа имеют значительно более высокую экспрессивную компетентность. В связи с малочисленностью выборочной совокупности (в каждой группе от 16 до 35 человек) полученные данные нуждаются в дополнительной верификации.

Диагностика полоролевого поведения супругов является важной точки зрения анализа семейных процессов: отношений власти, уровня развития терапевтической функции, отношений продленного симбиоза и т. п.

В ролевых конфликтах супруги, как правило, центрированы на семейной проблеме (проблемоцентризм). Возникает вопрос: нужно ли в таких случаях на этапе диагностики выяснять личностные особенности супругов, а на этапе коррекции вторгаться в личность, пытаясь корригировать конфликтогенные личностные черты?



Иначе говоря, следует ли проблемноцентрическую ориентацию пациентов трансформировать в психологоцентрическую, в рамках которой акцент делается не на актуальной семейной проблеме, а на особенностях личности супруга, которые и провоцируют конфликты?

По нашему мнению, если супружеский конфликт функционирует только на поведенческо-ролевом уровне, то вмешательство в личностные структуры (перевод с проблемноцентризма в психологоцентризм) может оказаться конфликтогенным и даже патогенным фактором. Например, супружеские конфликты, особенно первого года брачной жизни, часто связаны с несформированностью адекватных поведенческих структур (отсутствие навыков ведения домашнего хозяйства, коммуникативных навыков, неприятные для партнера привычки и т. п.). В этом случае помощь семье состоит в обучении, формировании новых адаптивных поведенческих форм, проведении ситуационно-поведенческих (ролевых) тренингов. В значительном ряде случаев не следует проводить личностно-ориентированную терапию супругов даже тогда, когда конфликт носит глубоко личностный характер. Это прежде всего касается тех случаев, когда конфликтогенные личностные особенности супругов не поддаются коррекции (например, патохарактерологическое развитие, ядерные психопатии и т. п.), а доведение их до сознания супругов еще в большей степени деформирует семью.

Наш опыт свидетельствует о том, что супружеская адаптация может достигаться за счет интрапсихической деструкции супругов. Более того, в тех случаях, когда возможности терапевтического воздействия на личность супругов ограничены, следует прямо ставить задачу супружеской адаптации, порой упуская из виду внутрличностные проблемы супругов.

Существуют свидетельства о том, что улучшение состояния одного члена семьи может привести к ухудшению состояния другого члена семьи [Burgum M., 1942; Gamilton G., 1949; Ackerman N. W., Neubacher P. B., 1948; Pollak O., 1965]. Хотя эти клинические наблюдения никогда не оспаривались, они специально и не обсуждались. Длительное время их не принимали в расчет, не рассматривали как эмпирические доказательства слабости терапевтических методов. Стремление исследователей забыть эти «неудоб-

<sup>1</sup> «Лечение сформировавшихся психопатий по-прежнему по сути дела сводится к купированию декомпенсации. Эффективность медико-педагогических мероприятий в отношении адаптации остается невысокой» [Личко А. Е., Попов Ю. В., 1987, с. 7].

ные» клинические факты приводит к неадекватным концепциям [Pollak O., 1965].

Анализ целей семейной терапии, выделяемых в литературе, показывает, что они ориентированы и на социальный, и на психический уровень адаптации, которые в ряде случаев противоположны друг другу. Так, мы наблюдали нарастание невротической симптоматики у пациентов при общем улучшении семейных отношений. Более того, оказывается, что цели и задачи семейной терапии в клинике и «Службе семьи» существенно различны. В первом случае они преимущественно подчинены процессу психической адаптации (достижению здоровья), во втором — супружеской адаптации. Именно поэтому псевдосолидарный брак был описан в клинике неврозов.

При ориентации на психическую адаптацию сам процесс семейной терапии может принимать форму личностно-ориентированной патогенетической терапии, проходящей этапы осознания, изменения отношений и изменения поведения [Мишина Т. М., 1983]. Однако модификация поведения может достигаться и при неглубоком осознании с сохранением прежней системы отношений, на что, в частности, и ориентированы поведенческие тренинги, а также техники разрушения инграциации [Кочарян А. С., 1986]. Таким образом, ориентация<sup>97</sup> на супружескую приспособленность расширяет диапазон терапевтических техник и смещает терапевтические акценты. Так, срыв рентных инграциативных форм поведения у одного из супругов, не изменяя сути самого отношения, является по существу методом ликвидации неадаптивных поведенческих форм. Следовательно, семейную терапию трудно рассматривать только как вид патогенетической терапии.

Ориентация на психическую приспособленность в исследовании супружеской совместимости состоит в выделении диапазона совместимых личностных, психодинамических и других параметров. Однако оказывается, что совместимыми могут быть (хотя и статистически реже) супруги и с традиционно несовместимыми качествами. Семейный терапевт имеет дело с конкретными парами, а потому интерес представляет анализ «выпадающих» точек, которые не подчиняются статистической закономерности. Можно думать, что несовместимые личностные особенности супругов компенсируются адаптивными поведенческими комплексами, относительно индифферентными к интраперсональному уровню. Такие комплексы блокируют по принципу реципрокности актуализацию неадаптивных поведенческих форм, прямо вытекающих из несовместимых личностных структур супругов.

Как правило, процессы супружеской и психической адаптации действуют на синергическом принципе, который не может рассматриваться как универсальный. При наличии значительных нарушений в интра- и интерперсональной сферах принцип синергизма сменяется принципом антагонизма.

Такое противопоставление супружеского приспособления и психического здоровья является несколько условным, однако оно необходимо для постановки семейного диагноза, разработки адекватных терапевтических стратегий, а также понимания возможных казусов, возникающих при проведении семейной терапии. Так, псевдосотрудничество может рассматриваться как супружеская адаптированность, купленная ценой редукции уровня психической адаптации. Естественно, что в таких случаях пациенты-супруги требуют смещения психотерапевтического акцента на интраперсональную сферу. Работа семейных защит по типу отрицания затруднений («в семье все хорошо!») приводит к повышению уровня супружеской приспособленности, но возникают интрапсихические симптомы (тревога, чувство одиночества, изолированности и т. п.), почти не обнаруживающие (без специального анализа) своих связей с супружескими затруднениями. Терапевтическая толерантность семьи в этих случаях связана, во-первых, с мощными семейными защитами и, во-вторых, с субъективной ориентацией пациентов на индивидуальную, а не семейную терапию. На терапевтическую устойчивость «холодных» конфликтов, имеющих место прежде всего в такого рода семьях, указывает С. С. Либих (1979).

Диагностика ролевого конфликта предполагает выявление системы ролей в семье, гибкость ролевой дифференциации в семье.

Вместе с тем подвижность, пластичность в ролевой сфере подчиняется закону оптимума: значительно и длительно выраженная ролевая свобода в семье может затруднить психосексуальную идентификацию и нарушать социальное приспособление [Kostecka M., Piotrowska A., Piotrowski A., 1973]. Таким образом, девиации ролевой структуры семьи могут проявляться в виде хаотической или ригидной семьи [Воловик В. М., 1980; Bowen M., 1966; Alanen V. D., 1970]. Хаотические семьи характеризуются непоследовательностью, противоречивостью ролевых экспектаций и отношений. Супруги в таких семьях не имеют определенных, фиксированных отношений друг к другу. Супружеская связь амбивалентна и амбитендентна.

Вместе с тем адекватных способов системного описания семьи разработано еще недостаточно. В этом плане интерес представляет структурная семейная терапия, слабо освещенная в отечественной литературе. В основе этой терапии лежат три аксиомы [Minuchin S., 1978]:

- 1) индивидуальная психическая жизнь не может быть представлена как внутренний процесс. Каждый член семьи рассматривается как подсистема семьи. В расчет должна приниматься вся семья;
- 2) терапия изменяет структуру семьи и приводит к изменению поведения членов семьи;
- 3) терапевт, работая с семьей, присоединяется к семье, возникает терапевтическая система.

Семья представляет собой дифференцированное целое, подсистемы которой составляют отдельные члены или несколько членов семьи. Каждая подсистема

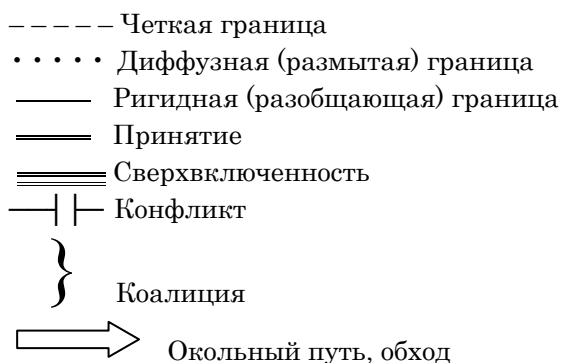
(например, родительская, супружеская, детская) имеет специфические функции и предъявляет специфические требования к своим членам. Естественно, что необходима определенная степень свободы и автономии каждой подсистемы для формирования интерперсональной компетенции ее членов. Например, формирование супружеской адаптации требует свободы от влияния детей и внесемейного окружения. Поэтому важное значение приобретает проблема границ между семейными подсистемами. Существует два типа нарушенных границ: 1) спутанная, размытая и 2) разобщающая. Эти два типа нарушенных границ сопряжены со специфическими типами семейной дисгармонии. Выраженная размытость границы между матерью и ребенком приводит к отеснению на периферию семейной системы отца. Размытость границ может нарушать автономность подсистем. Например, у детей в этом случае тормозится формирование компетентности в общении со сверстниками. У семей с разобщающими границами нарушена способность к взаимозависимости и удовлетворению потребности в поддержке. «Спутанная» семья реагирует на любые изменения быстро и интенсивно. Родители в этой семье могут ужасно расстроиться, если ребенок не ест десерт. В разобщенной же семье родители могут оставаться безучастными даже к тому, что ребенок ненавидит школу.

Сексуальные отношения (в широком смысле) функционируют только в супружеской подсистеме. При размывании границ этой подсистемы часто происходит дисбаланс в структуре либидо: редукция либо к платонике и эротике, либо к сексу. В терапии это диктует необходимость защищать границу вокруг супружеской подсистемы. Если супруги вместо отношений «муж — жена» в период терапии обсуждают лишь отношения «отец — мать», то терапевт фиксирует нарушения супружеской границы и предполагает дисбаланс в структуре либидо.

Таким образом, первая задача семейного терапевта состоит в том, чтобы выявить структуру семьи (подсистемы семьи, границы между ними). Семейная структура наблюдению непосредственно недоступна, а потому терапевт, присоединяясь к семье, осуществляет активные воздействия на ее членов (*experimental probing*). Такое вмешательство позволяет вскрыть семейную структуру. S. Minuchin (1978) прямо пишет, что «терапевтическое воздействие на семью является частью семейного диагноза. Терапевт не может наблюдать семью и ставить диагноз со стороны».

Семейный диагноз отличается от общепсихиатрического диагноза тем, что представляет собой форму динамического интеракционного диагноза. В процессе присоединения терапевта к семье (при осуществлении на нее воздействий) меняется ее структура. Как подчеркивает S. Minuchin, «диагноз и терапия стали неотделимы». Терапевтические воздействия представляют собой мини- кризисы для семьи, реагируя на которые, семья «выдает» свою структуру. Эти воздействия могут быть как мягкими и практически незаметными, так и достаточно жесткими.

Диагноз семьи отражается в семейной карте, которая является статичной, хотя семья находится постоянно в движении. Поэтому в процессе терапии строится несколько карт, отражающих струк



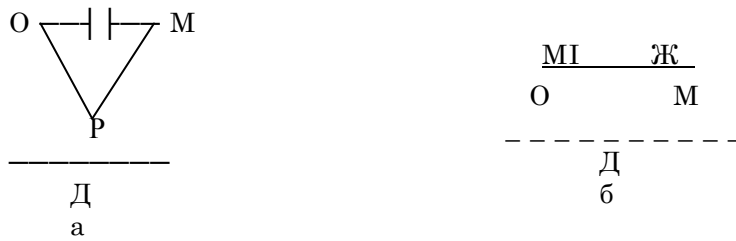


Рис. 2. Карта терапевтической трансформации семьи.

а — карта ригидного семейного треугольника; б — карта адаптивной семейной структуры, являющейся целью семейной терапии. О — отец, М — мать, Р — ребенок, Д — остальные дети, МI — муж, Ж — жена.

турную динамику семьи. Терапевтическая цель в структурной терапии также представляется в форме карты. Терапевт следит за тем, в какой мере структура семьи приближается к терапевтической цели. С. Минухин предлагает использовать систему условных обозначений для построения семейной карты (рис. 1). Некоторые из них отражены в практических примерах. Так, ребенок вводится в супружескую подсистему, являясь средством решения супружеских проблем (гармонизация супружеских отношений за счет агрессии на ребенка — «козла отпущения»; коалиция одного супруга с ребенком против другого; забота о «больном» ребенке с целью гармонизации отношений и т. п.). На рис. 2 представлена карта ригидного семейного треугольника (а), который в процессе семейной психотерапии должен быть трансформирован в адаптивную структуру (б).

Возможны различные терапевтические стратегии на пути к достижению цели:

1) блокирование участия ребенка в супружеской подсистеме в период терапевтических сеансов (рис. 3, а);

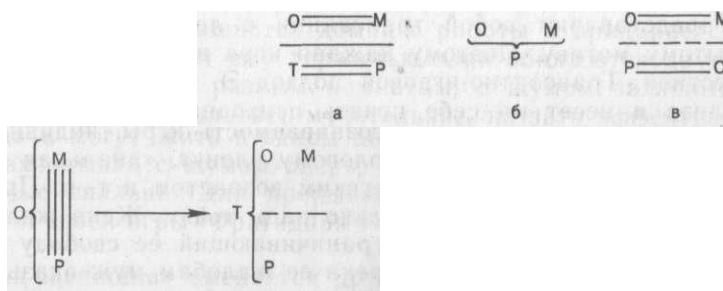


Рис. 3. Стратегии терапевтических преобразований семьи.

а — блокирование участия ребенка в супружеской подсистеме; б — создание коалиции против ребенка, являющегося членом ригидного треугольника; в — введение в терапию сотерапевта; г — поддержка терапевтом отца в «борьбе» с коалицией мать — ребенок. Т — терапевт, С — сотерапевт, остальные обозначения те же, что на рис. 2.

создание коалиции против ребенка, являющегося членом ригидного треугольника (рис. 3, б).

Например, за помощью обратилась семья, проблемный пациент в которой 10-летняя дочь, страдающая нервной анорексией. Во время обеда терапевт попросил отца покормить дочь. Отцу не удалось; тогда терапевт попросил мать, но неудача ожидала и ее — оба родителя чувствуют беспомощность. Терапевт предлагает *проинтерпретировать* семейную ситуацию, в которой девочка контролирует своих *родителей*, ставя их в беспомощное положение. В этой ситуации родители объединяются против дочери в структуре, которая является шагом к терапевтической цели;

- 2) введение в терапию сотерапевта (юноши или девушки), функция которого состоит в том, чтобы помочь «больному» ребенку приблизиться к миру сверстников. С ростом дистанции ребенка по отношению к родителям уменьшается дистанция между супругами, нормализуется граница (рис. 3, в);
- 3) поддержка терапевтом отца в его «борьбе» с коалицией «мать — ребенок». Терапевт усиливает агрессию *на* ребенка, блокируя при этом материнские защитные реакции. В результате отец начинает защищать ребенка (рис. 3, г). Возможны и другие стратегии, реконструирующие супружескую подсистему, налаживающие границы вокруг супружеской системы.

Следует подчеркнуть, что нормализация сексуальных отношений супругов не может (в рамках структурной семейной терапии) достигаться без «терапии» границ.

Таким образом, семейный диагноз в структурной семейной терапии включает анализ семейной структуры, транзактных паттернов, гибкости системы, ее способности к развитию и реконструкции, оценку уровня семейного резонанса, выявление семейного жизненного контекста (источники семейных стрессов), а также характера связей симптомов больного члена семьи с дисфункциональными транзактными паттернами.

Е. Bern (1966) предложил игровой подход к анализу человеческих отношений. Автор пишет, что теории внутренней индивидуальной психодинамики до сих пор не способны решить проблемы человеческих отношений. Теории социальной динамики не могут быть получены только из рассмотрения побуждений индивида. Игры представляют собой транзакции с ловушками, подчиненные скрытому мотиву. Поэтому каждая игра в своей основе является нечестной. Транзактно-игровой подход Э. Берна вырос из психоанализа и несет на себе печать психоаналитических трактовок: выделение трех состояний «Я» (родительское, взрослое и детское), неосознаваемость игры, индивидуальные мотивы игры — «зависть к половому члену», «анальная пассивность», генезис игры связан с детским возрастом и т. п. Приведем несколько примеров. Игра «Только ради тебя». Жена жалуется на то, что ее муж властный и ограничивающий ее свободу человек. Однако, как выяснилось, вопреки ее жалобам муж оказывал ей очень большую услугу тем, что запрещал ей делать то, чего она в глубине души боялась, и не допускал фактически даже того, чтобы она осознала (вербализовала) существование своих страхов. Это была причина, по которой ее субъективное состояние («Ребенок») умно выбрало такого мужа.

Игра «Фригидная женщина». Муж предлагает близость жене, но та решительно отказывается. После его нескольких попыток жена говорит ему, что все мужчины животные, что он на самом деле ее не любит и что все, что ему от нее нужно, это секс. Некоторое время муж воздерживается, но потом опять предпринимает попытки, которые оказываются столь же безуспешными. В конце концов муж смиряется — не делает больше никаких попыток. По мере того как проходят недели и месяцы, поведение жены меняется. Например, она ходит по спальне наполовину одетая или забывает свое полотенце, когда принимает ванну, так что муж должен принести ей его. Если она играет всерьез, то может начать флиртовать с другими мужчинами. Наконец, муж реагирует на эти провокации и возобновляет свои попытки. Его отвергают еще раз. Проходят месяцы. Он отклоняет полуодетый парад жены и ее маневр с забытым полотенцем. Жена становится еще более бесцеремонной и забывчивой, но он все равно не поддается. Затем, однажды вечером, она даже подходит к нему и целует его. Вначале муж не реагирует на это, помня свое твердое решение, но вскоре натура начинает брать свое после длительного «голодания», и теперь он думает, что наверняка чего-то добился. Его первая попытка не отвергнута. Он становится<sup>101</sup> смелее и смелее. Как раз в самый критический момент жена отступает и кричит: «Вот видишь, что я тебе говорила! Все мужчины звери, все, что я хотела — это любви, а тебя интересует только секс!». Каковы причины такой игры в семье? Это может быть и нежелание половой жизни супругой, и неуверенность в своих возможностях у мужа. В последнем случае жена вполне устраивает мужа: она позволяет избежать ситуаций, порождающих тревогу, и возложить ответственность за ненормальные супружеские отношения на нее. В ряде случаев, когда игра «Фригидная женщина» разыгрывается

по инициативе жены, а муж не в состоянии прервать эту игру, он начинает игру «Гам». Эта игра разыгрывается между отцами и дочерьми подросткового возраста в семьях, где мать не проявляет сексуальной активности. Отец возвращается домой с работы и придирается к дочери, которая отвечает ему дерзостью. Они обижаются друг на друга и расходятся по разным комнатам, с шумом захлопывая двери. Игра «Гам» предлагает мучительное, но зато эффективное решение сексуальных проблем, которые возникают между отцами и дочерьми. Часто они только тогда и могут жить в одном доме, если обозлены друг на друга, и, захлопывая с шумом дверь, они подчеркивают, что имеют отдельные спальни. Для прерывания этой игры жена должна отказаться от своей игры «Фригидная женщина».

В ряде случаев игра «Фригидная женщина» сменяется другой игрой, суть которой состоит в том, что жена допускает близость,

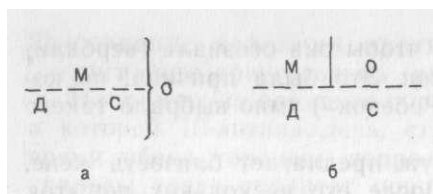


Рис. 4. Динамика семейной структуры.

а — структура семьи в период пьянства мужа; б — структура семьи в посталкогольный период. М — мать, Д — дочь, С — сын, О — отец

а затем за это начинает издеваться над мужем. Так, за помощью обратился супруг С. с жалобами на холодность жены и разрушение в связи с этим семьи. Динамика семейных отношений может быть представлена следующим образом. Через 3 года после заключения брака супруг стал пить. Отношения в это время, первоначально хорошие, постепенно значительно ухудшились. Муж бросил пить — супружеские отношения на некоторое время улучшились. Однако через некоторое время отношения стали чрезвычайно напряженными. Жена бессознательно стала подталкивать супруга к выпивке, но муж устоял. Через некоторое время нарушаются сексуальные отношения: у жены развиваются аноргазмия, сексуальная гипестезия. На этом этапе супруг обратился за помощью.

У мужа была выявлена амбивалентность в отношении к супруге: с одной стороны, он нуждается в жене, эмоционально располагающей, опекающей (отношения по типу «мать — сын»), с другой — желает отстоять свое место в семье («Я мужчина!»). У супруги имелась выраженная потребность быть в центре, привлекать к себе внимание. Супруга борется за центр \* в семье, а муж нуждается в эмоциональной поддержке, которую истерическая жена дать ему не в состоянии. Жена стала «стягивать» семейную структуру на себя (рис. 4, а). В этот период муж выпивает и жене легче занять центр, так как муж ни на что не претендует. Когда же он перестал пить, изменяется семейная структура (рис. 4, б). Жене трудней удовлетворить свою потребность в центре. Она начинает игру «Фригидная женщина» («Будешь себя хорошо вести, — я тебя допущу к себе»). Сексуальные контакты урежаются, начинают выполнять чисто манипулятивную функцию. Основные жалобы жены — гениталгия во время близости и отсутствие либидо. Была проведена гипносуггестивная терапия с использованием техник программирования и моделирования [Кочарян Г. С., 1985, 1987]. Через 5 сеансов у жены восстановился оргазм, но после него появляются острые истерические конверсионные боли и тошнота. Жена подчеркивает<sup>102</sup>, что супруг ее заставляет страдать, и тем самым пытается вызвать у него чувство вины.

Ряд исследований свидетельствует о том, что супружеские конфликты могут быть связаны с недостаточным пониманием супругами друг друга [Воловик В. М., 1980; Шахматова И. В., 1972; Шендерова В. Л., 1972, и др.]. Как подчеркивают В. К. Мягер и Т. М. Мишина (1976), «особенностью семейных конфликтов при

Следует различать борьбу за центр, являющуюся выражением истерического регистра, и борьбу за власть, связанную с гипертимными, эпилептоидными, параноидными тенденциями.

неврозах является их субъективный характер, т. е. то, что они возникают чаще не при противопоставлении реально несовместимых целей и средств, ценностей и интересов, а обычно из-за враждебных чувств, из-за непонимания друг друга». Вместе с тем в литературе имеются и альтернативные данные, согласно которым точность и глубина понимания супругами друг друга не связаны с супружеской приспособленностью [Corsini B. J., 1956; Drewery J., Rae J. B., 1969]. В наших исследованиях [Кочарян А. С., 1986, 1987] показано, что упрощение восприятия супругами друг друга может быть перцептивной составляющей защитного (протективного) процесса. Лишь в редких случаях приходится сталкиваться с первичной социально-перцептивной некомпетентностью супругов. В большинстве же случаев такая некомпетентность носит вторичный (защитный) характер и, следовательно, сама должна быть объяснена. Неспособность одного супруга удовлетворить или способствовать удовлетворению потребности другого (например, в доминировании, руководстве, в самоутверждении, в том, чтобы быть в центре и т. п.) влечет за собой упрощение восприятия (черно-белое восприятие) вторым супругом первого. Подчеркнем, что речь идет о неосознаваемых потребностях. Супруг бессознательно рассматривается как удобное средство удовлетворения собственных потребностей. Иначе говоря, здесь мы сталкиваемся с особым отношением к человеку вообще — не как к самооценности, а как к средству, которое нужно исправлять и подгонять под желаемое. Э. Фромм (1987) обозначил этот тип мироощущения термином «иметь» в противовес «быть». А. Ryle и D. Вгееп (1972) исследовали характер восприятия супругами друг друга в хорошо и плохо адаптированных супружеских парах. Для диагностики уровня адаптированности использовалось 5 шкал из методики МНҚ (Middeх Hospital Questionnaire): тревожные, фобические, обсессивные, соматические и депрессивные симптомы. Выводился обобщенный показатель приспособленности по всем шкалам. Для диагностики характера восприятия друг друга авторы использовали технику диадических решеток [Ryle A., Langhu M., 1970; Ryle A., Breen D., 1972]. Было показано, что плохо приспособленные супруги воспринимают нежность как сексуальную привлекательность, рассматривают свои отношения с брачным партнером как отношение с родителем (а не между родителями) и т. п. ,

Постановка семейного диагноза предполагает также типологическую классификацию семей или стилей семейного взаимодействия. Е. М. Berman, Н. I. Lief (1975) предложили 4 основания для такой классификации: сила, интимность, включенность — исключенность и тип личности. Приведем 2 классификации супружеских отношений, построенных по первому основанию. W. Lederer и D. D. Jackson (1968) выделили три типа супружеских связей: 1. Симметричные связи. У супругов выровненная позиция, характеризующаяся равенством вкладов («издержек») и «прибылей» (в психоэмоциональном и ролевом отношениях). Здесь проблемы возникают в связи с конкурентным поведением.

1. Комплементарные связи. Традиционные браки характеризуются именно этим типом связи. Разница (в семейной власти) между супругами значительная. Этот тип связи содержит менее всего элементов соперничества.
2. Параллельные связи. В зависимости от требований ситуации супруги реализуют как симметричные, так и комплементарные связи. W. Lederer и D. D. Jackson считают, что это наиболее удовлетворяющий вид связи супругов в нашей эгалитарной культуре.

Классификация супружеских отношений R. F. Winch (1954) также учитывает фактор супружеской власти, асимметричности отношений, однако в ней подчеркивается и момент комплементарности потребностей супругов [Rogiewicz M., 1985]: а) отношения по типу «мать — сын» (сильная жена опекает мужа, являясь для него опорой); б) семья, в которой сильный муж опекает жену; в) отношения по типу «господин — слуга».

По второму основанию (интимность) построена классификация О. Pollak (1965, 1975). Автора интересует чисто структурный аспект семейного функционирования: кто, кроме супругов, составляет семью. О. Pollak считает, что наибольшую угрозу для супружеской подсистемы представляет ребенок, включение которого в семью значительно модифицирует ее функционирование. Автор выделил следующие стадии развития семьи: а) супружество без детей; б) семья с маленькими детьми; в) семья с детьми подросткового возраста; г) семья после отделения взрослых детей.

Такое структурно-динамическое представление семьи тесно связано с концепцией стадий жизненного цикла семьи, разработанной Р. Хиллом. Согласно этой концепции, семья проходит определенные стадии развития, каждая из которых имеет свои специфические проблемы, а следовательно, и задачи, которые должна решать семья, чтобы оставаться жизнеспособной [Гризискас Ч. С., Молярова Н. В., 1982].

Классификацию по третьему основанию (включенность — иск-люченность) предлагают, например, J. F. Cuber и P. В. Harrof (1966). Супруги оказываются в постоянной внутренней борьбе между потребностью в одиночестве и страхом перед ним. Авторы выделяют следующие 5 типов супружества:

- 1) Привычно-конфликтное супружество. Характеризуется постоянными сильными конфликтами и высоким уровнем эмоционального напряжения. Несмотря на то что супружеские отношения неприятны обоим супругам, они живут вместе из-за страха перед одиночеством.
- 2) «Мертвое» супружество. Характеризуется апатией и эмоциональной опустошенностью супругов. Отношения внешне бесконфликтные, но лишены позитивного содержания и динамики. Каждый из супругов живет своей жизнью.
- 3) Нейтрально-толерантное супружество. Отношения супругов приятны и комфортны. Супруги разделяют интересы друг друга, связанные с внесемейным общением. Граница семьи размыта, в нее легко вмешивается внесемейное окружение.
- 4) Сплоченное супружество. Здесь уже существует достаточно четкая семейная граница. Супругов объединяют собственно внутрисемейные отношения, совместная деятельность. Поэтому такой тип супружества более стабилен и автономен, чем предыдущие типы.
- 5) Тотальное супружество. Супруги тесно связаны друг с другом, их связи многоплановы. Партнер рассматривается как необходимый во всех видах деятельности. Этот тип супружества достаточно редкий.

Очевидно, что терапевтические задачи в этих разных типах супружества различаются. Например, нейтрально-толерантное супружество часто сопряжено с недостаточной готовностью к браку, личностным инфантилизмом. Тотальное супружество сильно привязывает супругов друг к другу. Поэтому незначительное отклонение от привычного семейного функционирования может породить глубокие конфликты, высокое эмоциональное напряжение. Такой тип супружества часто встречается у супругов-невротиков с патологическим взаимодополнением. Для каждого типа супружества имеется свой уровень функционального оптимума: то, что для одного является конфликтогенным и даже патогенным, для другого — непатогенно или даже адаптивно. Например, чувство безразличия в отношениях супругов вполне адаптивно для «мертвых» супружеств и патогенно для тотального супружества. Далеко не всегда удается «повысить» тип супружества. Значительно чаще приходится решать задачи супружеской адаптации в рамках старого типа.

Классификации супружества по четвертому основанию (тип личности) несут на себе печать теоретических трактовок личности: ананкастический муж и истерическая жена, пассивно-зависимый муж и доминирующая жена, параноидный муж и депрессивная жена, депрессивный муж и параноидная жена, орально-зависимая связь, невротическая жена и всемогущественный муж [Rogiewicz M., 1985]. Одной из задач построения таких типологий является выявление специфических проблем каждого вида супружества и совместимости супругов.



Некоторой синтетичностью характеризуется типология семей, предложенная В. М. Воловиком (1980) и учитывающая, как минимум, первые три из четырех вышеприведенных оснований классификации.

1. **Эмоционально-отчужденные семьи.** Характеризуются холодными, сдержанными или безразличными отношениями их членов и низкой вовлеченностью в личную жизнь друг друга. В этой группе выделяется два типа семей: эмоционально-разделенные (эмоционально-безразличные, изолированные) и ригидные рационалистические семьи (эмоциональное дистанцирование и невмешательство в личные дела возведено в принцип взаимного поведения, хотя в ряде случаев в действительности супруги эмоционально привязаны друг к другу).
2. **Напряженно-диссоциированные семьи** характеризуются частыми конфликтами, деспотическим доминированием одного из супругов, фиксацией ребенка в роли «козла отпущения», обстановкой недоброжелательности, постоянным поиском виновных.
3. **Псевдосолидарные семьи.** Подчеркнутое внимание и забота, которые, однако, носят формальный характер. Стабильность и взаимозависимость достигаются за счет мистификации действительности и формирования защитных семейных мифов.
4. **Симбиотические семьи.** В основе этого типа семей лежит психологический симбиоз между одним из родителей и ребенком. «В неполных семьях эта связь определяет психологическое слияние матери и ребенка, которое приводит к их взаимному самоотжествлению и крайним формам взаимной зависимости. В полных семьях второму родителю симбиотической парой обычно отводятся второстепенные и зависимые роли. В части случаев это побуждает их занимать критическую или даже конфликтную позицию. Симбиотические связи в этих случаях не столь глубоки и порой можно отчетливо различить случаи, в которых мать поддерживает привязанность ребенка, сохраняя критическое понимание ситуации, и случаи, в которых она активно формирует эту привязанность, противодействуя любой возможности ее разрыхления. Психокоррекционная работа в этих двух случаях должна строиться на принципиально различной основе» [Воловик В. М., 1980].
5. **Гиперпротективные семьи,** в рамках которых выделяют ригидные и хаотические. Эти семьи характеризует жесткая фиксация ролей, однако в ригидных семьях—это подавляющая гиперпротекция (ограничивающий контроль), либо опекающая гиперпротекция (чрезмерная работа и опека), в хаотических семьях — непоследовательность установок и требований друг к другу, противоречивое поведение доминирующего супруга.

### *13.3.1.2. Методики диагностики семьи*

Методический арсенал, используемый в семейных исследованиях, достаточно обширен и включает как собственно семейно-ориентированные методики, так и неспецифические [Алешина Ю. Е. и др., 1987]. Рассмотрим некоторые методики, применяемые для исследования и диагностики в области психологии семейных отношений.

**Шкалы супружеской адаптации.** Супружеская адаптация — сложное понятие. Поэтому методологическая операционализация этого понятия проводилась по разным параметрам: количество конфликтов, уровень согласия, разделение труда в семье, удовлетворение партнером, оценка устойчивости брака самими супругами, переживание счастья супругами и др. [Schaap C., 1982]. Таким образом, супружеская адаптация полипараметрична [Farber, 1962]. Brim, Fairchild, Borgatta (1961) выявили 5 основных факторов. С. Schaap (1982) рассматривает 3 аспекта супружеской адаптации: удовлетворенность браком, сплоченность, отсутствие депривации потребностей каждого супруга.

Укажем некоторые распространенные шкалы супружеской адаптации:

1. Опросник E. W. Burgess, L. S. Cottrell (1939), в котором заложено следующее понимание супружеской адаптации: единство мнений по критическим вопросам;

разделение интересов; чувство доверия; малое количество жалоб, связанных с супружеством; отсутствие чувства одиночества.

2. Опросник L. Terman (1938) аналогичен предыдущему, однако в него введены вопросы, касающиеся доброго сексуального опыта.
3. Опросник J. V. Buerkle, R. F. Badgley (1959) касается качества исполнения супружеских ролей. Иначе говоря, измеряет интеракционно-ролевой аспект супружеской адаптации.
4. Опросник G. V. Spanier (1976), включающий 32 пункта, возник в результате критики предыдущих шкал, которые, согласно автору, не дифференцировали феномен супружеской адаптации от других понятий, предусматривали не все критерии, являющиеся важными в концептуализации понятия «адаптация» и т. п.
5. Шкала сексуального опыта сконструирована Frenken (1976, 1982). Включает 4 субшкалы: сексуальный контроль, психосексуальная стимуляция, сексуальная мотивация и привлекательность брака.
6. Шкала оценочных супружеских установок [Schutz, 1967]. Включает субшкалы для оценки потребностей в любви и привязанности (affection), признания (recognition), автономии (autonomy) — независимости, самостоятельности и внимания (attention). Эта шкала хорошо коррелирует с другими методиками измерения супружеской адаптации и чувствительна к изменениям, связанным с психотерапией (Boelens, Emmelkamp, MacGillavray, Markvoort, 1980).
7. Опросник Crowe (1978) содержит 50 вопросов. Cobb, McDonald, Marks и Stern (1980) предложили модификацию этого опросника, сократив его до 20 пунктов, а некоторые пункты изменили. Опросник включает 3 субшкалы: супружеская удовлетворенность, сексуальная интеракция и общая социальная контактность.

**Диагностика взаимодействия.** Для изучения семейных интеракций используются методики «следования за лидером» [Воловик В. М., Вольпер М. И., Малахов Б. Б., 1970], выбора альтернатив [Strodtbeck F. L., 1962], совместное решение определенных задач (интерпретация пятен Роршаха, решение теста Равена, обсуждение списка проблем [Schaar C., 1982] и т. п.) и его оценка специальными техниками кодирования наблюдения (анализ коммуникативных отношений [Busch, 1975, и др.]; схема кодирования интерперсонального конфликта [Barry, 1970; Billing, 1979, и др.]; система кодирования супружеских и семейных интеракций [Crump, 1978, и др.]; схема кодирования интерперсональной коммуникации [Schindler, 1981, и др.]; система кодирования поведения [Koren, 1978]; оценочная система интеракции супругов [Rubin, 1977, и др.]; система кодирования невербальных супружеских интеракций [Birchler, 1972, и др.]. Кроме того, с этой целью используются МСК [Левкович В. П., Зуськова О. Э., 1985, 1987], шкала семейного окружения [Мягер В. К., 1986], шкала супружеской связи [Szopinski J., 1980] и др.

**Диагностика восприятия и понимания супругами друг друга и ситуации.** С этой целью используются техника репертуарных решеток [Похилько В. И., Федотова Е. О., 1984; Франселла Ф., Баннистер Д., 1987; Ryle A., Breen D., 1972, и др.], метод свободного описания семейных ролей [Crockett W., 1965], метод семантического дифференциала [Горбунова Л. Н., 1974; Волкова А. Н., 1979], полуструктурированное интервью с использованием экспертных оценок [Beavers W. R., 1965], выявление типичных ошибочных интерпретаций [Кочарян А. С. и др., 1986], различные проективные техники семейного рисунка [Хоментаскас Г. Т., 1966; Sulestrowska H., 1979, и др.].

Характер образа другого человека тесно связан с некоторыми личностными особенностями. Так, лица, склонные к объективному, а не психологическому конструированию других (описание роста, цвета глаз, социальных функций и т. п., а не личностных черт), характеризуются тем, что у них редуцирован психический субсиндром тревоги — тревога проявляется в мимике, жестах, голосе, но субъективно не переживается [McPherson F. M., Gray A., 1976].

Постановка семейного диагноза предполагает выявление особенностей реагирования супругов на семейную психотравматизацию. Существует большой

арсенал методик диагностики защитных процессов [Филатов А. Т., Кочарян А. С., Кочарян Г. С., 1986]. Вместе с тем такие методики, учитывающие специфику семейных процессов и репрезентативные для популяции Европейской части России, практически отсутствуют.

Нами [Кочарян А. С., 1986] разработан опросник «Реакции супругов на конфликт», позволяющий диагностировать индивидуально-специфические защитные модели (паттерны) и их структуру. Конкретно речь идет о двух типах защит — протективных и дефензивных механизмах, выделенных Ю. С. Савенко (1974). Кроме того, опросник включает следующие шкалы: неконструктивные установки на брак, депрессия, агрессия, соматизация тревоги, фиксация на психотравме, контрольная шкала.

**Опросник «Реакции супругов на конфликт».** Цель опросника — выяснить Ваши взгляды относительно некоторых семейных проблем. Вам будет предложен ряд утверждений. Если Вы согласны с утверждением, то поставьте в опросном листе знак «+» против соответствующего номера утверждения; если же Вы не согласны, поставьте знак «—». Избегайте ответов типа «затрудняюсь ответить». Вопросы слишком короткие, чтобы в них содержались все необходимые подробности. Поэтому представьте себе типичные ситуации, обычные для Вас, не задумываясь над деталями. Ответ долго не обдумывайте — давайте первый приходящий в голову. Не пропускайте ничего, обязательно отвечайте подряд на каждый вопрос. Возможно, некоторые утверждения Вам трудно будет отнести к себе, но попытайтесь представить себя в этой ситуации и дайте наиболее подходящий ответ. Помните, что «плохих» и «хороших» ответов быть не может. Не пытайтесь произвести своими ответами благоприятное впечатление. Мы знаем, что Вам будет трудно, но попытайтесь ответить как можно искреннее.

#### Опросник (женский вариант)

1. Нельзя не считаться с настроением мужа.
2. Я редко испытываю чувство вины.
3. Я часто задумываюсь над тем, чего ожидает от меня муж: каких слов, дел и т. п.
4. В последнее время у меня часто что-либо болит.
5. После ссор я быстро прихожу в себя.
6. В последнее время у меня часто бывает такое чувство, будто голова стянута обручем.
7. Никогда не случалось, чтобы я нетактично поступила по отношению к преподавателю.
8. Редко случается так, что я упрекаю мужа в прошлых ошибках.
9. Я не имею никаких недостатков.
10. Я не могу быстро изменить линию своего поведения по отношению к мужу в зависимости от требования ситуации.
11. Я почти никогда не ввязываюсь в ссоры в публичных местах (в очереди, автобусе, кинозале и т. п.).
12. В последнее время меня часто беспокоит желудок.
13. Меня стали раздражать знакомые, друзья и я стала чаще с ними ссориться.
14. Лучше прибегать к обману или замалчиванию, чем принимать радикальное решение по семейным проблемам.
15. Я часто сама себе неприятна.
16. За зло, которое мне причиняет муж, я плачу ему тем же.
17. Никогда не опаздывала на работу или на учебу.
18. Временами мне так и хочется выругаться.
19. У моего мужа практически нет достоинств.
20. Муж часто намеренно хочет меня обидеть.
21. Я обычно очень тщательно, в деталях продумываю сложившуюся семейную ситуацию.
22. Если семейная жизнь не сложилась, то лучше сразу развестись.
23. У нас в семье все в порядке и я не пойму, почему мой муж недоволен.
24. У меня редко бывает сниженное настроение.
25. Когда муж меня очень обижает, я не могу долго этого забыть.
26. Вообще я неплохой человек, но муж не достоин хорошего отношения к себе.
27. Мне часто жалко себя.
28. За последнее время состояние моего здоровья не ухудшилось.
29. Я не желаю обсуждать с мужем свои недостатки: у него хватает своих.
30. Почти не бывает, что я иронично, с сарказмом подшучиваю над мужем.
31. Обычно я пытаюсь не думать о конфликте с мужем, стараюсь не замечать его.
32. Меня многое интересует, я человек любознательный.

33. Порой у меня возникает такое чувство, что я больше не участник семейных ссор и конфликтов, я как бы их наблюдатель.

34. Никакие дела (работа, учеба и т. п.) не снижают моего внутреннего напряжения, не позволяют хоть на время забыть семейные проблемы.
35. В жизни не было ни одного случая, чтобы я нарушила обещание.
36. Я часто уступаю мужу, чтобы улучшить наши отношения.
37. Часто бывает так, что я долго не разговариваю с мужем.
38. Считают, что любые кардинальные решения семейной проблемы опасны и неэффективны: нужно лишь немного изменить ситуацию, чтобы было возможно жить вместе.
39. Несколько раз в неделю меня стали беспокоить неприятные ощущения под ложечкой.
40. Все кажется мне каким-то серым, безликим и одинаковым.
41. Все, что происходит у меня в семье, ужасно неприятно, но я не одинока в своих проблемах (у многих так), и это меня несколько успокаивает.
42. Я могла бы простить обиду, нанесенную мне мужем, но не забыть ее.
43. У меня почти никогда не бывает желания крушить и ломать все вокруг.
44. Я часто задумываюсь, как на моем месте поступил бы другой человек.
45. В семейной жизни я всегда руководствуюсь благими намерениями, и странно, что муж этого не понимает.
46. Иногда я люблю немного прихвастнуть.
47. Я понимаю тех людей, которые отдают значительную часть времени семье.
48. Я часто думаю о том, что детский период моей жизни был самым лучшим, и хочется снова стать ребенком.
49. Современный брак не имеет никакой ценности: обычно люди вступают в брак лишь по необходимости.
50. Мои мысли и действия бывают часто замедленны.
51. Предпочитаю уклоняться от выяснения отношений с мужем.
52. У меня редко возникают раздражение и гнев по отношению к мужу.
53. Из-за постоянных ссор с мужем я зла на весь мир: могу выместить раздражение на всяком, кто «подвернется под руку».
54. Иногда в голову приходят такие мысли, в которых никому не хочется признаваться.
55. Современные мужчины не могут быть хорошими мужьями.
56. В последнее время я стала часто «ощущать» свое сердце.
57. Обычно я не говорю мужу, что мы очень разные по характеру, темпераменту, интересам.
58. Жизнь незамужних женщин имеет значительные преимущества.
59. В последнее время я значительно больше стала интересоваться тем, как укрепить свое здоровье (диетой, бегом, йогой и т. п.).
60. Часто я ощущаю нереальность, неестественность своих отношений с мужем.
61. Я редко грущу.
62. Сложившаяся семейная ситуация меня угнетает, но я считаю себя не в состоянии что-либо предпринять.
63. Обычно я заранее продумываю, как себя вести в сложной семейной ситуации.
64. Некоторые считают, что я бываю слишком строга к мнениям мужа, но я уверена, что он этого заслуживает.
65. Я всегда пытаюсь понять мужа, несмотря даже на то, что он таких попыток не предпринимает.
66. В последнее время я стала больше заботиться о своем здоровье.
67. Большинство проблем, возникающих в семейной жизни, не имеет однозначного решения.
68. Мне нравятся люди, с которыми мне приходилось встречаться, даже те, которым я не симпатична.
69. Порой я могу причинять душевную или физическую боль мужу.
70. В моей семье не все благополучно, но я верю, что все будет так, как суждено.
71. Ничего особенного не произошло: поскандалили, поссорились, в жизни всякое бывает.
72. Я почти всегда могу сдержаться и не наговорить лишнего, не сделать мужу неприятное.
73. Когда я получаю от кого-нибудь письмо, то всегда отвечаю в тот же день.
74. В последнее время я часто и не за дело стала наказывать сына (дочь).
75. Я часто ощущаю свою бесполезность и бессилие.
76. На работе я почти никогда не ввязываюсь в ссоры и конфликты с сотрудниками и начальством.
77. Мне совсем не хочется, чтобы меня пожалели, посочувствовали мне.
78. Мне почти никогда не хочется сказать или сделать что-либо приятное родителям своего мужа.
79. Иногда я люблю посмеяться, слушая неприличные шутки, остроты.
80. Я редко чувствую усталость.
81. Мои знакомые считают, что я не совсем правильно оцениваю семейную ситуацию: чрезвычайно упрощаю ее или, наоборот, усложняю.
82. Я часто злюсь на своих родителей и ссорюсь с ними.

83. Я ничего не могу сделать для улучшения семейной ситуации: это зависит не от меня, а является проявлением общей закономерности, характерной для современной семьи.
84. Хочется уехать, забыться.
85. Не собираюсь менять свои привычки, даже если они не нравятся мужу.
86. Иногда случается, что я говорю неправду.
87. Я способна многое сделать.
88. Мне часто говорят, что я неправильно понимаю своего мужа.
89. У меня часто бывает ощущение физической слабости.

### Ключ

1. Неконструктивные установки на брак:  
«+» — 14, 22, 29, 38, 51, 85  
«—» — 1, 8, 36, 44, 57, 65
2. Депрессия:  
«+» — 15, 27, 40, 50, 75, 89  
«—» — 2, 24, 32, 61, 80, 87
3. Протективные механизмы:  
«+» — 19, 23, 31, 45, 48, 71, 81, 84, 88  
«—» — 3, 21, 63, 77
4. Дефензивные механизмы:  
«+» — 26, 33, 41, 49, 55, 58, 60, 62, 70, 83  
«—» — 34, 47
5. Агрессия:  
«+» — 13, 16, 18, 53, 69, 74, 82  
«—» — 11, 30, 43, 52, 72, 76, 78
6. Соматизация тревоги:  
«+» — 4, 6, 12, 39, 56, 59, 66  
«—» — 28
7. Фиксация на психотравме:  
«+» — 20, 25, 37, 42, 64  
«—» — 5, 10, 67
8. Контрольная шкала:  
«+» — 7, 9, 19, 35, 68, 73  
«—» — 46, 54, 79, 86.

Шкала неконструктивные установки на брак (НУ) диагностирует такие виды установок брачного партнера, которые дезинтегрируют семейную структуру, препятствуют терапевтической реконструкции супружеских отношений.

В шкалу депрессии (Д) вошли такие утверждения, которые выражают 3 вида депрессии: классическую («заторможенность», замедленность аффекта и интеллекта), астеническую (слабость, вялость и т. п.) и апатическую (снижение интереса, безразличие), а также чувство вины, которое может включаться в депрессию [Березин Ф. Б. и соавт., 1976].

Опросник позволяет диагностировать индивидуально-специфические защитные паттерны. В него включены две шкалы защитных механизмов. Шкала протективных механизмов (ПМ) диагностирует тот тип защит, который приводит к недопущению в сознание психотравмирующей информации (вытеснение, отрицание затруднений, регрессия и т. п.). Шкала дефензивных механизмов (ДМ) диагностирует тот тип защит, который А. Kolanczyk (1978, 1982) обозначила как «реинтерпретативная активность» — психотравмирующая информация допускается в сознание за счет ее искаженной реинтерпретации (рационализация, изоляция, интеллектуализация и т. п.).

В шкалу агрессии (А) вошли утверждения, связанные как с прямой физической и вербальной агрессией, так и со смещенной.

В шкалу соматизация тревоги (СТ) включены утверждения, касающиеся общей соматизации (голова — сердце — желудок, общая озабоченность здоровьем).

В шкалу фиксации на психотравме (Ф) вошли утверждения, свидетельствующие о «застревании» аффекта и интеллекта на психической травме.

Большая часть утверждений была сформулирована нами, ряд утверждений был взят из ММРІ, а также из опросника Р. Нигневицкого по диагностике личностной ригидности [Залевский Г. В., 1976].

Первоначально мы отобрали на основе литературных данных 100 утверждений, которые явились операциональными аналогами вышеприведенных шкал. Затем эти утверждения, разбросанные по шкалам, предъявлялись 5 экспертам. Задача экспертов состояла в том, чтобы они указали на те утверждения, которые неадекватны шкале. Иначе говоря, наша задача состояла в том, чтобы сделать каждую шкалу содержательно валидной (достоверной). В результате 6 утверждений были переформулированы. Таким образом, осталось 94 утверждения, оказавшиеся содержательно валидными.

Следующий этап состоял в измерении дифференцирующей силы каждого утверждения шкалы. В качестве показателей дифференцирующей силы утверждения мы взяли точно-бисеральные коэффициенты корреляции ( $r$ ) сырых баллов по каждому утверждению с общим баллом по шкале и информационную меру ( $j$ ) Кульбака. В результате оказалось, что на женской выборке недиагностичными оказались 5 утверждений. Таким образом, женский вариант опросника включает 89 диагностических утверждений.

Следующая задача состоит в том, чтобы выяснить уровень критериальной валидности шкал. В качестве внешнего критерия выступили экспертные оценки практикующих психологов. Экспертные оценки обнаружили согласованность на достоверном уровне. В табл. 1 приведены коэффициенты ранговой корреляции Спирмена ( $\rho$ ), выражающие связь между экспертной оценкой в 7-балльной шкале лайкертовского типа и суммарным баллом по шкале.

Таблица 1. Критериальная валидность шкал опросника

Шкалы	НУ	Д	ПМ	ДМ	А	СТ	Ф
$\rho$	0,43	0,53	0,34	0,72	0,42	0,64	0,57

Была также выявлена положительная связь шкалы депрессии разрабатываемого опросника со 2-й клинической шкалой ММРІ ( $s=0,33$ ;  $Z=1,97$ ;  $P<0,05$ ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о критериальной валидности опросника.

Была также проанализирована концептуальная валидность опросника, в частности, шкалы НУ. Мы предположили, что в семьях с первичным социально-психологическим конфликтом выше показатели неконструктивных установок на брак, чем в бесплодных семьях. Сравнительный анализ указанных двух групп женщин подтвердил гипотетические ожидания (критерий Вилкоксона — Манна — Уитни,  $u=40$ ;  $n_1=8$ ;  $n_2=21$ ;  $P<0,05$ ).

Важной является проблема надежности опросника. В связи с тем, что, во-первых, опросник диагностирует состояние, а не черту и, во-вторых, пациент сразу же вовлекается в терапевтический процесс, трудно говорить о тест-ретестовой надежности опросника. Поэтому мы исследовали надежность как внутреннюю согласованность методом расщепления пополам. Подсчитывались коэффициенты ранговой корреляции Спирмена ( $\rho$ ) между суммами баллов четных и нечетных утверждений каждой шкалы. Затем по формуле Спирмена— Брауна  $s=2\rho / 1+\rho$  проводился пересчет от половинной к полной форме шкалы. В табл. 2 приводятся полученные данные.

Таким образом, основные шкалы опросника являются внутренне согласованными.

Таблица 2. Надежность шкал опросника

Показатели	НУ	Д	ПМ	дм	А	СТ	Ф
$\rho$	0,39	0,41	0,41	0,4	0,53	0,45	0,38
$\tau$	0,56	0,58	0,58	0,57	0,69	0,62	0,55

110

Анализ корреляций шкал показывает, что большинство шкал опросника являются функционально независимыми.

Последний вопрос конструирования опросника связан с процедурой стандартизации. Выборку стандартизации составили паци-

Таблица 3. Распределение выборки стандартизации

Шкалы Признаки	НУ	Д	ПМ	ДМ	А	СТ	Ф
х	4,6	6,9	6,2	3,8	5,8	3	3,5
δ	1,86	2,29	2,26	2,05	2,84	1,93	1,68

х — средние значения «сырых» показателей по шкалам; δ — средние квадратические отклонения по шкалам.

ентки консультации по вопросам брака и семьи в возрасте от 18 до 35 лет. В табл. 3 представлено распределение выборки стандартизации.

Средние показатели переводятся в Т-шкалу:

$$T_i = \frac{X_i - \bar{x}}{\sigma} \cdot 10 + 50,$$

где  $T_i$  — преобразованный показатель испытуемого  $i$  по шкале;

$X_i$  — «сырая» оценка испытуемого по шкале.

30—70 баллов по Т-шкале — средние показатели; 30—40 — средние с тенденцией к низкому; менее 30 — низкие;

60—70 баллов — средние с тенденцией к высокому; свыше 70 баллов — высокие показатели.

На основании формулы (1) составлена табл. 4 перевода «сырых» баллов по каждой шкале опросника в Т-показатели.

Контрольная шкала интерпретируется по «сырым» баллам. Если пациент набирает 6 и более баллов, то опросник не интерпретируется.

Таблица 4. Перевод «сырых» баллов в Т-шкалу

«Сырые» баллы	Т-баллы						
	НУ	Д	ПМ	ДМ	А	СТ	Ф
0	25	20	23	31	30	34	29
1	31	24	27	36	33	40	35
2	36	29	31	41	37	45	41
3	41	33	36	46	40	50	47
4	47	37	40	51	44	55	53
5	52	42	45	59	47	60	59
6	58	46	49	61	51	66	65
7	63	50	54	66	54	71	71
8	68	55	58	70	58	76	77
9	74	59	62	75	61		
10	79	64	67	80	65		
11	84	68	71	85	68		
12	90	72	76	90	72		
13			80		75		
14					79		

J. Mann, S. Starr (1971) полагают, что введение в опросники вопросов о сексуальном поведении, а также о супружеских и семейных связях изменяет поведение пациентов, даже если другие факторы не действуют [Shubsachs A. P. W., 1975]. Поэтому даже опросниковая диагностика имеет некоторый терапевтический эффект.

Нами разработана дифференциально-диагностическая техника ионарбитражного прессинга, опирающаяся на концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии В. Е. Рожнова [Рожнов В. Е., Бурно М. Е., 1983; Рожнов В. Е., 1985]. Сущность техники состоит в дискредитации актуального поведения пациента. Так, за помощью обратилась женщина 32 лет. Преобладающей формой ее реагирования на

эмоционально трудную ситуацию была регрессия. Сама по себе регрессия (слабость, беспомощность, стремление к помощи, поддержка и т. п.) может иметь разную психологическую природу: выступать как вариант психологической защиты (стремление уйти от решения семейной проблемы, делегирование ответственности супругу), так и манипуляции, а точнее, выступать одной из техник инграциации — негативной репрезентацией собственного образа «Я» (слабый, беспомощный и т. п.), включающей существующие в культуре «нормы помощи» («Слабым помогают!»). Если защита направлена на самого пациента, т. е. является интраперсонально ориентированной, то манипуляция (инграциация) ориентирована интерперсонально, т. е. направлена на другого. Защитная регрессия и манипулятивная регрессия нуждаются в разных терапевтических стратегиях. Поэтому столь важно квалифицировать наблюдаемую поведенческую реакцию с точки зрения более общих психологических механизмов.

Разработанная нами техника позволяет разграничить механизмы манипуляции и защиты. Прежде всего речь в данной технике идет о стилевых, а не ситуативных защитах, различающихся, в частности, степенью ригидности процесса. Пациенты говорят: «Я понимаю, что Вы хотите мне понравиться, вызвать у меня к себе интерес. Но, поймите, что Вы выбрали не лучший способ. Для Вас в сложившейся ситуации важно увидеть свои «узкие места» и попытаться избавиться от них». И далее следует мягкая критика.

Возможны две формы реакции пациента на указанную тактику. Первая реакция состоит в сохранении или усилении исходной поведенческой формы. В этом случае мы сталкиваемся с функционированием ригидного механизма защиты. Вторая реакция состоит в смене исходной поведенческой формы. В этом случае мы сталкиваемся с работой механизма манипуляции. Важной регуляторной составляющей этого механизма является субъективная оценка вероятности достижения успеха [Lis-Turlejska M., 1976]. Критика психотерапевтом Поведения пациента значительно снижает указанную вероятность, тем самым срывая механизм манипуляции.

### 13.3.2. Коррекция

#### *13.3.2.1. Семейная терапия и защитные механизмы*

Проблема защитных механизмов в терапевтическом процессе приобретает одно из центральных мест [Филатов А. Т., Кочарян А. С., Кочарян Г. С., 1986]. Вместе с тем в различных теоретических ориентациях концептуализация этой реальности существенно различается. Не углубляясь в теорию вопроса, рассмотрим методическую сторону проблемы.

Вслед за Ю. С. Савенко (1974) мы используем следующую дихотомическую типологию защит. Протективные механизмы обеспечивают недопущение психотравмирующей информации в сознание; дефензивные механизмы, напротив, допускают эту информацию в сознание, но за счет ее искажения. Дихотомическая классификация защитных процессов, не являясь ортодоксальной, проводится рядом авторов [Gardner R. W. et al., 1959; Goldstein M. J., 1959; Byrne D., 1961, и др.]. Группу протективных механизмов составляют такие защитные техники, как вытеснение, регрессия, отрицание психотравмирующих аспектов опыта, реактивное образование и др. Группа дефензивных механизмов также достаточно обширна: рационализация, интеллектуализация, идентификация и т. д.



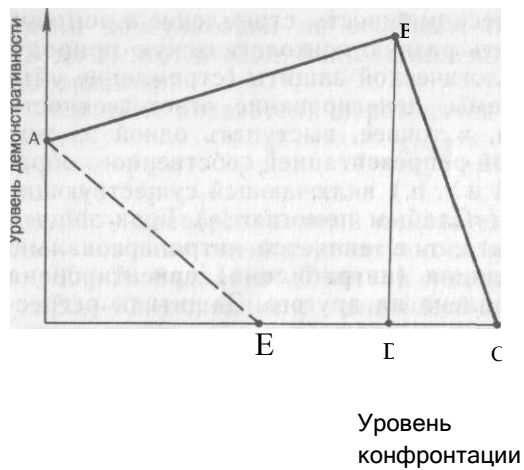


Рис. 5. Гипотетические кривые динамики демонстративности в ходе конфронтационной терапии.

А — исходный уровень демонстративности; В — максимальный уровень защитной демонстративности; С — уровень конфронтации, необходимый для срыва защитной демонстративности; Д — уровень конфронтации, после которого происходит падение защитной демонстративности; Е — уровень конфронтации, необходимый для срыва манипулятивной демонстративности.

В случае преобладания протективных механизмов мы рекомендуем терапевтическую технику конфронтации. Сущность ее состоит в критике личностной позиции пациента. Эта техника напоминает вышеописанную дифференциально-диагностическую технику нонарбитражного прессинга. Различие состоит в том, что в первой из указанных техник критика более интенсивная и продолжительная. Техника конфронтации позволяет сорвать и механизм манипуляции, и механизм защиты. Психотравмирующее содержание при преобладании протективных механизмов защиты в сознании пациента отсутствует. Следовательно, терапевтическая апелляция к этому содержанию невозможна. Техника конфронтации, ослабляя или срывая защиты, обеспечивает вхождение психотравмирующей информации в сознание. Протективные механизмы защиты, как правило, преобладают у лиц с истерическими чертами. Динамика демонстративности в случае терапии с помощью конфронтационных техник представлена на рис. 5. Здесь отчетливо видно, что манипулятивная демонстративность ослабевает, а защитная проходит 2 этапа: этап напряжения ригидных защит, сопровождающийся ее ростом, и этап разрыхления, «срыва» защит, когда демонстративность падает.

В случаях преобладания дефензивных защит в сознании пациента имеется конфликтогенное содержание, которое, однако, дезактуализировано. Уже в работе 1894 г. З. Фрейд отмечал, что конфликтогенные содержания сознания, лишённые энергии, пристрастности, могут находиться в сознании. «...Защита может привести к отделению мышления от аффекта; такая идея может оставаться в сознании» [Freud S., 1894; цит. по Н. Sjöback, 1973]. Отделенный аффект подвергается либо разрядке, либо присоединяется к другим содержаниям сознания, либо подвергается другим превращениям. Терапевтическая стратегия состоит в восстановлении целостности аффективно-интеллектуального комплекса. С этой целью могут быть использованы различные техники аффективной сенситизации. Суть этого рода техник состоит в том, что эффективность терапевта «перетекает» на изолированное от аффекта содержание, энергетически «подзаряжая» его. В литературе отмечается в той или иной форме способность аффекта к перетеканию. Конфликтогенное содержание выносится из пространства индивидуальной психики пациента и становится достоянием терапевтической системы «пациент — терапевт». Именно в этом интерперсональном плане возможна и аффективная сенситизация изолированного психотравмирующего содержания сознания пациента. Первоначально терапевтический эффект не стойкий, так как существует только в системе «пациент — терапевт». Судьба терапии во многом зависит от качества интериоризации (усвоения) пациентом «оживленного» комплекса «психотравмирующее содержание — аффект».

Вышеописанная техника терапевтической реконструкции чувства любви у супругов сочетает в себе конфронтационную и аффективно-сенситизационную терапию.

В связи с защитными процессами рассмотрим уровни реагирования на супружескую психотравматизацию.

По нашему мнению, следует выделять две линии реагирования. Первая линия — это ситуационное реагирование (гнев, депрессия, тревога и т. п.). Отметим, что такие реакции являются вполне нормальными. Напротив, их отсутствие часто является признаком патологического реагирования. Так, отсутствие чувств или неумение описать их словами (вербализовать), получившее название алекситимии [Nemiah J. C., Sifneos P. E., 1970; Krakowski A. J., Krakowska A. J., 1977], характерно для психосоматических больных. Иначе говоря, поведенческие и эмоциональные ответы на ситуацию психотравмы вполне естественны. Предмет терапии в этом случае — чрезмерно выраженная амплитуда таких реакций. Терапевтические задачи здесь в основном вписываются в вышепредставленную нами модель энергетического консультирования. Реакции пациентов полностью выводимы из структуры ситуации. Наличие агрессии в структуре ответа супруга на сложившуюся семейную психотравматизацию ни в коем случае не вопрос психической нормы, а вопрос культуры общения. Поэтому терапия в этом случае направлена на два рода процессов: на снижение выраженности агрессивной реакции и на формирование либо более приемлемых для супругов форм выражения этой агрессии, либо более адаптивных поведенческих реакций. Еще раз подчеркнем, что указанные процессы описываются категориями культуры межличностного общения, а их терапия предполагает использование техник релаксации и обучения. Нужно сказать, что ярко выраженные чувства и эмоции сами по себе не являются критериями первой линии реагирования на конфликт.

Некоторые переживания могут катектироваться (усиливаться) такими неосознаваемыми конфликтогенными или патогенными комплексами, в которые данное переживание не входит. Это свидетельствует о включении защитных процессов.

Вторая линия реагирования — это личностное включение пациента в конфликт. Вопрос о показателях такого включения принципиально важен, так как он связан с выбором адекватных терапевтических методов. По нашему мнению, единственным надежным критерием личностного включения в конфликт является актуализация защитных процессов. Первая линия реагирования, если говорить традиционным языком, требует симптоматически ориентированной терапии (релаксация, катарсис, обучение поведенческим навыкам). Личностная ориентация в терапии здесь может быть даже вредна, во всяком случае она пока еще не имеет оснований. Лишь при наличии второй линии реагирования вполне обоснованной является личностно-ориентированная патогенетическая терапия.

Кроме индивидуальных защит, следует выделить семейные защиты [Днепровская С. В., 1975; Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976, 1979; Dick H., 1963; Ferreira A., 1966, и др.]. По мнению М. Rogiewicz (1985), нарушение семейного взаимодействия может регулироваться тремя типами механизмов: 1) ассимиляцией (изменение поведения семьи как целого в соответствии с принятыми нормами); 2) адаптацией (изменение структуры, позиций, ролей, отношений внутри семьи); 3) защитой. Первые два механизма являются адаптивными; третий — дезадаптивный. Семейные защитные механизмы часто выступают важной причиной возникновения и поддержания невротического поведения: устойчивость семьи принимает форму ригидности, а сплоченность — патологической взаимозависимости и несвободы ее членов. Семейные защиты не разрешают основного противоречия, а лишь снижают частное напряжение [Мягер В. К., Мишина Г. М., 1979, с. 306]. А. А. Messer (1971) дает следующий перечень семейных защит (цит. по М. Kostecka, A. Piotrowska, 1973, с. 163— 165):

1. Выделение «козла отпущения». Этот механизм возникает, как правило, в тех семьях, в которых существующие конфликты и напряжения между супругами не могут быть удовлетворительно разрешены путем открытого обсуждения супружеских проблем, так как они представляют собой значительную угрозу для одного или обоих супругов. «Наилучшим» объектом для этой роли в семье является ребенок, т. к. он зависим от родителей и имеет слабые адаптационные механизмы. Родители в ситуации напряжения и фрустрации неосознанно провоцируют у ребенка

возникновение неадекватного поведения. Ребенок может, таким образом, почувствовать вину за кризис в семье. Выбор одного из детей не является случайным. Эту роль родители склонны приписать первому ребенку, если конфликт существует с самого начала супружества, или тому ребенку, который родился в момент формирования конфликта, а иногда тому из детей, который напоминает мать одного из супругов, с которой у этого супруга был конфликт в детстве или молодости.

2. Формирование коалиции внутри семьи.

3. Эмоциональные уходы. Существующие конфликты разрешаются через принятие холодной или безразличной установки на супруга. В этом случае супруг может искать эмоциональные связи вне семьи.

4. Привлечение с целью поддержания семейного равновесия постороннего человека (родственника, друга, профессионального консультанта и т. п.).

5. Ослабление эмоциональных связей в семье. Эта ситуация приводит к тому, что потребность в эмоциональной связи удовлетворяется вне семьи. Если же такое оживление внесемейных отношений затруднено, то супруг начинает осознавать (вербализовывать) кризис в семье.

6. Разрешение напряжений в семье посредством агрессивного поведения. Это происходит тогда, когда потребность в зависимости остается неудовлетворенной. Фрустрация потребности в зависимости порождает гнев, который разряжается посредством агрессии.

7. Отказ или компромисс. Поддержание равновесия достигается благодаря тому, что один из супругов отказывается от удовлетворения своих потребностей (в эмоциональной и сексуальных связях).

8. Создание семейных «мифов», которые представляют собой способ патологической адаптации супругов. Например, сексуальные или психические расстройства одного из членов семьи могут быть проявлением семейного мифа.

Задача семейного терапевта состоит в том, чтобы «заменить существующие невротические формы защиты в семье, поддерживающие временный гомеостаз, на адекватные нормальные взаимоотношения между членами семьи, основанные на сотрудничестве» [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1974].

Кроме устойчивых стилевых типов семейных защит, возникают новые защиты в процессе семейной терапии, формирующиеся как реакции на вмешательство в семью. Например, опровергающая позиция семьи (семья не склонна связывать болезнь одного из своих членов с нарушениями взаимоотношений в ней); рационализация (невротическое расстройство связывается не с членами семьи, а с другими значимыми для пациента лицами); агрессивные установки некоторых членов семьи на терапевта, попытки избежать контактов с ним [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Kostecka M., 1973]. Возникновение таких защитных процессов, препятствующих терапевтическим воздействиям, должно приниматься в расчет. В. К. Мягер и Т. М. Мишина (1976) отмечают, что «задача психотерапевта на первых этапах лечения состоит в том, чтобы не усиливать защитных реакций членов семьи, не увеличивать у них чувства угрозы и вины. Поэтому не следует сразу же подчеркивать связь между невротическим расстройством и отношениями в семье». Подобную трактовку мы встречаем у М. Kostecka и соавт. (1973): «Возможность повышения угрозы и защитных установок не является полезной для пациента, так как может углубить патогенные связи или спровоцировать агрессию семьи в отношении него».

По нашему мнению, в ряде случаев приходится сталкиваться с тем, что необходимо ослаблять семейные защиты не за счет смягчения терапевтического<sup>115</sup> воздействия, а, напротив, за счет его углубления. В этом случае мы имеем дело не с провоцированием семейных защит, а с их срывом. Концепция мягкого, не провоцирующего защиты воздействия имеет чисто практические ограничения: временное (значительно удлиняет процесс терапии) и уровневое (уровень терапевтического воздействия должен быть не таким глубоким, чтобы не спровоцировать защиты). Одним из примеров жесткой терапевтической стратегии является создание коалиции «терапевт — слабый супруг» и подталкивание слабого супруга к агрессии на сильного. Эта

стратегия направлена на срыв дисфункциональных моделей взаимоотношений, в том числе семейных защит.

### 13.3.2.2. Принципы коррекции

Опишем лишь некоторые важные, на наш взгляд, принципы семейной психотерапии.

1. Активность терапевта. По мнению ряда авторов [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1976; Захаров А. П., 1982, и др.], семейный терапевт должен быть не судьей, а комментатором, наблюдателем, посредником и т. п. Это связано с несколькими обстоятельствами. Во-первых, гуманистическая традиция анализа и терапии человека сопряжена с принципом недирективности воздействия: пациент только сам может пережить и решить свои проблемы; во-вторых, психотерапевт в этом случае может стать доверенным лицом всех членов семьи, способствуя актуализации процессов самораскрытия; в-третьих, терапевт в такой позиции обучает супругов интерпретации конфликта, формирует социально-психологическую рефлексию; в-четвертых, психотерапевт как посредник «принимает на себя часть эмоционального напряжения супругов» [Захаров А. И., 1982]. Вместе с тем М. Костеска и соавт., А. Piotrowski (1973) отмечают, что «позиция терапевта в ходе семейной терапии должна быть значительно более активна, чем это имеет место в ходе индивидуальной или групповой терапии, и даже может содержать элементы директивности». Акцент на интерпретационной работе связан с психоаналитической и гуманистической традициями. В ходе терапии семья должна сменить дисфункциональные модели взаимодействия на функциональные. Действия терапевта по реструктурированию семьи могут выйти за рамки тех терапевтических ролей (интерпретатор, посредник, комментатор, наблюдатель и

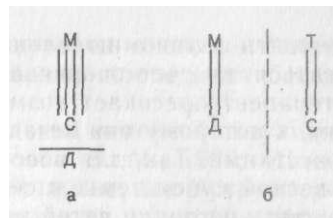


Рис. 6. Терапевтическое преобразование семьи посредством физического дистанцирования матери и сына.

а — исходная конфликтогенная структура семьи; б — формируемая терапевтом структура (блокирование активности сына терапевтом и сближение матери и дочери). М — мать, С — сын, Д — дочь, Т — терапевт.

т. п.), которые часто указываются как достаточные. Так, S. Minuchin (1978, с. 140) выделяет 7 категорий реструктурирующих действий:

- 1) актуализация семейных моделей взаимодействия (actualizing family transaction patterns);
- 2) установление, разметка границ (marking boundaries);
- 3) эскалация стресса (escalating stress);
- 4) поручение заданий (assigning tasks);
- 5) использование симптомов (utilizing symptoms);
- 6) манипуляция настроением (manipulating mood);
- 7) поддержка, обучение или руководство (supporting, educating or guiding).

Опишем некоторые из них. Наиболее диагностичным является не уровень вербальных описаний супругами своих проблем, а уровень реальных моделей взаимодействия. Именно поэтому перед терапевтом стоит задача актуализировать их. Для того чтобы терапевтическая беседа позволила действительно актуализировать их, а не сводилась к разговору супруга с терапевтом о втором супруге (в его присутствии), терапевт создает семейный сценарий, направляя членов семьи на взаимодействие (интеракцию) друг с другом, четко очерчивая инструкцией характер интеракции. Например, терапевт может сказать супруге: «Поговорите с мужем о...». Этот вид

сценария минимизирует тенденцию к централизации терапевта, которая возникает в начале терапии в связи с тем, что члены семьи ожидают от него помощи и поддержки. Для создания интрасемейной коммуникации терапевт может использовать различные приемы (в том числе и директивные): игнорирование какого-либо из членов семьи, физическое дистанцирование по отношению к супругам (например, терапевт отодвигает свой стул назад от супругов), оставление членов семьи одних в кабинете и наблюдение за их поведением через специальное стекло, предложение какому-либо члену семьи начать обсуждение, поддержка какого-либо члена семьи и т. п. Продуктивным приемом также является блокирование активности конфликтующих членов семьи. Так, терапевт может сесть рядом с сыном, который включен в родительскую подсистему вместе с матерью (отец в семье отсутствует), одновременно пространственно отделяя мать и сына. Мать садится рядом с дочерью, которая и является проблемным пациентом («козлом отпущения»). Такое физическое расположение сближает мать и дочь и блокирует активность сына. На рис. 6 представлена карта терапевтических преобразований семьи. Терапевт должен поддерживать автономию членов семьи. Это, в частности, может достигаться за счет очерчивания границ вокруг каждого из них. Так, терапевт пресекает возможность отвечать на вопросы тому супругу, к которому они не адресованы. Требования могут быть и более жесткими. Так, для восстановления четкости границ вокруг супружеской подсистемы в семье терапевт может требовать, чтобы родители изгоняли детей из своей спальни на один час каждый вечер. Родители проводят этот час одни при закрытых дверях.

Мы полагаем, что априорное ограничение терапевтических ролей (а следовательно, и возможностей) в угоду каким-либо теоретическим схемам и ориентациям снижает эффективность семейной терапии. Неясно, почему в беседе психотерапевт не может использовать оценочных суждений типа порицания и обвинения. Ведь не секрет, что порой лишь одна негативная оценка консультантом супругов или их действий (скажем, направленных на оформление развода) может явиться мощным интегрирующим фактором.

2. Ролевая свобода. Некоторые авторы полагают, что психотерапевт не должен принимать на себя роли других членов семьи [Захаров А. И., 1982, с. 102]. Мы наблюдали супругов Д., отношения между которыми строились по типу «отец — дочь» (выше мы описывали этот компенсаторный вариант брака). Эти отношения порождали постоянное напряжение, конфликты. Динамика процесса терапии может быть представлена следующим образом. На первом этапе терапевт взял на себя роль отца. Ролевому переносу с супруга на терапевта способствовало то обстоятельство, что супруг более не желал быть отцом. Пациентка часто приходила в консультацию и говорила о проблемах, далеких от супружества. На этом этапе пациентка охладевает к супругу, отдаляется от него, пытается меньше общаться с ним. Все это сопровождается активным развитием отношений с терапевтом. Роль отца является в данном случае конфликтующей для супруга и адаптивной для терапевта. Эмоциональная холодность в отношениях между супругами продолжалась в течение трех недель. На втором этапе терапии, главная задача которого состояла в активизации супружеских отношений вне рамок отношений типа «отец — дочь», терапевт разрушал роль дочери у супруги, подчеркивая ее женские достоинства. Пациентка начала краситься, больше уделять внимания своему внешнему виду. Оживление супружеских отношений, построенных на новой основе, сопряжено с новыми напряжениями и конфликтами. Причем предметом последних являются не личностные, а функционально-ролевые особенности супругов («не купил хлеба», «поздно пришел с работы» и т. п.). Таким образом, принятие терапевтом на себя роли других членов семьи может явиться важным терапевтическим средством: оно позволяет снять с супруга конфликтующие, а порой и патогенные семейные роли.

3. Свобода в техниках и сроках проведения терапии. В. К. Мягер и Т. М. Мишина (1974) отмечают, что, если поначалу они четко установили правила, по которым они видели обязательно всю семью на протяжении определенного времени и в определенные сроки, то в дальнейшем они стали варьировать и состав семьи (иногда

видя лишь одного его члена), и время проведения бесед в зависимости от поставленных целей.

4. Преимущественный акцент на актуальной семейной ситуации [Мягер В. К., Мишина Т. М., 1974; Воловик В. М., 1980; Minuchin S., 1978, и др.]. Так, S. Minuchin (1978) пишет, что в структурной семейной терапии «прошлое не исследуется и не интерпретируется. Прошлое явилось инструментом формирования актуальной семейной организации (структуры) и функционирования; оно проявляется в настоящем и может изменяться под воздействиями, направленными на изменение настоящего». N. Ackermann (1968), являющийся «отцом семейной терапии» [Gurman, Kniskern, 1978], полагал, что напряжение в супружеских отношениях сильно связано с дефектом супружеской коммуникации. Он утверждал, что возможность решения конфликта в меньшей степени зависит от природы этого конфликта, чем от характера коммуникативных стилей (цит. по Schaar C., 1982). Navran (1967), поддерживая эту точку зрения, считал, что терапевтическая задача супружеского терапевта состоит в том, чтобы помочь супругам научиться обращать свое внимание на характер взаимного общения. Супружеские отношения должны значительно улучшиться, если выявленные дефектные коммуникативные стили будут замещены адаптивными стилями. Акцент на актуальной супружеской, или семейной коммуникативной ситуации представлен в концепции W. J. Lederer и D. D. Jackson (1968), являющейся вариантом концепции социального обмена [Schaar C., 1982], в поведенческой супружеской терапии и консультировании [Stuart R. B., 1969, 1976], в работе группы авторов из Института ментальных исследований в Пало-Альто [Bateson G., 1960; Haley J., 1963; Watzlawick P. et al., 1968; Satir V., 1964, 1972]. Так, V. Satir (1964) выделила 4 коммуникативные модели (паттерна) в дисфункциональных семьях: 1) обвинение (активное утверждение, что дефект в другом супруге); 2) успокоение (пассивное согласие с супругом, что дефект в себе); 3) отвлечение (гиперактивное, импульсивное поведение, отвлекающее от напряженной супружеской ситуации); 4) подсчитывание (подчеркивание «холодной» логики в выражении чувств). Фокус супружеской терапии, по мнению V. Satir, состоит в анализе коммуникативных паттернов обоих супругов.

L. Brammer, E. Shostrom (1968), работающие в рамках «клиент-центрического» подхода, показали, что неэффективная коммуникация — ядро многих конфликтов между партнерами и что эффективная коммуникация может снизить враждебность, т. к. она лежит в основе развития доверия и интимности в отношениях. Они использовали следующие техники для улучшения супружеской коммуникации: повторение того, что сказал партнер; повторение того же другими словами; «вхождение» в точку зрения другого; редуцирование обобщений; ясное выражение собственных чувств.

Анализ актуальных коммуникативных паттернов и формирование функциональных стилей общения лежит в основе ряда терапевтических программ [Schaar C., 1982, с. 17]: Миннесотская супружеская коммуникативная программа [Miller S. L., 1971; Miller S. L. et al., 1976; Nunnally E. W., 1971] и Программа усиления супружеских связей [Ely A. L., 1970; Ely A. L. et al., 1973; Harrell J. E. 1974; Rapaport A., 1971, 1976].

Вместе с тем обращение к прошлому опыту в ряде случаев необходимо как на этапе диагностики, так и на этапе собственно терапии семьи. Этот момент в гипертрофированной форме подчеркивается в интерпретационной аналитической терапии. Так, M. Grotjahn (1960) считает, что симбиоз «мать — ребенок» является прототипом семьи этого ребенка в будущем и что на свою семью<sup>18</sup> каждый супруг проецирует образы своих родителей. V. M. Satir (1965) отмечает: «Мы обнаружили изумительную параллель между характером интеракции супругов и характером интеракции в их родительских семьях. Эта параллель привела нас к выводу, что в дисфункциональных супружеских парах существует постоянное усилие брачных партнеров завершить то, что не было закончено в их родительских семьях».

### *13.3.2.3. Коррекционные стратегии*

В семейной терапии и консультировании используются следующие стратегии: 1) интерпретация; 2) познание; 3) обучение; 4) совет; 5) катартическая терапия (разрядка); 6) активное переструктурирование; 7) конфронтация.

Интерпретация состоит в выявлении действительных причин нарушенных семейных отношений, а также причинных связей между развившимся психическим расстройством и семейной дисгармонией. Каждый супруг в большинстве случаев имеет свою версию сложившейся интер- и интраперсональной ситуаций, которая, однако, по нашим наблюдениям, не менее чем в 30% случаев далека от истины. Чаще встречается вариант искажения (в некоторых деталях) версий, являющихся результатом сознательных или бессознательных защитных усилий [Mittlemann В., 1949; Martin P. A., 1965, и др.].

Интерпретации подлежат не только супружеская ситуация, но и складывающаяся терапевтическая ситуация, характер связи с пациентом. Интерпретационная терапия, как мы уже отмечали, более адекватна при дефензивных типах защиты, когда конфликтное содержание в искаженно-дезактуализированной форме присутствует в сознании. Интерпретация ни в коем случае не должна рассматриваться как чисто рациональный процесс прояснения ситуации «глупому» пациенту, который сам до этого додуматься не сумел. Интерпретация, проводимая в любых терапевтических формах (индивидуальной, коллаборативной, конкурентной, совместной и групповой), приводит к росту эмоционального напряжения у пациента, появлению тревоги, стыда, чувства вины, гнева и т. п. Суть интерпретации состоит как минимум в двух взаимосвязанных процессах. Во-первых, это снятие искажений в версиях конфликта самих пациентов и очерчивание истинных каузально-генетических линий семейной (супружеской) дисгармонии или психических расстройств отдельных членов семьи; во-вторых, это аффективная актуализация конфликтогенного комплекса. Фактически интерпретация ставит перед пациентом задачу на личностный смысл, задачу не отложить, а пережить ситуацию. Если момент эмоциональной актуализации не выражен, то интерпретация является усеченной, терапевтически бесплодной.

Для ослабления защитных механизмов принципиализации (рационализации, интеллектуализации и т. п.), представляющих значительный барьер для интерпретационной терапии, можно рекомендовать некоторые медитативные техники [Эверли Дж. С., Розенфельд Р., 1985], в частности, методику «кататимного переживания» [Норвила Р. В., 1986], которая проводится как в индивидуальной, так и в групповой формах (используется специальный подбор фонограмм электронной музыки и т. п.). Состояние созерцания (пассивного!) и активное аффективно окрашенное воображение ослабляют псевдорациональный контроль ситуации. Кроме такого эффекта, анализ образцов по схеме «идеальное — реальное — компенсация» дает дополнительный материал для диагностики и терапии. С этой же целью в групповых сеансах мы используем технику «аффективного круга»: пациенты, держась друг за друга (необходим физический контакт), ритмично *двигаются по* кругу в слабо освещенной комнате, произнося какое-либо бессмысленное, короткое слово. Задача пациентов — раствориться в ритме, ни о чем не думать. Получасовое упражнение вызывает значительное физическое утомление, также способствуя ослаблению интеллектуального контроля. По нашему мнению, такие техники показаны для личностей психастенического склада.

Интерпретационная терапия при низком уровне протективных механизмов защиты у пациентов менее эффективна. Ее эффективность значительно возрастает после использования техники конфронтации. Преждевременная интерпретация, предлагаемая психотерапевтом пациенту, вряд ли окажет терапевтическое воздействие. Интерпретация должна ложиться на готовую почву, а еще лучше если пациент сам сделает открытие, опираясь на помощь психотерапевта. Так, к нам за помощью обратилась женщина 28 лет с жалобами на периодически возникающие приступы дрожи, сопровождающиеся беспредметной тревогой. После диагностической беседы и анализа тестовых данных мы пришли к заключению, что в основе болезненной симптоматики лежит семейная психотравматизация. Вместе с тем пациентка указывала на то, что «ей с мужем повезло» и что она любит мужа. Во время шестой

встречи пациентка расплакалась и сказала, что хочет разойтись с мужем, что она уже не хочет, устала обманывать себя относительно своей семьи. Пациентка пришла к такому выводу после нескольких многочасовых бесед, в ходе которых она осмысливала свой жизненный путь, анализировала сновидения.

Дж. Белл (1961) выделяет четыре типа интерпретаций, которые проводятся в процессе семейной терапии (по Новиковой Е. В., 1989). Рефлексивные, аналитические интерпретации связаны с психогенезом семейной или супружеской дисгармонии. При отсутствии в семье близости, открытости, взаимной поддержки аналитические интерпретации нежелательны. Связующие интерпретации позволяют соединить переживания и события, чувства и семейные роли. Реконструктивные интерпретации направлены на то, чтобы вывести настоящее из прошлого. Их используют в тех случаях, когда настоящее существенно волнует семью и члены семьи хотят объяснить его. Нормативные интерпретации позволяют супругам сравнить проблемы собственной семьи с проблемами других семей, осознать, что многие семьи имеют подобные проблемы. Это помогает им избавиться от страха и тревоги.

Сущность терапевтической стратегии **п о з н а н и я** состоит в коррекции искажений восприятия ситуации. Психотерапевт сосредоточивает внимание пациента на несоответствии его субъективного образа ситуации объективным обстоятельствам, не отвергает имеющийся у него образ и сопряженные с ним чувства, но и не принимает его безусловно, а относится к нему как к логическому допущению, побуждая процесс познания реальных объектов [Василук Ф. Е., 1988]. Рассматриваемую терапевтическую стратегию реализует рациональная, разъяснительная и когнитивная психотерапия. Психотерапевт, рассуждая логически, ведет за собой пациента, побуждает его логически проанализировать конфликтогенную или патогенную ситуацию. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы трансформировать эмоциональное отношение к ситуации в сугубо логическое, познавательное [Beck A. T., 1976]. Так, в процессе терапии в связи с мучительным чувством ревности психотерапевт анализирует возможные поводы для ревности и показывает, что ревность является необоснованной, приводит к конфликтам: «К кому именно Вы ревнуете? Предположим, что муж изменит Вам, значит ли это, что он не любит Вас? Муж живет с Вами, пытается уйти из семьи? А если нет, значит Вы для него важны. Если даже муж изменит Вам, разрушит ли это семью?» и т. п. Психотерапевт стимулирует у пациентов процессы активного анализа ситуации. Такой анализ, помимо снятия искажений восприятия, приводит к дезактуализации патогенных чувств. Идея психотерапии состоит в срыве конфликтогенных или патогенных верований клиента. На первом этапе психотерапевт должен вскрыть эту систему верований. Причем интерпретация психотерапевтом поведения клиента не допускается. Клиент ставится в такие условия, когда он максимально полно сам объясняет свое поведение. Для этого клиент должен, например, отвечать на вопросы типа: «А что в этом плохого?», «Что страшит Вас в этом?», «Что плохого в этом?» и т. п. Ответы на эти вопросы образуют систему ключевых убеждений, которые лежат в основе конфликта либо психического расстройства. Вопросы задаются до тех пор, пока клиент не начинает либо «ходить по кругу», либо давать синонимические ответы. Объяснения самого клиента всегда важнее, чем интерпретация психотерапевта. Важно различать этапы реагирования на конфликт, которые описываются трехчленной схемой: 1) ситуация; 2) система убеждений клиента; 3) эмоциональные поведенческие ответы. Когнитивных психотерапевтов интересует второй уровень реагирования, т. е. система верований или убеждений клиента. Важно клиента научить различать мысли, верования, убеждения (второй уровень) и эмоциональные реакции (третий <sup>120</sup>уровень). Клиенты должны понять, что они сердятся не на реальные события, а на свои мысли по поводу этих событий. Задача психотерапевта укрепить внутренние когнитивные резервы клиента. Это делается за счет актуализации контрарных мыслей, формирования или укрепления адекватной клиенту системы полезных убеждений, ослабляющих конфликтогенные или патогенные верования. Система неполезных верований (например, «Я — беспомощный, слабый») может разрыхляться за счет переноса



позитивных навыков, а соответственно и представлений о себе в этой сфере на сферы, где клиент чувствует себя некомпетентным.

В среднем когнитивная психотерапия занимает 12 сеансов, причем прогресс отмечается с первого занятия. Наш опыт свидетельствует об эффективности применения когнитивной психотерапии при вялотекущей шизофрении (жалобы на трудности общения, истощаемость общения, трудности подбора брачного партнера, чувства одиночества и собственной несостоятельности). Терапевтическая стратегия познания исходит из познавательной модели человека [Шихирев П. Н., 1979]. Гипертрофирование одной из сторон человека в теории делает и адекватную ей терапевтическую практику односторонней, накладывая ограничения на показания к ее применению и ее возможности.

Акцент на обучении как терапевтической стратегии сделан в поведенческой супружеской терапии и консультировании [Stuart R. B., 1969, 1976]. D. Knox (1971) приводит следующие характеристики поведенческого подхода:

1) точное определение специфических форм поведения каждого супруга, которые должны быть устранены, ослаблены, модифицированы или, наоборот, усилены в развитии;

2) точное представление о своем поведении каждым супругом;

3) манипуляция стимульными переменными, которые влияют на соответствующие формы поведения (цит. по Schaap C., 1982).

В то время как ранние исследователи [Stuart R. B., 1969; Azrin N. H. et al., 1972] несколько пренебрегали общим коммуникативным мастерством и фокусировали внимание больше на умении прийти к соглашению, договориться (contracting), в более поздних терапевтических программах авторы подчеркивают необходимость формирования коммуникативного мастерства (skill), коммуникативной компетентности [Schaap C., 1982]. Так, R. B. Stuart (1969), исходя из рыночной метафоры теории социального научения, отметил, что для улучшения нарушенных семейных отношений необходимо развивать способность каждого супруга вознаграждать своего партнера и на этой основе — способность прийти к соглашению, договору за счет равенства балансов «доходов и расходов» у каждого супруга. В тренировке используется метод письменных контрактов, применение цветной сигнализации для одобрения и неодобрения действий супругов и т. п. Однако получены данные о том, что эффективность в тренинге договора (contracting training) не гарантирует эффективность в тренинге коммуникативного мастерства [Schaap C., 1982]. Коммуникативное мастерство рассматривается базисным по отношению к более частным видам мастерства решения проблем, выражения желаний, ведения переговоров, тренировки совладания с угрозой, тревогой, гневом и т. п. [Van Den Neuvel M., Schaap C., 1979].

Исследователей интересовал вопрос о том, какие именно коммуникативные умения нужно тренировать для улучшения супружеских отношений. Sprenkle D. H., Fisher B. L. (1980), опросив семейных терапевтов, составили список 34 коммуникативных умений, необходимых для нормального функционирования семьи. Исследователи обнаружили, что терапевты различных направлений указывали на важность общих коммуникативных умений (спонтанность, обратная связь и т. п.), на умения активного слушания и передачи информации (специфичность, экспрессивность, согласованность, непротиворечивость сообщения). Развитие соответствующих коммуникативных навыков и представляет собой цель супружеской и семейной терапии. Приведем список соответствующих коммуникативных навыков [Sprenkle D. H., Fisher B. L., 1980]:

#### **Коммуникативное мастерство слушания (реципиента)**

1. Внимательное слушание и наблюдение, пока другой говорит.
2. Индикатором сообщения является чувство. Отсутствие вербального или невербального перефразирования сообщения указывает на то, что сообщение другого услышано.
3. Парафраз. Умение показать, что понял сообщение другого человека путем переформулировки этого сообщения другими словами.
4. Контроль за выражением другого или вопросы для прояснения сообщения.

5. Внимание к эмоциональной и содержательной сторонам сообщения.
6. Ценность коммуникатора (отправителя информации), сообщения и себя (реципиента). Рассмотрение этих компонентов как важных и ценных, даже если существует несогласие.

### **Коммуникативное мастерство отправления сообщения (коммуникатора)**

7. Говорить от себя. Ответственность за коммуникацию; разговор от себя без ссылки на авторитет.
8. Специфичность. Опора своих собственных интерпретаций на специфических фактах и избегание обобщений о других людях.
9. Открытое и ясное выражение мыслей.
10. Открытое и ясное выражение чувств.
11. Открытое и ясное выражение намерений и желаний.
12. Адекватный отчет о своих мыслях, чувствах, намерениях и др. членами семьи.
13. Согласованность вербальных и невербальных компонентов сообщения.
14. Наличие спонтанности в беседе.
15. Обеспечение обратной связи. Риск обеспечения друг друга обратной связью о поведении других.
16. Мета-общение. Супруги обсуждают характер своей коммуникации.
17. Восприимчивость к обратной связи. Встречная информация от других воспринимается как раскрытие, обратная связь.

### **Параметры сплочения семьи**

18. Эмоциональная аттракция. Возрастание у членов семьи положительной аттракции друг к другу.
19. Дифференциация. Возрастание у членов семьи самостоятельности и ответственности.
20. Зрелая зависимость. Возрастание у членов семьи способности позволять другим членам семьи заботиться о них, т. е. не боясь, когда это необходимо, зависимости.
21. Поддержка. Рост вербальной и невербальной заботы об эмоциональных потребностях друг друга.
22. Преданность. Возрастание у членов семьи способности брать ответственность за защиту благополучия других членов семьи и самой семьи как целого.
23. Психологическая безопасность. Увеличение у каждого члена семьи чувства безопасности, уверенности и доверия.
24. Надежность. Возрастание у членов семьи способности к соблюдению соглашений и обязательств.
25. Семейная идентификация. Возрастание у членов семьи чувства общности.
26. Оказание физической помощи. Возрастание у членов семьи готовности содействия и помощи другому в случае необходимости.
27. Приятное взаимодействие. Возрастание количества веселых и приятных взаимодействий между членами семьи.

### **Параметры семейной адаптации**

28. Гибкость. Увеличение у членов семьи способности к генерированию новых идей и изменению образцов поведения и (или) взаимодействия в новых ситуациях.
29. Лидерство. Рост демократического стиля лидерства.
30. Настойчивость. Увеличение взаимной настойчивости у членов семьи как оппозиция агрессивности или пассивному взаимодействию.
31. Преодоление. Рост успешного преодоления различий, существующих в разных сферах семейного функционирования.
32. Правила. Члены семьи изменяют правила своего функционирования (формы поведения и ожидания) при изменении потребностей членов семьи.
33. Роли. Изменение или модификация ролевой структуры при изменении потребностей членов семьи.
34. Получение и использование обратной связи. Рост способности к получению и использованию как положительной, так и отрицательной обратной связи как от других членов семьи, так и от менее близкого окружения.

Динамику роста межличностного коммуникативного мастерства можно исследовать с помощью опросника межличностного коммуникативного мастерства L. F. Boyd (1976). Кроме того, 25 пунктов опросника рассматриваются как существенные в тренинге коммуникативного мастерства и могут представлять собой отдельные целевые ориентации такого тренинга. Подобный опросник (опросник супружеской коммуникации) разработал M. Vienvenu (1970).

В групповом варианте структурная научающая терапия выглядит следующим образом [Goldstein A. P. et al., 1976]. Члены группы отбираются на основе того, что имеют дефицит определенных коммуникативных умений. Первоначально обучающиеся тренируются в освоении простых навыков, которые у большинства

членов группы (6—12 человек) не вызывают особых трудностей. Навыкам обучаются в порядке их усложнения. Удачный опыт в начале структурной обучающей терапии помогает сформировать у тренирующихся мотивацию дальнейшего обучения. Каждый коммуникативный навык разбивается на 5—10 составляющих. Например, навык «Начало разговора» включает такие составляющие, как правильный выбор места и времени разговора, приветствие, разговор на отвлеченную тему, понимание того, слушает ли нас собеседник и хочет ли он с нами говорить, открытие собеседнику предмета разговора. Тренирующимся раздают карточки, на которых расписаны составляющие коммуникативного навыка. На вводном этапе ведущий выясняет, какие именно навыки следует тренировать в группе, создает мотивацию обучения за счет анализа перспективы обучения для нормализации семейных отношений. На следующем этапе — этапе моделирования — тренирующимся предоставляются (в виде магнитофонной записи, кино- и видеофильма и т. д.) модельные образцы выполнения навыков по отдельным составляющим. Тренирующиеся следят за каждым шагом исполнения навыка. Следующий этап — ролевое исполнение. После демонстрации модельного образца тренер задает вопрос: «Какую роль данный коммуникативный навык играет в Вашей жизни?». Каждый из тренирующихся описывает ситуацию конфликтного взаимодействия в семье, которая вызвана отсутствием рассматриваемого навыка. Выбирается в качестве соактера тот член группы, который более всего напоминает супруга. Роли разыгрываются от 30 с до 15 мин. Оформление игровой ситуации строится по принципу идентичных элементов: тренинговое пространство за счет использования различных внешних атрибутов (телефон, стулья, столы и т. п.) приближается к реальному. Все члены группы внимательно наблюдают за качеством исполнения каждой составляющей навыка. На следующем этапе — этапе подкрепления — члены группы дают обратную связь «актеру». Авторы подчеркивают, что акцент должен быть сделан на позитивной обратной связи, на комментировании положительных моментов даже плохого исполнения. Общая положительная оценка качества игры обеспечивает менее болезненное принятие критики тренирующимися. Критерием положительного подкрепления является не абсолютно правильное исполнение навыка, а любое улучшение его исполнения по мере тренировки. Обратная связь должна быть конкретной, причем предлагается некоторая последовательность развертывания обратной связи в группе (соактер, наблюдатели, тренеры, главный актер) и требования к каждому звену. На последнем этапе дается домашнее задание: тренирующийся в условиях конфликтного семейного окружения пробует применить освоенные в группе навыки. По специальной форме пишется отчет по домашнему заданию. Авторы отмечают, что если выученный в группе навык не подкрепляется в реальном семейном окружении, то он угасает. Поэтому полезно заручиться поддержкой членов семьи, которых инструктируют, как нужно реагировать, когда тренирующийся в группе супруг ведет себя в семье по-новому. Такой обучающий тренинг является весьма полезным при некоторых формах супружеской дисгармонии. Он не ориентирован на перестройку личности, а лишь создает новый адаптивный поведенческий арсенал.

Семейная терапия и консультирование включают также помощь советом. Большинство супругов, обращаясь за консультацией, рассчитывают на дельный совет. Вместе с тем, чем менее директивно ориентирован консультант, тем более скромное место в его арсенале терапевтических методов занимает совет. Т. М. Мишина (1983) справедливо, по нашему мнению, ограничивает действие тезиса о том, что «психотерапевту следует воздержаться от прямых советов, так как в противном случае семья будет полностью возлагать ответственность за свои поступки на психотерапевта». Автор подчеркивает, что в ситуациях кризиса «...не давать совета» — неестественная, нереалистическая позиция. Совет должен быть точен, реалистичен, конкретен. Совет в ряде случаев «позволяет снять первичную настороженность и способствует укреплению начального контакта» [Копьев А. Ф., 1986], может выполнить роль «толчка», когда семья «ушла» от позитивной динамики решения

проблем, может поддержать начавшиеся конструктивные изменения в семье, может выполнить функцию поддержки [Мишина Т. М., 1980].

В. В. Столин (1981) отмечает, что совет, во-первых, если он не выходит за пределы наличного уровня осознания пациентом своих проблем, воспринимается как банальность; во-вторых, он может отторгаться в силу нежелания вообще следовать какому-либо совету в жизненных проблемах; в-третьих, может культивировать рентные установки.

Совет в ряде случаев является единственной формой помощи, например, когда на консультирование приходит лишь один супруг, или когда время работы с семьей очень ограничено. Чаще терапия советом не выступает как самостоятельная стратегия, подчиняясь общему плану терапии. В этих случаях мы сталкиваемся с советом по форме, по содержанию же — это либо момент активного переструктурирования (например, подстрекательство в форме совета ребенка к агрессии на мать для «срыва» продленного симбиоза и т. п.), либо компоненты интерпретационной техники (совет повести себя некоторым образом, ожидая при этом вполне определенное ответное поведение супруга, с целью верификации предложенной интерпретации и т. п.).

**Катартическая терапия.** Ряд авторов [Bach G. R., Wyden P., 1969; Voite G. L., 1975, и др.] считают, что неконтролируемую, свободную экспрессию чувств и мыслей можно использовать как метод решения супружеских затруднений. J. Haeg (1968) показал, что выражение гнева членом терапевтической группы значительно снижает число его агрессивных ответов, в чем, согласно автору, проявляется катартический эффект.

Специалист по агрессии Л. Беркович (1973) критикует катарсис как метод терапии. В ряде экспериментов он показал, что открытое выражение агрессии приводит лишь к росту агрессивности. Поэтому некоторые психотерапевты отказались от поощрения пациентов к прямому выражению агрессии. Так, В. Райх освобождал неосознаваемые эмоции пациентов посредством специальных терапевтических техник ликвидации защитного панциря на уровне всех семи мышечных сегментов (области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, живота, таза). Акцент, таким образом, делался не на катартическом выражении эмоций, а на снятии мышечных блоков. Ф. Перле и соавт. подчеркивают, что снятие мышечных блоков может освободить не истинные эмоции (например, агрессию), а их ретрофлексированные (сменившие свой первоначальный объект — другого человека на собственную личность пациента) варианты (например, чувство вины). Пациент плачет (при расслаблении мышц лба) вместо того, чтобы выразить гнев. В этом случае катарсис дает лишь временное облегчение. Поэтому катартической разрядке в гештальттерапии предшествует работа по выявлению ретрофлексии.

Следовательно, в катартической терапии мы сталкиваемся как минимум с четырьмя разноуровневыми эмоциональными процессами: осознаваемыми истинными, осознаваемыми ретрофлексированными, неосознаваемыми истинными и неосознаваемыми ретрорефлексированными эмоциями. Катартическая терапия предполагает сосредоточение на проблеме посредством воспоминания или даже придумывания эмоциогенной ситуации, которая несет в себе некоторые существенные инварианты реальной жизненной психотравмы. Катарсис может быть произведен только тогда, когда актуализация этой психотравмы сопровождается выраженной аффективной реакцией, о наличии которой свидетельствуют изменения цвета лица и губ, формы губ, частоты и глубины дыхания, а также движения глаз вниз вправо (кинестетический вход). Так, у пациента В. серьезно нарушалась речь при воспоминании одной из конфликтных сцен, связанных с бывшей женой. Вместе с тем он отмечал, что никаких эмоций в это время не переживает, но ощущает напряжение в горле и груди, дыхание становится поверхностным. Мы попросили пациента в течение двадцати минут усиленно дышать (это способствует ослаблению контроля над подавленными эмоциями), а затем сильно напрячь руки и мышцы нижней челюсти. При этом у пациента возникли раздражение и злоба по отношению к жене. Их реализация в форме криков и ударов по воображаемому образу жены (методика стула) привела к разрядке напряжения: ослабли мышечные зажимы, нормализовалась речь, исчез гнев. Следовательно, если эмоция пациентом подавляется, то катартическая терапия состоит из двух частей: ослабление контроля и осознание эмоции, а затем собственно катарсис.

Н. Липоуа (1975) использует танец, аккомпанементом к которому могут быть хлопанье в ладоши, притопывание, крики, выстукивание ритмов на барабанах, а иногда и игра на фортепиано. Эта техника, по мнению автора, облегчает актуализацию аффективно напряженных воспоминаний как бессознательного детства, так и более поздних вытесненных событий. Отреагирование отрицательных эмоций реализуется в самом же танце.

Катартическая терапия может реализовываться и через психогимнастику. Так, Г. Юнова наблюдала пациента с выраженными вегетативными кардиальными кризами, сопровождающимися чувством страха. В детстве мачеха издевалась над ним и его отцом. В десять лет мальчик стал мечтать, что убьет мачеху, но затем мечты были вытеснены. В процессе психотерапии эти детские мечты вспомнились. Психогимнастическое задание состояло в том, что пациент должен был вообразить, что он на безлюдном острове, где все позволено, и что после возвращения он все забудет. Пациент показал, что убьет мачеху. В другом психогимнастическом упражнении «бал — маскарад» пациент выбрал костюм палача и представил сцену символического отсечения головы мачехи. После того как пациент «освободился» от ненавистной матери, он нашел себе добрую мать в лице психотерапевта, подошел к ней и положил ей голову на колени. Когда «мать» погладила его по голове, он расплакался и долго не мог успокоиться. Пациент проспал двое суток, и в его состоянии наступил перелом — приступы бесследно исчезли. Г. Юнова рекомендует

вербализацию эмоциональных переживаний, возникающих в психологическом сеансе, в противном случае такие переживания могут стать декомпенсирующими. Вербализация приводит к овладению эмоцией, делает ее контролируемой. Вместе с тем J. R. Udry (1974) высказался против катартической семейной терапии: открытое коммуницирование некоторых чувств и установок имеет откровенно деструктивное влияние на супружеские отношения. Другие авторы полагают, что рациональный процесс обсуждения проблем имеет превосходство над катартической экспрессией при решении супружеских затруднений. J. R. Udry (1974), G. Levinger и S. Senn (1967) обнаружили, что неизбирательная коммуникация чувств не коррелирует с супружеским счастьем. Это, по мнению С. Schaap (1982), подтверждает точку зрения большинства клиницистов о том, что катарсис — неэффективный подход в супружеской и семейной терапии, каким он является в индивидуальной терапии [Garfield S., 1980].

Вместе с тем выраженная мотивация сохранения брака у супругов и наличие аффективно переживаемого светлого прошлого брака позволяет практиковать катартическую терапию в семейной и супружеской терапии. Ослабление деструктивных реакций супругов в ходе свободного обсуждения своих чувств друг к другу может достигаться за счет принятия исследовательской позиции в обсуждении и соблюдении правил супружеского диалога. Полезной в этом отношении является техника «конструктивного спора» С. Кратохвила, описанная Т. М. Мишиной (1983).

Методика представляет собой набор признаков правильного спора. Опираясь на эти признаки, супруги могут, во-первых, оценить конструктивность своего поведения и, во-вторых, обучиться ему. Супругам предлагают оценочные листы (табл. 5), представляющие собой набор указанных признаков. В конце спора выставляется итоговая оценка, которая включает в себя оценку стиля спора и его результатов. Поведение по каждому признаку оценивается «+1», если оно конструктивно и «—1», если оно деструктивно.

Таблица 5. **Оценочный лист методики конструктивного спора**  
[Мишина Т. М., 1983]

Оцениваемые характеристики	Положительная оценка	Подсчет очков		Отрицательная оценка
		+	—	

### 1. Стиль спора

Конкретность	В споре имеется предмет, нападение или защита сводится к конкретному поведению «здесь и теперь»	Обобщение, поведение называется «типичным», ссылка на события прошедшие или не имеющие отношения к делу
Вовлеченность	Оба увлечены, наносят и получают сильные «удары»	Один из участников не задействован, находится в стороне от спора, оскорбляется, прекращает спор преждевременно и т. д.
Коммуникация	Ясная, открытая, каждый говорит за себя, думает то, что говорит, его можно понять и ответить ему, хорошая «обратная связь»	Слишком частое повторение своих доводов и малое внимание к доводам другого, скрытые признаки непонимания, укрывающиеся за другими, «шум»
"Честная игра"	Не допускаются удары ниже пояса, и принимается во внимание, сколько может вынести партнер	Аргументы не относятся к предмету, но нацелены в чувствительное место

## 2. Результаты спора

Информативность	Что-то узнал или получил, научился чему-то новому	Не узнал ничего нового
Отреагирование	Исчезла напряженность, уменьшилась злобность, выяснены претензии	Напряжение не исчезло, а осталось или усилилось
Сближение	Спор привел к взаимопониманию и сближению партнеров, есть ощущение, что это их касается, что так и должно быть, сохраняют свое достоинство	Партнеры более отдалены, чем прежде, ощущают, что они не поняты или сильно обижены
Улучшение	Устранение проблемы, разрешение ситуации, оправдания, планы на будущее	Ничего не решено, участник не старается ничего исправить или оставляет это другому и не хочет его простить

Описания конструктивного и деструктивного поведения приводятся в оценочном листе. Итоговый результат может варьировать от «+8» (максимум конструктивности) до «—8» (максимум деструктивности).

Стратегия активного переструктурирования представлена структурной семейной терапией [Minuchin S., 1978], которая была описана выше. В этом подходе рассматриваются активные реконструктивные действия терапевта, дана типология лих действий. Конфронтация как коррекционная стратегия также описана выше.

Джон Энрайт (1980) предложил терапевтическую стратегию просветления. Невротические симптомы человека или его характерологические дефекты являются причиной того, что человек оценивает себя как неполноценного или плохого. Человек полагает, что нужно измениться, и тогда он обретет счастье. За этим человек и приходит к психотерапевту. Альтернативная точка зрения состоит в том, чтобы найти положительные моменты в актуальном «болезненном» состоянии. Это достигается за счет терапевтической процедуры «переименование симптома». В этой процедуре пациент побуждается к нахождению нового наименования «симптома» или отрицательной черты характера. Это новое наименование описывает поведение не менее точно, чем первоначальное наименование, но при этом имеет положительную, а не отрицательную эмоционально-оценочную окраску. Так, если отрицаемой чертой было «упрямство», то новым наименованием может быть «упорство». Ревность жены по отношению к мужу может быть переименована как «ранний предупредительный сигнал относительно панического страха быть неожиданно покинутой». Пациенту предлагают описать ситуацию, в которой такое поведение уместно. Так, один юноша свою пугливость переопределил как «благоразумность» (однажды его боязнь двух парней оказалась не напрасной). Одна из точек зрения на неадекватное поведение состоит в том, что это поведение в момент своего возникновения было уместным, соответствовало ситуации. Затем такое поведение переносится на другие ситуации, и оно становится уже неадекватным. Переименование симптома позволяет человеку осознать исходную полезность своего неадекватного поведения или мешающей ему собственной характерологической черты. Эта процедура ликвидирует переживание пациентом чуждости, навязанности симптомов, а также отрицательное отношение к своим характерологическим особенностям, что повышает интегрированность личности. Осознание прежней ценности своего неадекватного поведения позволяет пациенту гибко управлять им: он использует его только в подходящих ситуациях.

Личностный рост. Эта терапевтическая стратегия неоднородна. Выделено два параметра личностного роста: персональный и трансперсональный [Firman J., Vargin J., 1977; Brown M. Y., 1983]. В западной культуре подчеркивается персональный параметр роста — сильная, интеллектуальная, самомотивированная, прагматическая личность. Личность, развитая по этому параметру, открыта опыту, хорошо осознает свои желания, потребности, жизненную ситуацию и т. п. Недирективная ориентированная на клиента психотерапия К. Роджерса и

гештальттерапия Ф. Перлса направлены на личностный рост по персональному параметру. Для работы К. Роджерса характерны принятие феноменологической перспективы клиента (эмпатия), безусловное уважение, конгруэнтность. Ф. Перлз акцент в работе кладет на расширение осознания всех сторон опыта, на вскрытие защитных процессов ретрофлексии, проекции, интроекции и т. п.

Эти подходы ориентированы на личность, а не на межличностные отношения.

По мнению М. Браун, межличностный параметр несамостоятелен: включен либо в персональный, либо в трансперсональный. Поэтому развитие по персональному параметру приводит к повышению межличностной (супружеской) компетентности.

Второй параметр роста — трансперсональный — рассматривается трансперсональными психологами [Маслов А. и др.]. Трансперсональное «пригвоздить» словами трудно. Для его определения Р. Ассаджолли (1969) предложил использовать 14 групп символов (обращение внутрь, Спуск — Нисхождение, Подъем — Восхождение, Расширение — Распространение, Пробуждение, Свет, Огонь и т. п.). Трансперсональное не ограничивается исключительно религиозными формами. Оно включает в себя переживание ценностей. Улучшение супружеских отношений может быть связано с «реанимацией» ценностей любви, мужественности и т. п., которые часто искажены. Так, ценность «мужественности» может принять вид агрессивности, грубости.

Р. Ассаджолли в середине века развил универсальные принципы психосинтеза (1976), который представляет собой синтез различных направлений (психоанализ, экзистенциальная психология, гештальттерапия, буддизм, йога, христианское эзотерическое учение) и диссоциированных частей личности. Психосинтез — это не эклектическая компеляция разных терапевтических подходов, напротив, Р. Ассаджолли создал новую теорию личности и новый вид терапии [J. Rainwater, 1984]. Р. Ассаджолли ввел понятие «субличность». Субличность представляет собой единство взглядов, мнений, оценок, желаний, форм поведения. У человека много разных субличностей. Каждой субличности может быть дано имя, например, «Критик», «Ученый», «Неуверенный» и т. п. Человек идентифицирует себя с какой-либо субличностью, остальные же субличности получают статус либо симптома (жалобы на периодические навязчивые запои, которые случаются вопреки личности и т. п.), либо вытесняются. Задача состоит в том, чтобы, во-первых, симптоматические образования трансформировать в субличные, а вытесненные образования должны войти в сознание (то ли как симптом, то ли как характер); во-вторых, дезидентифицировать клиента от доминирующей субличности. Личность как бы диссоциирована на части, на субличности. Вскрыть в себе эти субличности, отказаться от их вытеснения и трансформации в симптом — первая задача психосинтетической работы. Для проникновения в то нижнее бессознательное, где пребывают подавленные части личности, используются такие техники как написание автобиографии, работа со сновидениями (продолжение в бодрствовании сновидения, изменение событий во сне, проигрывание сновидений, внутренний диалог с персонажами сновидения и т. п.), направленное воображение (клиент погружается посредством визуализации «на дно океана», входит «в пещеру» и т. п.; символы «дна» и «пещеры» — это архетипы нижнего бессознательного) и т. п. Для перевода симптоматических трансформаций личности в субличные образования применяется техника дезидентификации от доминирующей субличности и идентификации с симптоматикой. Расширение сферы осознания собственных субличностей — начальный этап работы над собой. Субличность является совокупностью выученных реакций, удовлетворяющих определенную потребность. Например, субличностью может быть «Кокетливая женщина». Оказывается, что еще в детские годы было сформировано кокетство: посредством него она удовлетворяла свою потребность в принадлежности. До тех пор, пока она формирует свое поведение, исходя из этой субличности, ее возможности установить зрелые отношения с окружением (в том числе и с супругом) ограничены. Такая субличность может стать атавистической: она уже неадекватна жизненной ситуации, но за счет выученной полезности продолжает регулярно проявляться. Такой



субличностью может быть «Капризная женщина», поведение которой является конфликтогенным.

На следующем этапе стоит задача интеграции конфликтующих субличностей. С этой целью применяется техника внутреннего диалога, психогимнастические упражнения и т. д. Не уничтожить конфликтогенную субличность, а трансформировать ее за счет интеграции с альтернативной субличностью. Противоположная субличность это не та, которая атональна в семантике языка. Субличности «Ревнивца» могут противостоять субличности «Уверенного мужчины», «Безразличного мужчины», «Делового мужчины» и т. п. Работа по интеграции субличностей снимает такое тягостное переживание, как ревность.

Психосинтез состоит из двух частей: персональный психосинтез (интеграция субличностей и открытие самости) и трансперсональный психосинтез (восхождение в мир ценностей).

Психосинтез опирается на волю клиента, которая и рассматривается как важное орудие роста. В противовес этому в психоанализе, например, задача клиента довериться терапевту. Наличие выраженной ответственности у клиента за себя, за свою судьбу значительно меняет структуру психотерапевтического контакта. В частности, в психосинтетическом лечении, как правило, отсутствуют процессы переноса, которые являются базовыми в психоаналитическом контакте.

**Нейролингвистическое программирование.** Идея подхода в том, чтобы перестроить у больного базовые процессы. Для описания процесса используются понятия ведущей, репрезентативной и референтной систем, которые были определены ранее. Если супруги имеют различные репрезентативные системы, то у них могут возникать конфликты: супруги не понимают друг друга. Психотерапевт выступает переводчиком с языка одной системы на язык другой. Так, жену раздражало, что муж разбрасывает свои вещи где попало. Психотерапевт выяснил, что вид разбросанных вещей не раздражает мужа потому, что репрезентативной у него является кинестическая система. Психотерапевт приводит аналогию для мужа: «Вы приходите вечером домой, заходите в спальню. Жена сидит на кровати, смотрит телевизор и ест бутерброд. Вы ложитесь в постель и чувствуете, как хлебные крошки впиваются Вам в тело. Раздражает ли Вас это? Так вот, для Вашей жены разбросанные вещи то же, что для Вас хлебные крошки в постели». Такого перевода с языка одной системы на язык другой порой бывает достаточно для снятия конфликта.

Рассмотрим различные терапевтические техники, скажем, на примере ревности. Супруга обратилась за консультацией по поводу мучающей ее ревности по отношению к супругу. Поводом для ревности являются поздние приходы мужа домой. На вопрос: «А как Вы знаете, что Вы ревнуете?» пациентка дает следующие глазные ответы: вверх влево, а затем вниз вправо. Это значит, что психологическая структура ревности следующая. Женщина строит (конструирует) визуальные образы измены мужа (глаза вверх влево), а затем переживает сильное чувство ревности (глаза вниз вправо). Очевидно, что попытка психотерапевта убедить женщину в том, что ее ревность необоснованна, малоэффективна (образы измены для нее субъективно реальны) и этически неправильна (психотерапевт не должен пациента убеждать в том, в чем сам не уверен). Все техники НЛП исходят из одной важной идеи: ресурсы изменения есть у самой личности. К этим ресурсам нужно лишь получить доступ. В технике наложения якоря пациентку просят увидеть (т. е. построить образ) картину измены. Как только глаза пациентки идут вниз вправо, учащается дыхание, изменяется форма губ, лицо напрягается, появляются слезы, то это состояние закрепляется (ставится на якорь). «Якорем» могут быть прикосновения рукой к плечу<sup>129</sup> или предплечью (кинестетический «якорь»), голосовые интонации (тональный «якорь») и др. Постановка отрицательных чувств на «якорь» — очень часто длительный процесс. Если нет кинестетического глазного ответа, постановка на «якорь» негативных чувств бесполезна, так как их в терапевтической ситуации просто нет. Задача психотерапевта состоит в актуализации негативных чувств, связанных с воспоминанием психотравмирующей ситуации. Этого можно достичь за счет имитации кинестетических ответов (голова склоняется вниз вправо, туда же направляется взор),

провокационных реплик психотерапевта («Да он просто издевается над Вами» и т. п.), приоткрытием собственных проблем пациенту, сообщением пациенту того, что ничего в этом особенного нет (пациент начинает доказывать тяжесть своего состояния и дает кинестетическую реакцию) и др. Методы актуализации эмоциональной (кинестетической) реакции крайне разнообразны. Их выбор зависит от личностных особенностей пациента и психотерапевта, а также от особенностей их контакта. Следовательно, правильно должен быть выбран момент наложения «якоря». «Якорь» накладывается только на высоте эмоционального (кинестетического) ответа. Второй шаг состоит в том, что изыскиваются личностные ресурсы пациента для преодоления ситуации. У пациента спрашивают: «Чего Вам не хватает для того, чтобы Вас любил (или уважал) муж?». Пациентка побуждается к поиску внутренних дефицитов. В этом случае она может ответить: «Уверенности в себе». Как только дефициты пациентки по отношению к ситуации психотравмы *мы определены, психотерапевт изыскивает эти ресурсы* в личной истории самой пациентки. Он спрашивает, например: «Чувствовали ли Вы себя когда-либо уверенной в себе, в какой ситуации?» (это для случая, если дефицит — отсутствие уверенности в себе). Пациентка может вспомнить такие ситуации. Если такое воспоминание *сопровождается* соответствующим эмоциональным ответом (глаза вниз вправо и ряд вегетативных показателей: углубление дыхания, покраснение губ и т. п.), то на высоте позитивного переживания ставится ресурсный «якорь» (кинестетический или тональный). Если пациентка говорит, что никогда не чувствовала уверенности, то ее просят либо придумать себя уверенной, либо найти уверенного человека своего окружения и стать на его место. Следует стремиться к тому, чтобы у пациентки возникла позитивная эмоциональная реакция, связанная с ощущением уверенности в себе.

Следующий шаг состоит в том, что одновременно накладываются два «якоря». Пациентку просят пройти через ситуацию психотравмы, взяв с собой ресурс. При удачном наложении личностные ресурсы присоединяются к психотравмирующей ситуации. Пациентка отмечает, что стало легче думать о психотравме, вспоминать о ней. Теперь негативный «якорь» может выполнять проверочную функцию — его наложение уже не вызывает выраженной кинестетической реакции.

(1985) приводит пример использования техники наложения «якоря» в том случае, когда женщина не чувствовала сексуального влечения к мужу. Последовательность шагов здесь такая же, как и в предыдущем случае. Для актуализации ресурса пациентку попросили увидеть — вообразить (у нее визуальная репрезентативная система) мужчину, который бы привлекал ее физически. Затем ставится ресурсный «якорь» на переживание сексуального возбуждения. Соединение ресурсного и негативного (неприятность по отношению к физическому облику супруга) «якорей» приводит к изменению восприятия мужа.

По нашему мнению, «якорь» может закреплять не только прошлый ресурсный опыт, но и отношение к психотерапевту в том случае, когда пациент и психотерапевт разного пола. Так, женщина-психотерапевт Л. Камерон-Бандлер, работая с мужчиной, охладевшим к жене, использовала «якори», закрепляющие позитивное отношение к жене. Сами эти «якори» и способы актуализации резервного воспоминания (прикосновение к плечу пациента и т. п.) по сути могут быть средствами сексуальной провокации. В таком случае неизвестно, что имеет более выраженный терапевтический эффект: прошлые резервные воспоминания или актуальная сексуальная провокация.

Следующая терапевтическая техника, основанная на предыдущей, — изменение личной истории. Суть техники состоит в нахождении конфликтогенных воспоминаний в прошлом клиента и их реконструкция. Так, в случае мучающей женщину ревности ставится негативный «якорь» на актуальные переживания. Это основной «якорь». Затем женщина вспоминает (визуализирует, если у нее репрезентативной является визуальная система), двигаясь назад по оси субъективного времени, все наиболее конфликтогенные ситуации в прошлом, связанные с переживанием ревности. На каждую эту ситуацию ставится дополнительный негативный «якорь» на фоне основного «якоря». Затем клиент находит резервы адаптивного переживания каждой

ситуации. Причем, может случиться, что для «нормального» переживания разных прошлых ситуаций, связанных с ревностью, требуются разные резервы. Когда найдены адекватные каждой ситуации резервы, они ставятся на «якорь». Затем клиент проходит вдоль оси личностной истории второй раз, но уже с резервными «якорями». В результате меняется отношение клиента к этим ситуациям, а следовательно, редуцируется их патогенное и конфликтогенное значение.

Интересной представляется техника визуально-кинестетической диссоциации. Основная идея — усиление совладающей техники изоляции аффекта и интеллекта (визуальной позиции). Техника очень близка методу систематической десенсибилизации в поведенческой терапии, а также некоторым моментам работы с субличностями в рамках психосинтеза. Она применяется в том случае, когда имеется выраженная аффективная реакция. Так, когда имеются жалобы на труднопереживаемую ревность с выраженными аффективными вегетативными реакциями, мы просим клиентку «выйти из своего тела» и посмотреть на него со стороны (напряжено или расслаблено, как сидит в кресле и т. п.). Важно отойти от тела настолько далеко, чтобы по отношению к нему возникло чувство чуждости. Затем клиентка должна воспроизвести мучающую ее картину измены. С визуальной позиции клиентка смотрит, что при этом происходит с телом. Если возникает аффективная реакция, то клиентку просят отойти дальше от тела. Наконец, она заявляет, что картина измены переживается легко. Об этом свидетельствуют и редуцированные аффективные и вегетативные реакции. Если женщина жалуется на ревность, а в структуре ревности в качестве начального звена лежит визуально конструируемый образ измены, то мы должны заняться этим образом независимо от того, насколько он обоснован в реальной жизни, а не успокаивать и разуверять ее.

Важной терапевтической техникой является переформирование. Основная идея состоит в отделении поведения или симптома от намерения. Так, в случае супружеского конфликта муж, например, жалуется на то, что, когда он приходит домой, жена смотрит на него со злобой. Он не выдерживает и срывается на крик. На вопрос о том, что жена ждет от мужа, она отвечает: «Хочу, чтобы он улыбнулся и обнял меня». Муж же на подобный вопрос отвечает, что хочет, чтобы жена подошла к нему, поцеловала и положила голову на его плечо. Таким образом, мы даем клиентам возможность осознать и свои собственные намерения, и намерения партнера. Далее обсуждается неадекватность поведения каждого супруга их намерениям. Затем проигрываются формы поведения, которые адекватны намерениям. Супруги поправляют друг друга, усваивают новые адаптивные формы поведения.

Переформирование может применяться и при психогенных симптомах. В частности, Л. Камерон-Бандлер приводит пример работы с женщиной, страдающей от психогенной головной боли, которая возникает в том случае, когда женщина попадает в компанию мужчин. Пациентку просят обратиться к той части своей личности, которая порождает боль и просит ответить на ее вопрос: «Что ты стараешься сделать для меня?». Ответ может быть таким: «Я не позволяю тебе вступать в сексуальные отношения». Иначе говоря, эта часть личности проявляет заботу о всей личности. Когда пациентка начинает осознавать положительное значение симптома, она поощряется психотерапевтом к поиску более адекватных форм поведения, реализующих указанное намерение. В результате человек избавляется от психогенного симптома.

### **13.4. Формы семейной терапии и консультирования**

В. L. Green (1965) предложил классификацию техник семейной терапии, получившую название «шесть К»:

I. Поддерживающая терапия а) Консультирование.

II. Интенсивная терапия

- а) Классический психоанализ — индивидуально-ориентированный подход.
- б) Коллаборативная терапия — брачные партнеры лечатся различными терапевтами, которые взаимодействуют с целью сохранения брака.

- в) Конкурентная *терапия* — оба супруга лечатся отдельно одним и тем же терапевтом.
- г) Совместная терапия (*conjunct therapy*) — супруги лечатся вместе одним и тем же терапевтом.
- д) Комбинированная терапия — является сочетанием индивидуальной конкурентной, совместной; аналитической и групповой психотерапии.

Рассмотрим некоторые из форм семейной терапии и консультирования. Классический психоанализ, коллаборативная и конкурентная терапия представляют собой разновидности индивидуальной терапии. Преимущества этих видов терапии состоят в том, что супруги: 1) дают отдельную информацию терапевту, что позволяет составить объективную картину; 2) более откровенно могут говорить с терапевтом о том, что их беспокоит (наличие партнера затрудняет такой контакт) [Гризицкас Ч. С., Молярова Н. М., 1982]. Индивидуальная терапия показана прежде всего при интраперсональном конфликте.

В своей классификации психотерапевтических подходов к супружеской дисгармонии в США В. L. Green, A. P. Solomon и N. Lusting (1963) выделили коллаборативную технику. Основателями этого подхода, который был обозначен ими как «стереоскопическая техника», явились Р. А. Martin и Н. W. Bird (1953). Каждый супруг имеет своего терапевта, которые регулярно встречаются друг с другом для выявления искажений реальности в версиях своих пациентов. Р. А. Martin (1965) приводит следующий пример. Жена жаловалась своему терапевту на то, что муж ее не любит, что он хочет разойтись с ней. Она осуждала его за измену. Кроме того, она сообщила, что муж подталкивает ее на связь с другим мужчиной. Своему же терапевту муж сообщил, что любит жену и хочет сохранить брак. На первой встрече терапевт жены представил свою версию конфликта, согласно которой муж имел отрицательную установку на жену, что привело к формированию у него избирательной психогенной импотенции. Избегая контактов с женой, муж подталкивал ее к связи с другим мужчиной. Психотерапевт мужа выразил сомнение в истинности этой версии. Он считал, что измена мужа, а затем и его половая слабость явились следствием измены жены.

В этом случае стереоскопическая техника была полезна не только в определении искажений реальности (фальшивое обвинение жены), но также вскрыло те процессы, которые в психоанализе получили название контрпереноса по отношению к своим пациентам у обоих психотерапевтов. Попытки понять искажения в версиях конфликта супругов привели к необходимости исследовать у каждого пациента, во-первых, защитные механизмы и, во-вторых, неудовлетворенные потребности.

На второй встрече обсуждался психодинамический релевантный материал детства пациентов. Было выяснено, что в детстве у жены отмечались выраженная тревога одиночества и преувеличенная потребность в зависимости от взрослых. На супруга же в детстве была возложена матерью обязанность ухода за своим психически нездоровым братом, в связи с чем у него развилась агрессия на мать и брата, которая, однако, проявлялась в форме реактивного образования — он стал «хорошим мальчиком». Этот фасад удовлетворял выраженную потребность мальчика быть любимым. Такая защитная стратегия в последние годы дала трещину и проявилась пассивным выражением своей враждебности к жене, развитием импотенции и т. п. Таким же образом вскрываются и описываются защитные процессы у жены.

Стереоскопическая техника использует процедуры, значительно отклоняющиеся от традиционных: терапевт активно спорит со своим пациентом, принимая в расчет выводы, сделанные на встречах с другим терапевтом; он также<sup>132</sup> видит процессы контрпереноса. Например, психотерапевт мужа может испытать чувство симпатии к своему пациенту только потому, что тот обременен психически нездоровой супругой.

Стереоскопическая техника в нашей литературе описывалась как встреча вчетвером — двух супругов и их психотерапевтов. Супруги на модели коммуникации терапевтов обучаются конструктивному общению. Такая трактовка техники, как видно, отходит от оригинального описания Р. А. Martin (1965) и превращает ее из аналитической в бихевиоральную (теория социального научения).

Термин «совместная терапия» был введен в психиатрию Don. D. Jackson. В дальнейшем этот подход был развит V. M. Satir (1965), которая опиралась на работу группы исследователей из Пало-Альто. Совместная терапия, по V. M. Satir, ориентирована на 3 вида оптимизирующих изменений:

- 1) в перцепции (восприятие себя и ближайшего окружения);
- 2) в экспрессии (стиль выражения чувств и мыслей);
- 3) в поведении.

Как пишет Вирджиния Сатир, совместная супружеская терапия является методом, в котором обоих супругов ведет один терапевт или сотерапевты (мужчина и женщина), и в котором симптомы рассматриваются терапевтом как дисфункция интеракционной системы. V. M. Satir использует 3 главных методических средства: коммуникативный, модельный и функционально-ролевой анализы. Коммуникативный анализ включает четыре аспекта: 1) характер распределения между супругами похвал и порицаний; 2) конгруэнтность (согласованность) вербальной и невербальной составляющих сообщения; 3) четкость самопредъявления — насколько ясны и четки вербальные обращения, тон голоса, поза, лицевая экспрессия и т. п.; 4) описание результатов рефлексивных обменов (А обращается; В отвечает; А отвечает на реакцию В; В реагирует на реакцию А на В и т. п.).

Наблюдая коммуникацию между мужем и женой, терапевт анализирует уровень самоуважения и характер «Я-образа» каждого супруга. Терапевт также наблюдает способы, которые каждый супруг использует для другого для повышения собственного низкого самоуважения и построения желаемого «Я-образа». По мнению V. M. Satir, человек, который не может открыто проявить свои желания, способности к личностному росту и близости с другим человеком, обычно переживает смешанные чувства инфантильности, бессилия, некомпетентности и отсутствия знаков сексуальности. Такие люди имеют трудности с авторитетом, автономией и сексуальностью, что и проявляется в характере коммуникаций.

В дисфункциональной паре муж использует жену, а жена — мужа для формирования приемлемого «Я-образа». Нарастающее взаимное отчуждение приводит супругов к терапевту, цель которого — выявить и уяснить те способы, которыми супруги используют друг друга для повышения самоуважения. Эти коммуникативные способы автор называет паразитическим поведением (*parasitic operation*). Модельный интегративный анализ состоит в выявлении ожиданий родителей по отношению к своим детям (супругам, обратившимся за консультацией) в родительской семье. Образы, лежащие в основе ожиданий мужа и жены, сформированы в родительских семьях. Из родительской семьи также выносятся понимание роли родителя (отца и матери). Функционально-ролевое описание представляет собой выявление преобладающей функциональной супружеской интеракции: отец — дочь, мать — сын, брат — сестра и т. п.

V. M. Satir выделила пять процессов, которые обеспечивают базу для лечебного процесса:

- 1) выражение себя (*manifesting self*) — один супруг в присутствии другого говорит о том, что он чувствует и думает, видит и слышит о себе и своем партнере. Этот процесс может быть описан по трем параметрам: а) конгруэнтность — согласованность различных способов (вербальных и невербальных) выражения чувств; б) очерченность — ясность и четкость выражения своих чувств, мыслей, поступков; в) завершенность — полнота и специфичность сообщений.

V. M. Satir в своей супружеской терапии контролирует выводы, сделанные супругом-получателем информации о намерениях супруга-отправителя информации. Часто супруги так уверены в своих ожиданиях, что просто не замечают, что супруг проявил себя другим образом. Грубое дифференциально-диагностическое правило разграничения функциональных и дисфункциональных супружеских пар состоит в характере связи наличного опыта с ожиданиями: при дисфункциональных моделях наличный опыт (реальность) подгоняется под ожидания, при функциональных коммуникативных моделях ожидания перестраиваются, исходя из опыта.

2) Отделение себя от другого — описание границ между супругами. В дисфункциональных супружеских парах у супругов существует субъективная концепция различия, т. е. убежденность в том, что они различны в желаниях, потребностях, чертах характера и т. п. V. M. Satir в качестве терапевтической стратегии предлагает трансформацию субъективной концепции различия в концепцию уникальности.

3) Установление отношений власти. Автор выделяет 4 формы отношений, описываемые параметром «доминантность — субмассивность»:

- а) доминирующий муж и пассивная жена;
- б) доминирующая жена и пассивный муж;
- в) открытая борьба, или соперничество;
- г) изоляция.

В дисфункциональных супружеских парах принятие решения производится в терминах авторитета власти (кто прав), в функциональных — в терминах реальности (кто более адекватен).

4) Поиск причин разногласия. Если каждый член брачной пары открыто обсуждает и комментирует то, что видит и слышит, чувствует и думает о себе и о другом, то супруги направлены на поиск действительных разногласий (принцип обнажения конфликта). Здесь проблематичной остается, как мы уже говорили, эффективность этой терапевтической техники. Всякое ли содержание межличностных дисфункциональных отношений можно обнажить? Как мы уже упоминали, В. К. Мягер и Т. М. Мишина (1974) пишут, что «не всегда следует доводить до сведения пациентов деструктивные неосознаваемые чувства и установки, а вместо этого подать их некоторым конструктивным способом». Ю. Н. Емельянов (1985, с. 44), рассматривая этот вопрос безотносительно к специфике супружеского взаимодействия и применительно к ситуации групповой коррекции, пишет, что важно «не прямое стремление к модификации личности... путем искоренения нежелательных черт, а косвенное поощрение (через позитивную обратную связь) положительных и продуктивных сторон их личности. Интенсифицируя развитие этих сторон, можно ожидать значительного сокращения областей деструктивного и внеморального поведения».

В катартической совместной терапии супругов этот вопрос решается альтернативным образом (см. стр. 159).

5) Изменение процессов совладания. V. M. Satir свое терапевтическое воздействие направляет на изменение процессов совладания каждого индивида, что приводит к формированию более продуктивных форм коммуникации.

В ситуации совместной терапии, впрочем как и в групповой, и в смешанной, терапевт выступает в роли обучающей модели: показывает супругам оптимальные формы взаимодействия. Кроме того, быстро меняющийся опыт совместного взаимодействия требует от терапевта необычайной чувствительности к нарабатываемому материалу, к пациентам.

Совместная терапия является одной из самых распространенных форм супружеской и семейной терапии (Ч. С. Гризицкас, Н. В. Малярова, 1982).

Показания к совместной терапии (там же):

- 1) прежде всего межличностный, а не внутриличностный характер конфликта;
- 2) острый, а не хронический конфликт;
- 3) выраженная мотивация к сохранению брака;
- 4) хорошие взаимоотношения супругов до конфликта.

Групповая терапия систематическим образом была описана нами<sup>134</sup> ранее. Здесь мы рассмотрим лишь некоторые специфические вопросы, касающиеся семейной проблематики. Перед терапевтом стоит задача выбора терапевтических стратегий. Ниже мы рассматривали проблему соотношения процессов супружеской и психической адаптации. Была показана нетождественность указанных процессов, находящихся в ряде случаев в функциональном антагонизме. Совместная терапия прежде всего актуализирует супружескую адаптацию, групповая — психическую адаптацию. Так, например, на восьмом занятии пациент Н., характеризующийся

тревожно-мнительной акцентуацией характера, сообщил, что ему стало легче, а в семье хуже. Участие в группе укрепило его «Я-силу», ослабило псевдорациональные защитные процессы типа интеллектуализации и рационализации. Супружеские отношения этого пациента строились по типу «доминантная жена — пассивно-зависимый муж», которые после групповой терапии стали разрыхляться, вызывая сопротивление супруги.

Приведем пример с преимущественно интерперсональной проблематикой супружеского конфликта. Супруг С. обратился за помощью, желая сохранить брак. Супруги состоят в браке более 6 лет. Супруга, пришедшая в консультацию по настоянию мужа, объяснила, что тот ее мелочно контролирует во всем, эмоционально холоден и т. п. Супружеские отношения нарушены с самого начала брачной жизни, в результате чего у супруги развилась психогенная фригидность. Личностная диагностика показала, что супруг — психопат эпилептоидного круга, супруга обнаружила смешанную акцентуацию эпилептоидно-демонстративного типа.

Перед нами встала задача выбора терапевтической стратегии: работать на укрепление семьи (супружеская адаптация) или на укрепление «Я»-силы супруги, ее автономности. Анализ проведенных сеансов совместной терапии показал, что улучшение супружеских отношений достигается за счет психической деструкции супруги (становится более податливой к влиянию мужа), потери чувства аутентичности. Супруг же оставался резистентным к терапевтическому воздействию. Поэтому мы переориентировали терапевтическую стратегию — включили супругу в группу самоанализа. В конце групповой терапии пациентка пришла к убеждению, что супруг ей чужд, не нужен. Таким образом, терапевт обычно стоит перед необходимостью выбора адекватной терапевтической стратегии.

В связи с такой сложной, многомерной картиной адаптационных процессов критерии улучшения состояния пациента могут быть очень различны: симптоматическое улучшение, изменение установок, профессиональная и социальная адаптация, изменение некоторых черт личности. Обычно критерии улучшения являются одинаковыми для всей терапевтической группы [Szabaia C. et al., 1973]. Вместе с тем совершенно обоснованно ставится вопрос о целесообразности использования индивидуализированных мер улучшения [Goldstein A. et al., 1966; Schapiro D., Birk L., 1967].

Как минимум, можно выделить семь критериев улучшения:

- 1) решение интраперсональных проблем;
- 2) решение семейных проблем;
- 3) эмоциональное облегчение (типа эмоционального отреагирования);
- 4) заполнение коммуникативного вакуума (преодоление одиночества);
- 5) повышение чувствительности к групповому процессу, к людям, к себе;
- 6) повышение коммуникативной компетентности;
- 7) выработка адаптивных поведенческих форм.

Мы включаем в группу 11 — 15 человек обоего пола. Занятия проводятся 3 раза в неделю по 3,5—4 ч. Всего на курс — 10—14 занятий.

К. Рождерс [Rogers C., 1975] отмечает, что опыт включения в терапевтическую группу семейных пар оправдал себя. Вместе с тем опыт наших групп свидетельствует о том, что в ряде случаев совместное участие в терапевтической группе мужа и жены заканчивается разрывом их отношений. Групповая рефлексия отношений между супругами может выявить их патогенный, деструктивный характер. Так, на одном из занятий терапевтической группы супруга Л. для обсуждения поставила<sup>135</sup> проблему: «не можем с мужем найти взаимоприемлемое время для интимной близости». Супруга жалуется на то, что она устает и поэтому должна заснуть не позднее 23 ч, назначая час близости 22.30. Для супруга время оказывалось неудобным. После полуторачасового обсуждения эта проблема из чисто «технической» (как прийти к компромиссу) трансформировалась в смысловую (а хотим ли мы вообще быть друг с другом). Супруг стал осознавать, что избегает (как, впрочем, и его жена) половой близости. После курса групповой психотерапии он принял решение о разводе.

Принцип комплектации группы — избегание монопроблемности в подборе членов группы. На первом этапе терапии это затрудняет работу, однако создает более емкий групповой проблемный тезаурус, способствуя проведению именно групп самоанализа, предотвращая стереотипизацию интерпретативных схем, которые оказываются достаточно близкими при монопроблемном принципе комплектации группы. Кроме того, полипроблемность как принцип составления и функционирования группы позволяет ориентировать групповой терапевтический процесс на оптимизацию именно психической, а не супружеской адаптации. Такой принцип функционирования группы позволяет скорее редуцировать эгоцентрическую фиксированность на собственной проблеме.

В ряде случаев при комплектации группы важно учитывать, по нашему мнению, уровень сексуальной привлекательности членов группы друг для друга. Это привносит некоторую специфику в групповой процесс. В частности, в такой группе раньше формируются высокие уровни симпатии и эмпатии, такая группа в большей степени пытается уклониться от аналитической проработки. Вместе с тем рефлексия сексуальных переносов на поздних стадиях развития группы позволяет уйти в глубокий аналитический процесс, не носящий характер беспристрастной интеллектуальной игры. Аналитическая проработка переносов разрушает поверхностные чувства, иллюзии собственной исключительности, суррогаты человеческих отношений.

Наш опыт ведения групп показывает, что в группе должен существовать когнитивно-аффективный баланс: после аналитических занятий возрастает напряжение, связанное с когнитивным «перекосом». В дальнейшем мы применяем техники аффективной «подзарядки», создающие когнитивно-аффективный баланс.

При ведении групп мы используем также элементы гештальт-терапии, транзактного анализа, психоанализа, методические приемы Т-групп, Е-групп и т. п. «...Важным является общая и прикладная концепция личности того, кто руководит групповым процессом... Именно его имплицитная профессиональная личностная теория и направляет весь процесс работы с группой» [Ковалев Г. А., 1989]. Иначе говоря, стиль ведения групп индивидуален и в значительной мере зависит от личностных особенностей психотерапевта и психиатра. По этой причине не существует нормативов ведения группы, которые следовало бы перенять обучающимся.

Truax, Carkhuff (1967) описали условия, которые облегчают изменения, наступающие у пациентов:

- 1) эмпатическое понимание — способность психотерапевта точно понимать чувства своего пациента и давать пациенту обратную связь;
- 2) способность психотерапевта устанавливать теплые, сердечные отношения, заботиться о пациенте;
- 3) подлинность — соответствие между тем, что психотерапевт чувствует и думает, с одной стороны, и тем, что передает своему пациенту — с другой.

М. Grotjahn (1971) отмечает, что психотерапевт не обязательно должен быть выше пациентов ни по знаниям, ни по интеллекту, он должен быть первым лишь исключительно в честности и искренности.

Сравнение терапевтической эффективности непрофессиональных психотерапевтов и профессионалов [Poser, 1986, с. 288] показало, что наивный энтузиазм первых и отсутствие у них профессионального статуса позволяет им реагировать более свободно на колебания настроения пациентов. Деятельность непрофессионалов носит менее стереотипный характер.

В литературе [Carlan H. L. et al., 1975] имеются указания<sup>136</sup> на связь типа идентификации пациентов и групповых терапевтов с характером работы в терапевтической группе. В частности, пациенты, идентифицирующие себя с матерью, выражено негативны по отношению к другим и изменчивы. Уровень идентификации пациентов со своими отцами положительно коррелировал с общим числом тем, которые затрагивались этим пациентом (секс, работа, семья и т. п.). Кроме того, патерналистская (с отцом) идентификация пациентов связана с большей частотой обращения к группе с предложением обсуждения работы на группе других пациентов.



Материальная (с матерью) идентификация терапевтов положительно коррелирует с количеством разговоров пациентов о самих терапевтах. Число обсуждений пациентами и терапевтом работы группы и определенных проблем, возникающих в группе, значительно больше при идентификации терапевтов с отцом, чем при материальной идентификации.

При исследовании процессов идентификации, самоуважения, межличностного восприятия и т. п. в терапевтической группе в Великобритании широко используется техника репертуарных решеток [Франселла Ф., Баннистер Д., 1987; Watson J. P., 1970; Fransella F., Joyston-Bechal M. P., 1971, и др.].

Комбинированная терапия предложена В. Р. Broadhurst [Green V. L., Broadhurst V. P., 1965]. Она представляет собой комбинацию индивидуальной, конкурентной и совместной терапии. В диадическом контакте «терапевт — пациент» в центр внимания попадают прежде всего интраперсональные проблемы пациента. В триадическом контакте «пациент — терапевт — пациент» задача состоит в элиминации несогласий, сомнений, искажений в коммуникации. По мнению ряда авторов [Scherz F. H. et al., 1962], терапевт должен быть эмпатически нейтральным. Он поддерживает самоуважение партнеров, проясняет «Я-образ» супругов, создает атмосферу доверия, способствующую самораскрытию. Доверие имеет следующую структуру [Domanska J., 1978]: 1) уверенность в том, что партнеру можно рассказать о своих чувствах и проблемах; 2) ожидание принятия, эмпатии, снисходительности, того, что поведение не будет наказываться; 3) помощь, поддержка. Показана связь между доверием к партнеру и поведением в конфликтной ситуации [Gic-Domanska J., 1977]. Так, было выявлено, что с ростом доверия (измеряемого степенью самораскрытия) повышается вероятность кооперативного поведения, снижается же частота конфликтных взаимодействий.

Отметим, что опросниковые измерения уровня самораскрытия не отражают уровня актуального самораскрытия, что получило название «эффект неожиданности» («surprise effect») [Eland F. A., Epting F. R., Bonarius H., 1979]. Причиной этого эффекта является то, что большинство опросников самораскрытия [Jourard S. M., 1971] отражают опыт самораскрытия в прошлом, а не актуальное самораскрытие в настоящем. В триадической беседе может произойти много спонтанного, заранее не предвиденного.

Комбинированная терапия обычно осуществляется следующим образом. В течение 20 мин проводится совместное интервью, во время которого супруги вместе представляют свои проблемы. Терапевт наблюдает характер нарушения моделей взаимодействия: как супруги ведут себя, кто провоцирует конфликты, кто присваивает себе право «глашатая» семейных проблем, кто первый соглашается на индивидуальную терапию и т. п.

Индивидуальное занятие занимает 30—40 мин. При этом анализируется история родительской семьи, отношения с родителями, братьями и сестрами. Важно не только то, что говорит пациент, но и характер «подачи» материала. Терапевту важно знать, как пациент воспринимает свои ранние годы и всю жизнь в целом, себя и своего супруга. По мнению В. Л. Green и В. Р. Broadhurst (1965), придерживающихся психоаналитической ориентации, терапевт должен установить эмпатические отношения с каждым супругом, цель которых — создать такую ролевую модель взаимодействия с пациентом, которая не дублирует ранние нездоровые отношения в родительской семье пациента. После <sup>177</sup>индивидуальных бесед вновь применяется совместное интервью, в результате которого терапевт вновь решает диагностические задачи, вскрывая искажения, защиты, дисфункциональные коммуникативные стили.

Каждую неделю оба супруга порознь встречаются с терапевтом на индивидуальных сеансах, а каждую третью неделю проводится совместное занятие. Однако комбинацию индивидуальных и совместных занятий можно варьировать: терапевт сначала может проводить только индивидуальные занятия и лишь затем, когда каждый партнер готов к этому, приступать к совместным занятиям.

Развитие семейной психотерапии и семейного консультирования представляет собой, по сути дела, развитие социоцентрической ориентации в психотерапии. Расширение врачебной и психологической помощи конфликтным и кризисным семьям требует освоения не просто очередного психотерапевтического метода, а нового психотерапевтического мышления.

## ПСИХОТЕРАПИЯ СИНДРОМА ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ

В сексологической практике синдром тревожного ожидания неудачи диагностируется очень часто. Он является либо стержневым (основным) в структуре сексуального расстройства, возникая после одной или нескольких неудачных попыток у мужчины, который до этого был вполне здоров в сексуальном отношении, либо отягощает структуру изначального сексуального расстройства, обусловленного другими причинами. Иногда этот синдром развивается у лиц без предварительного сексуального опыта. По данным Г. С. Васильченко (1986), сексуальные нарушения при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов с первичным поражением сексуальной сферы наблюдаются в 23,1% случаев. Эти же расстройства были диагностированы Р. П. Кондратенко (1986) у 43,2% больных, впервые обратившихся за сексологической помощью. Основной формой среди всех этих расстройств является синдром тревожного ожидания неудачи, что определяет актуальность его многопланового изучения. Это тем более очевидно, что приведенные частотные характеристики относятся лишь к случаям, когда упомянутые расстройства определялись в качестве стержневых синдромов сексопатологических нарушений. Однако тревожное ожидание неудачи очень часто осложняет течение других видов половых расстройств, и в конечном счете формируется устойчивый синдром тревожного ожидания неудачи, который становится ведущим в клинической картине и утяжеляет течение всего полового расстройства. Таким образом, синдром тревожного ожидания неудачи по сути можно назвать одним из самых универсальных сексопатологических синдромов, так как он встречается в клинике самых разнообразных форм сексуальных нарушений. В ряде случаев отмечается крайняя степень его выраженности — коитофобия, исключающая сексуальные контакты. Упомянутый синдром наблюдается не только при сексуальных расстройствах изначально невротической природы [Агарков С. Т., 1984; Голобурда А. В., 1986], но и при шизофрении [Овсянников С. А., Овсянникова Л. И., 1987; Нохуров А., 1988], маниакально-депрессивном психозе [Татлаев Н. Ш., 1984] и других заболеваниях. Частое возникновение синдрома тревожного ожидания неудачи в ответ на мнимую или истинную сексуальную несостоятельность является следствием большой значимости сексуальной сферы, обусловленной ее включением в контекст интерперсональных отношений.

Одни авторы считают невроз ожидания самостоятельной нозологической единицей [Е. Краепелин, выделивший и описавший его в начале XX столетия; В. П. Осипов, 1931; В. И. Гиляровский, 1954], другие рассматривают его как частный вид невроза навязчивых состояний [Свядош А. М., 1982; Ушаков Г. К., 1987].

Патогенетические механизмы синдрома тревожного ожидания неудачи объяснялись с различных методологических позиций. И. М. Порудоминский (1968), рассматривая этот синдром в качестве одного из вариантов так называемой кортикальной импотенции с повышением тормозящего влияния на половую функцию, утверждает, что когда снижается или исчезает эрекция, то «речь идет о патологическом повышении тормозящего влияния коры головного мозга на спинальные центры эрекции». И. М. Аптер (1974) отмечает, что одной из причин психогенной импотенции являются различные страхи, и указывает, что при наличии страха перед половым сближением обычно тормозится эрекционный рефлекс. С. И. Грошев (1967) для объяснения механизмов развития невроза ожидания неудачи привлекает учение о доминанте А. А. Ухтомского. По мнению автора, в течении этого невроза наблюдаются две фазы: экзальтации и смены доминант. Фаза экзальтации характеризуется возникновением дополнительного пункта возбуждения,

проявляющегося страхом возможного повторения неудачи, который усиливает доминантный сексуальный комплекс и вызывает экзальтацию. Это выражается в ускорении полового акта. При очень высоком тоне пункта «ожидания неудачи» возникает фаза смены доминант, проявляющаяся нарушением эрекции. Отмечается, что возможен и третий вариант, при котором симптоматика носит смешанный характер. Г. С. Васильченко (1983), рассматривая патогенез невротических синдромов с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы, подчеркивает, что чисто физиологические отклонения способны объяснить лишь менее половины всех невротических расстройств начального периода, ограничивающихся рамками астеноневротических форм. Переход этих последних по мере их утяжеления в большую группу тревожно-фобических форм, так же как и первичное формирование в рамках тревожно-фобических клинических вариантов, определяется стойкой психологической фиксацией вследствие подключения травмированного сознания.

Существует и трактовка рассматриваемого синдрома в числе других сексопатологических синдромов с первичным психогенным поражением сексуальной сферы в контексте теории функциональных систем П. К. Анохина [Агарков С. Т., 1984]. Автор отмечает, что при повторных неудачах возникает неустранимое рассогласование ожидаемого и реального результата деятельности. Это вызывает ряд адаптивных сдвигов в функциональной системе копулятивного цикла. Происходит активация акцептора результата действия, направленная на сличение программы и результата действия с целью коррекции отклонений в деятельности системы. Однако ориентировочно-исследовательская деятельность вступает в силовые отношения с процессом афферентного синтеза и подавляет его. На этом этапе половое расстройство, выступающее в качестве преграды, стимулирует деятельность по его устранению, что обуславливает активацию центральных механизмов гомеостаза и включает адаптивные поведенческие стереотипы. Неэффективность адаптивных мер вынуждает функциональную систему избегать областей усиленной потребности, что приводит к перестройке акцептора результата действия. Вследствие этой перестройки отклонения в параметрах реализации полового акта становятся уже ожидаемыми, а ставшая ненужной гиперактивность адаптивных механизмов редуцируется и происходит частичная дезинтеграция системы [Вейн А. М., 1981]. В итоге наступает своеобразный компромисс или «амальгама» [Шмидт Е. В., Бассин Ф. Б., 1981] патологических и адаптивных механизмов (так называемое «устойчивое патологическое состояние» [Бехтерева Н. П., 1974]. Специальному же изучению психологических механизмов формирования и развития указанного синдрома посвящены лишь единичные исследования (см. ниже).

По нашему мнению, анализу этого синдрома будет способствовать разрабатываемая нами концепция психологических функциональных механизмов эмоциональной саморегуляции. Ее применение позволяет построить модель его патогенеза [Кочарян Г. С., Кочарян А. С., 1986], в рамках которой развитие рассматриваемого синдрома связано с функционированием ряда вышеописанных механизмов (см. главу 2). Сексуальные неудачи в ряде случаев приводят к развитию стратегии «приковывания» [Goldstein M. J., 1959], сущность которой состоит в стремлении к гиперконтролю интимного сближения. Однако указанная стратегия оказывается ситуационно неадекватной, ригидной и приводит к дезавтоматизации сексуальной функции. В ряде случаев упомянутая стратегия порождает стратегии «avoidant thinking» (уклоняющееся мышление) [Sh. Solomon et al., 1980], «situation redefinition» (переопределение ситуации) [Holmes D., Houston B. K., 1974] и др.: усматривая явную связь между уменьшением «прикованности» и сексуальным успехом, пациент стремится уклониться от мыслей о возможной неудаче и изменить свое отношение к ней, используя механизмы когнитивного самоконтроля. Если они оказываются неэффективными, можно считать синдром сформированным («кристаллизация» синдрома). Дальнейшая его динамика связана с борьбой амбивалентных стратегий («напряжение» синдрома). Складывается парадоксальная ситуация: чем больше вовлекаются механизмы совладания, тем больше вовлекаются механизмы защиты (борьба высоконапряженных альтернативных тенденций) [Sh.

Solomon и др., 1980]. Эффективность контроля над ситуацией значительно падает за счет трудностей его осуществления. В связи с тем что стержневой симптом (навязчивое опасение) рассматриваемого синдрома характеризуется вовлеченностью одновременно идеаторной и эмоциональной сфер, его дальнейшая динамика определяется их долевым участием. Если опасение достигает степени уверенности в собственной сексуальной неполноценности, то значительно возрастает тревога (большая вовлеченность эмоциональной сферы). В этом случае формируется коитофобия, исключая сексуальные контакты. Являясь причиной актуализации защитных процессов, последняя сама становится их мишенью. Возникает субъективная альтернатива сексуальной жизни, которая достигается за счет смещения (алкоголизация, уход в работу и т. д.), рационализации (принятие мистических установок), проекции (экстрасексуальная альтернатива) и т. п.

Автор специально изучал девиации поведения у больных с синдромом тревожного ожидания неудачи, которые проявлялись как в сексуальной, так и в несексуальных сферах. Нарушение сексуальных функций было обусловлено действием механизма гиперконтроля за сексуальными реакциями в ходе интимной близости или в ее преддверии. Указанный механизм подчас функционировал и вне обстановки полового акта. Так, иногда встреча с женщиной, ограничивающаяся ласками и поцелуями, в условиях, когда половой акт был заведомо невозможен, неизменно сопровождалась «включением» этого механизма и тогда объектом внимания становилась не партнерша, а собственные сексуальные реакции. Иногда гиперконтролю подвергались утренние эрекции, реакции на представителей женского пола в нейтральной обстановке и т. д. Наиболее устойчивыми оказались ночные эрекции.

Нами [Кочарян Г. С., 1990, 1991] впервые были углубленно изучены изменения внекоитального поведения у 105 мужчин с рассматриваемым синдромом, который играл стержневую или вспомогательную роль в формировании сексуального расстройства и наблюдался при неврозах, акцентуациях, психопатиях и шизофрении. Те или иные изменения поведения выявлены у 77 человек. Такое исследование было предпринято **Потому**, что, по нашим клиническим наблюдениям, половые расстройства, особенно те из них, которые отличаются значительной личностной вовлеченностью, характеризуются не только изменениями поведения в обстановке интимной близости, но и вне ее. Именно к таким расстройствам относят синдром тревожного ожидания неудачи, характеризующийся значительной степенью личностной психотравматизации.

Выявленные изменения поведения были непосредственно обусловлены динамическими характерологическими сдвигами, психопатологическими синдромами, действием психологических механизмов (защиты, совладания, компенсации, разрядки, манипуляции), а также вторичными психопатологическими образованиями, являющимися отражением защитных процессов. Источниками же этих изменений являлись психотравмирующее воздействие сексуального расстройства; негативные реакции партнерш на сексуальные затруднения у мужчины; желание отвлечься от мыслей о собственной сексуальной несостоятельности; избегание ситуаций, способствующих интимному сближению; стремление избавиться от сексуального расстройства; желание выглядеть сексуально здоровым в глазах окружающих; стремление переложить ответственность за сексуальный срыв на партнершу, потребность в сложившихся условиях повысить собственную ценность в глазах партнерши, например положительно проявляя себя в других сферах, и др. Изменения своего поведения вне обстановки интимной близости мужчины либо не осознавали, либо осознавали их частично, реже полностью. Эти<sup>141</sup> изменения были разнообразными и более или менее сложными. Иногда они были настолько выраженными, что значительно изменяли жизненный стиль пациентов. Опишем основные изменения поведения.

Часто наблюдались различные уловки, помогающие избежать половой близости, причем иногда пациенты с этой целью провоцировали ссоры с партнершами, что подчас приводило к полному разрыву их отношений. Так, один из наших пациентов неоднократно ссорился с невестой, чтобы сорвать намеченную свадьбу. Другой

молодой человек всякий раз, когда его знакомства с женщинами затягивались настолько, что неизбежным становился переход от эротических отношений (ласки, поцелуи) к сексуальным (половой акт), просто не приходил на очередное свидание. При встречах с женщинами, которым он нравился в силу своих внешних данных, с целью расторжения отношений с ними бросал обидные реплики, например: «Представь, тебе муж верит, а ты со мной ищешь место, где бы...». Обычно этого бывало достаточно, чтобы женщина обиделась, после чего, как правило, следовал разрыв отношений.

Иногда эмоциональное напряжение снижалось за счет чисто символического удовлетворения своих сексуальных притязаний. Так, некоторые из пациентов в кругу друзей и знакомых изображали себя мужчиной, пользующимся успехом у женщин, рассказывая о своих сексуальных победах и описывая свои «мужские достоинства». У других же наблюдался феномен сублимации в форме гипертрофии прежних увлечений или возникновения новых. Например, один из больных, который вообще отказался от попыток сближения, хотя и продолжал отношения со своей партнершей, стал уделять во много раз больше времени рыбалке, чем раньше. Другой увлекся магнитофонными записями, купил аппаратуру и превратился в «нужного» человека, к которому приходили друзья и знакомые с целью послушать или переписать музыку. Механизм психологической защиты по типу смещения мог приводить также к алкоголизации, интенсификации учебы, уходу в профессиональную или общественную работу и т. п. Так, один из больных с синдромом ожидания неудачи, который и раньше считался неплохим работником, после того, как у него развилось половое расстройство, настолько улучшил свои производственные показатели, что был награжден «Золотой медалью ВДНХ» и орденом Трудовой славы.

Нередко проявляется действие рационализации, и тогда пациент обосновывает свою малую сексуальную активность или ее отсутствие, например, малой целесообразностью половой жизни, так как последняя, якобы, отвлекает от решения других, «более важных» задач.

Иногда в результате переживаний по поводу полового расстройства могут формироваться фатальные установки. Так, один из наших больных, когда ему было особенно тягостно, принял решение попроситься в действующую армию в Афганистан («Если суждено, то убьют, а если нет — останусь жив»),

В ряде случаев у рассматриваемой категории больных отмечалось «исчезновение» симпатии к партнерше. Она «переставала» им нравиться, так как вдруг «обнаруживалось» различие в их взглядах на жизнь и т. п. В этих наблюдениях снижение эмоционального напряжения достигалось за счет включения различных проявлений обесценивания женщины. У одного из наших пациентов, с длительно существующим синдромом тревожного ожидания неудачи, возникло навязчивое представление, которое выражалось в следующем. Когда он видел интересных женщин, то всякий раз представлял, как они пользуются туалетной бумагой после дефекации, и это вызывало у него отвращение. Вместе с тем ранее этот мужчина неоднократно имел с женщинами сношения *per rectum*, которые вызывали у него сильное возбуждение и доставляли большое наслаждение. Несомненно, что в данном случае навязчивость являлась результатом работы механизма психологической защиты, который был направлен против эмоционального напряжения, блокируя его рост за счет срыва возможного развития отношений с женщинами на самых ранних этапах.

Иногда обнаруживалась даже склонность к изменению места жительства, в основе которой была болезненная мотивация, определяемая работой защитного процесса.

Часто мысли о сексуальной несостоятельности беспокоят больных в течение всего дня, и они, желая избавиться от этих мыслей, используют различные способы отвлечения внимания. Так, один из наших больных с неврозом ожидания неудачи с этой целью старался занять себя каким-либо делом, «чтобы ни минуты не было свободной». Он немедленно и очень охотно откликался на любую просьбу о помощи. Дома стремился побольше загрузить себя: чинил магнитофон, паял, рисовал, читал

книги. Он также специально напрашивался в командировки, так как новая обстановка и новые люди отвлекали от тревожных мыслей.

Нередко больные с синдромом ожидания неудачи пытаются компенсировать свой сексуальный дефект более внимательным отношением к жене. Они стараются больше помогать ей, выполняя различные работы по дому, становятся более послушными. Иногда пациенты стремятся дополнительными заработками пополнить семейный бюджет, чтобы угодить супруге.

В других случаях больные, наоборот, озлобляются, становятся гневливыми, подчас с потерей контроля над собой, что проявляется как по отношению к жене, так и по отношению к другим людям. Иногда можно констатировать сосуществование озлобленности и угодливого отношения к жене. Если в ряде случаев раздражительность проявляется в основном в семейном кругу, то в других, напротив, больной разряжается на работе, а дома стремится пощадить близких ему людей. В некоторых наблюдениях ухудшившееся отношение к жене (партнерше) переносится на всех представителей женского пола и псевдообосновывается (рационализация), так как сами пациенты подчас не догадываются об истинных причинах этого. Они начинают воспринимать женщин как вульгарных, «грязных», ждущих от мужчин только удовлетворения своих сексуальных потребностей.

Отношение к другим людям может изменяться и в положительную сторону. Так, один из наших пациентов с неврозом ожидания неудачи стал мягче относиться к людям. Если раньше он делил их на хороших и плохих, то теперь у каждого плохого человека находит что-то хорошее. К людям, страдающим от чего-либо, стал относиться сердечнее и проявлять сострадание. У этого же больного развились и другие изменения поведения. После возникновения сексуального расстройства в шкале его ценностных ориентаций произошли сдвиги: актуализировались культурные интересы. Начал интересоваться историей и читать специализированную литературу: альманах «Прометей», монографии, посвященные жизни и деятельности Бориса Годунова, Ивана Грозного и других исторических личностей. Стал более углубленно интересоваться текущей политикой. С этой целью регулярно читает журнал «Проблемы мира и социализма», журнал «Америка», газету «За рубежом». Большое внимание стал уделять также повышению профессиональной квалификации: регулярно читает американский журнал, выходящий на русском языке «В мире науки», содержащий много специальных работ по электронике (сам по специальности инженер-электронщик).

С целью ликвидации сексуальных нарушений пациенты в ряде случаев по собственной инициативе прекращают употреблять алкогольные напитки, курить, начинают заниматься гантельной гимнастикой, бегом, ходить в бассейн, обливаться по утрам холодной водой, заниматься аутогенной тренировкой, йогой и т. п. Один из наших больных с неврозом ожидания неудачи даже приобрел аппарат для электропунктуры и, изучив несколько биологически активных точек, стал, не имея специальной подготовки, сам себя лечить. Некоторые больные начинают читать книги, посвященные самоусовершенствованию, фитотерапии, сексологии и т. п. Иногда, когда больной знает, что в его случае длительные перерывы между половыми актами оказывают патогенное воздействие на сексуальную сферу, его поведение становится манипулятивным. Так, один из наших пациентов, в формировании полового расстройства у которого, помимо невроза ожидания неудачи, сыграл роль и хронический простатит, с целью сексуальной активизации супруги начал подчеркнуто следить за своей одеждой и часто уходить из дому, чтобы возбудить ревность жены. Он также, «откровенно» поговорил с тещей, которой заявил, что<sup>143</sup>, если так будет продолжаться и дальше, ему придется разойтись с ее дочерью. На самом же деле ни о каком разводе он и не помышлял. Все эти меры действительно привели на некоторое время к учащению половой жизни.

Не всегда у больных с синдромом ожидания неудачи отмечались явления адаптивной поведенческой активации. В ряде случаев пациенты, наоборот, становились пассивными, малоинициативными, безрадостными, воспринимали все происходящее в тусклых, серых тонах, теряли интерес к профессиональной

деятельности, что отражалось на производительности их труда. Прежние увлечения становились им безразличны, пропадал интерес к жизни. Вместе с тем в этих случаях (в отличие от других) речь не шла о клинически выраженной депрессии.

Приведем клиническое наблюдение, из которого видно, какие изменения подчас претерпевает поведение больных с синдромом тревожного ожидания неудачи.

Больной П., 25 лет, на следующий день после одной из неудачных попыток обнаружил в дверях квартиры, где жила его знакомая, записку, из которой следовало, что больше ему приходится сюда не следует, так как ей нужен мужчина, а не человек, который бы им просто числился. До этого на свои неудачи реагировал спокойно, а после того как прочел эту записку, его настроение резко снизилось. На работу заставлял себя ходить с трудом, а после работы сразу шел домой и ложился в постель. Все время думал о происшедшем. Хотел уволиться с работы и уехать к родителям в деревню, чтобы там в глуши никого не видеть, так как «все равно никому не нужен». Прогнозируя свою жизнь в деревне, говорит, что «может быть, спился бы». Вместе с тем на работе удавалось отвлекаться от мрачных мыслей и раздумий о своем положении. Иногда даже забывал о происходящем, так как работа водителя-испытателя очень нравилась. Однако все же подал заявление об уходе, но так как с кадрами на производстве была напряженная ситуация, его уговорили остаться. Рассказывая об этом периоде, больной вспоминал, что после окончания смены с завистью и горечью наблюдал за тем, как ребят встречают их девушки. В этот период стал более усердно работать, всецело отдаваясь своим производственным обязанностям. Старался под любым предлогом подольше задержаться на работе. По собственной инициативе часто оставался на ночные смены. В этот же период записался в библиотеку и начал усиленно читать книги, хотя ранее это делал крайне редко. За месяц прочел 6-8 книг. В течение 1—2 мес после прочтения упомянутой записки сторонился людей. Затем, наоборот, стал после работы пристраиваться к компаниям юношей, которые злоупотребляли алкоголем. Если раньше употреблял алкогольные напитки только по воскресным и праздничным дням в небольших дозах, то теперь почти ежедневно выпивал изрядное количество алкоголя. Один раз выпил так много, что даже валялся на улице и попал в вытрезвитель.

Из приведенного фрагмента истории болезни видно, что в результате одной из неудачных попыток у молодого человека на невротическом депрессивном фоне развились различные изменения поведения: уход в работу, алкоголизация, внезапное увлечение художественной литературой, часть из которых следует трактовать как проявление функционирования механизма психологической защиты по типу смещения. Помимо этого, у пациента появилась мотивация к миграции.

У наблюдавшихся нами больных также отмечались такие характерологические сдвиги, как замкнутость, скрытность, ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, повышенная мнительность и впечатлительность, которые модифицировали их поведение.

Иногда можно наблюдать и феномен генерализации, когда трудными ситуациями становятся и те из них, которые совершенно не касаются интимной близости. Так, один из наших пациентов отмечал, что «блокировка» нервной системы, выражающаяся в учащенном сердцебиении и «потери способности логически мыслить», в последнее время возникает у него не только в интимной обстановке, но и при выступлении перед коллективом или перед предстоящим важным разговором.

Иногда у больных изменялся подход к выбору сексуального партнера. Нередко выбор производила именно женщина. Подчас пациенты не отвергали инициативу даже тех женщин, которые им не очень нравились, или вообще были безразличны, и устанавливали с ними довольно устойчивые связи, вплоть до заключения брачного союза. Это вполне объяснимо, так как в таких случаях ответственность за качество интимной близости снижалась и мужчины не чувствовали во время ее проведения столь выраженной эмоциональной напряженности. Они не боялись расстаться с женщиной, если не устроят ее в сексуальном отношении, так как не дорожили этой связью. Приведем пример, который демонстрирует влияние чувства ответственности на качество полового акта у больных с синдромом тревожного ожидания неудачи.

Больной В., 64 лет. При расспросе выяснилось, что всякий раз при инициальных половых контактах с новой партнершей у него возникают «сбои», так как боязнь неудачи при интимной близости блокирует эрекцию. Это стало как бы определенной закономерностью. В дальнейшем, если женщина не прерывает отношений с ним, он стремится любым способом (сдавление члена у корня и др.) все же осуществить половой акт. Когда ему это, наконец, удастся, то при последующих контактах напряжение члена не страдает. Вместе с тем он отмечает, что, если партнерша не ждет от него половой активности в силу сложившихся обстоятельств, эрекции при половых актах могут быть полностью



сохранными. Так бывает, например, при месячных у женщины. Однажды он был на гастролях (сам по специальности артист разговорного жанра), и пытался вступить в интимную связь с одной певицей. Однако всякий раз при попытках сближения эрекция исчезала и половые акты провести не удавалось. Вскоре у него обострился парапроктит, что сопровождалось сильными болями и повышением температуры. Естественно, что партнерша не ожидала от него половой активности. Эмоциональное напряжение покинуло его, стал спокойнее. Несмотря на общее плохое самочувствие, совершил серию удачных половых актов, качество которых оценивает весьма высоко. Этот же пациент отмечал, что, если женщина ему не очень нравится, даже инициальный период половых контактов обычно протекает «спокойнее»: расстройства эрекции менее выражены и быстрее нормализуется сексуальная функция.

Выявленные нами изменения поведения показывают, что диапазон нарушений у больных с синдромом тревожного ожидания неудачи может далеко выходить за рамки собственно копулятивных сбоев и иметь не только личные, но и выраженные социальные последствия. Проведенные исследования, в частности, показывают неправомерность подчас имеющего место одностороннего подхода, согласно которому сексуальные расстройства могут вести только к ухудшению производственных показателей и уменьшению творческого потенциала. Нами показано, что нередко можно встретиться с совершенно противоположными последствиями. Это подтверждает правомочность некоторых положений психоанализа, в частности, о десексуализации либидо, изменении предмета катексиса, сублимации [Фрейд З., 1989; Jakubik A., 1979].

Информация, получаемая врачом при изучении поведения больных, должна учитываться при проведении психотерапевтической работы с целью формирования у пациентов конструктивных поведенческих программ.

Вскрытие психологических механизмов патогенеза синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи и выделение этапов в его развитии [формирования («кристаллизации»), напряжения, коитофобической (или трансформации синдрома) и экстрасексуальной альтернативы] подвели нас к разработке стратегии психотерапии этого синдрома, общие принципы которой с подробным описанием ряда методик представлены ниже.

1. Необходимо стремиться к ослаблению механизмов защиты, являющихся патогенными, вплоть до полного их разрушения. Это составляет содержание первого этапа психотерапевтической работы, которая проводится и в последующем. С этой целью мы рекомендуем ряд техник.

Сущность техники **«разъясняющей дискредитации»** сводится к критике применяемой поведенческой стратегии и объяснению ее патогенности. Пациенту указывают, что применяемый им гиперконтроль (мануальный, визуальный, «по ощущению») вследствие его дезавтоматизирующего действия приводит не к улучшению половых функций, а к их ухудшению. Мишенью описанной техники становятся также различные искажения внесексуального поведения пациента, в том числе и нарушения межличностного взаимодействия, являющиеся следствием действия механизма психологической защиты.

**Метод запретного плода**, известный в литературе также под названием **метода мнимого запрета**. Пациентам на некоторое время запрещались половые сношения и одновременно разрешались интенсивные ласки и поцелуи при совместном пребывании в постели с партнершей. Предполагалось, что рано или поздно этот запрет будет снят. В этом случае функцию редукации эмоционального напряжения вместо психологической защиты начинало выполнять искусственно установленное табу. Поэтому, спустя очень небольшой срок, больной нарушал этот запрет с положительным результатом, что в дальнейшем приводило к нормализации сексуальных показателей. При использовании этого метода большинство врачей посвящает партнершу в намеченный план и инструктирует ее не препятствовать мужчине, когда он нарушит запрет.

Аналогичным действием обладает **петтинг, используемый с лечебно-восстановительной целью** [Либих С. С., 1990]. Как известно, под петтингом (англ. pet — баловать, ласкать, а также раздражать) следует понимать преднамеренное вызывание оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего сексуального контакта, исключая непосредственное со-

прикосновение гениталий [Васильченко Г. С., 1967, 1977]. Различают две разновидности петтинга — поверхностный и глубокий. Под поверхностным петтингом следует понимать непосредственное раздражение обычно обнаженных эрогенных зон. Другие же эрогенные зоны (в том числе генитальные) раздражаются только через одежду. Наиболее частым случаем этого вида петтинга является сознательное форсирование поцелуев и телесных объятий до получения эякуляции и оргазма. Глубокий же петтинг предполагает прямое мануальное раздражение эрогенных зон, обычно прикрытых одеждой. Частным случаем глубокого петтинга является, например, взаимная мастурбация. Обосновывая необходимость использования глубокого петтинга с терапевтической целью, С. С. Либих (1990) отмечает, что исторически сложилось представление о ведущем значении эрекции полового члена мужчины при сексуальных контактах. Вместе с тем главным показателем качественного полового акта, как отмечает автор, является оргазм. Поэтому возникла психотерапевтическая идея снизить значение эрекции, переключив партнера на временные обходные (коллатеральные) пути, приводящие к разрядке у обоих партнеров.

Суть рекомендуемой С. С. Либихом (1990) методики сводится к следующему. Во время первой беседы с мужчиной и женщиной в отдельности их подробно расспрашивают о том, что они ждут от половой жизни. Им предлагают отразить свои требования, заполнив соответствующий опросник. Затем во время беседы с обоими партнерами составляется общая, дифференцированная для каждой пары, программа петтинга (своеобразный «контракт»), учитывающая предыдущий сексуальный опыт мужчины и женщины. В соответствии с принципом парадоксальной психотерапии [Dun-lop K., 1942; Frankl V., 1966], обычные половые акты на этом этапе проводить запрещается. В случае функциональной природы нарушений эрекции использование глубокого петтинга может привести к их ликвидации. Это происходит в силу того, что эрекция игнорируется как компонент полового общения, а это в свою очередь приводит к ликвидации синдрома тревожного ожидания неудачи. Применение такого лечебного петтинга в случае функциональных форм при успешной реализации программы носит временный характер, и дело нередко кончается тем, что партнеры, несмотря на «запрет» проведения обычных половых актов, нарушают последний.

Подобным образом действует и «**чистосердечное признание**» в своих сексуальных затруднениях благожелательной партнерше, что вследствие уменьшения ответственности за возможную неудачу приводит к снижению гиперконтроля над ситуацией и эмоционального напряжения, а следовательно, благоприятствует удаче интимной близости. В данном случае откровенное признание выполняет функцию редукации эмоционального напряжения, ранее выполнявшуюся защитными процессами.

Сходным влиянием обладает «**охранная грамота**», которую А. М. Свядоц (1982) рекомендует выдавать больным, страдающим неврозом ожидания неудачи. Указанная «грамота» представляет собой написанное на бланке медицинское заключение следующего содержания. «Заключение. Х (фамилия, имя, отчество, возраст) признаков заболевания половой сферы не обнаруживает. Имеются явления невроза ожидания неудачи, которые могут иногда тормозить половую функцию. Рекомендуется психотерапия (самовнушение и др.), а также постепенное взаимное привыкание (адаптация) к партнерше. Врач (подпись)». Больному рекомендовалось ознакомить свою партнершу с «охранной грамотой» либо заранее, либо в случае сексуальной неудачи. По наблюдениям автора, вручение указанной «грамоты» делало больных более уверенными и облегчало их вступление в интимный контакт.

Мы в таких случаях для ослабления защитных процессов рекомендуем изменять установку больных. Пациента нацеливают на то, чтобы перед интимной близостью он ориентировал себя не на совершение полового акта, а на получение удовлетворения, желательно взаимного, что, собственно, и является конечной целью сексуального

взаимодействия партнеров. В том же направлении действует также предварительный настрой больных быть во время полового акта исполнителями, а не наблюдателями.

Ослабляющим неадекватный механизм психологической защиты эффектом обладает **метод контрастного самовнушения** по М. Д. Танцюре (1956), являющийся одним из вариантов метода негативного воздействия, предложенного К. Dunlop (1928, 1942). Применительно к психогенным сексуальным расстройствам, проявляющимся, например, нарушениями эрекции, этот метод используется следующим образом. В предварительном периоде больной внушает себе, что напряжение члена у него не возникнет, как бы он к этому ни стремился. Об успешном использовании этого метода у больных с упомянутыми расстройствами сообщают И. М. Виш, в. Я. Романюк, В. Н. Селезнев (1982), которые, применив его у 38 больных, в 32 наблюдениях отметили полное выздоровление, а в 6 — улучшение.

Также ослабляет механизм защитного гиперконтроля сексуальных функций прием, предложенный А. В. Гришиным (1988). Разрабатывая концепцию эмоционально-стрессовой психотерапии В. Е. Рожнова (1985, 1989), автор для ликвидации синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин рекомендовал использовать эмоционально-стрессовое самовнушение в сочетании с идеомоторной маятниковой пробой. Смысл характеризуемого приема состоит в том, что больному ярко и образно, сообразуясь с его эмоциональным состоянием, раскрывают механизмы сексуального расстройства. Объясняется воздействие страха и тревоги на половую функцию, подчеркивается во многом самовнушенный характер сексуального расстройства. Добившись принятия позиции психотерапевта, больного просят привести примеры действия самовнушения на организм. Затем ему предлагают думать о движении удерживаемого им маятника (идеомоторная проба). После того, как маятник раскачается, пациенту рекомендуют представить свою сексуальную партнершу. Движения маятника при этом сразу же прекращаются. Тогда больному объясняют, что во время попыток совершить половой акт с ним происходит аналогичное. Так как в этот период он не думает о женщине, совершенно не видит ее, а занят только своей эрекцией, то мысли о последней по механизму самовнушения «нарушают автономную сосудистую реакцию». Затем пациенту внушается, что он «перестанет быть маятником», «не будет железкой на нитке», и сможет в интимной обстановке избавиться от «эгоистического самонаблюдения», сосредоточив все свое внимание непосредственно на женщине. В заключение больной получает инструкцию 3 раза в день самостоятельно проводить пробу с маятником с использованием приведенных выше эмоционально-стрессовых самовнушений.

Разрушающим защитные процессы влиянием обладают методы «медовый месяц» и «гинекологическое положение», которые предложил для лечения невротических расстройств эрекции К. Imielinski (1971, 1974). Эти методы в отечественной литературе до настоящего времени не описаны.

Метод «**медового месяца**» применяется с хорошими результатами в запущенных случаях, когда традиционные методы не дают эффекта. Сущность его состоит в следующем. Пациенту рекомендуют длительное совместное пребывание в постели с партнершей при одновременном запрещении осуществления сношений, а также отвлечение внимания от сексуального сожительства. Сразу же после возвращения с работы и приема пищи он должен ложиться с ней в постель и находиться там до утра. В вечернее время ему рекомендуют, лежа в кровати с женщиной, смотреть телевизор, читать и т. п. Это делается с той целью, чтобы больной укладывался в постель не с намерением совершить половое сношение (к этому его обязывал запрет половой жизни сроком на один месяц, по миновании которого ему обещали назначить собственно лечение), а в целях взаимно приятного времяпрепровождения. Кроме того, это обеспечивало телесный контакт с партнершей и одновременно максимально отвлекало внимание от сексуальных стимулов (просмотр телевизионных программ и т. п.). При этом разъяснялось, что все это необходимо лишь как подготовка к лечению, которое начнется по истечении этого месячного периода. В этих условиях пациент, освобожденный от ответственности, связанной с необходимостью осуществления половых сношений, привыкший к постоянному телесному контакту с партнершей и с

надеждой ожидающий начала лечения, ощущал снижение тревоги, повышение уверенности в себе и улучшение общего самочувствия. Все это часто приводило к нарушению запрета и совершению полового акта при хорошей эрекции, вселяя веру в свои силы и ликвидируя лежащий в основе расстройства страх. Лечебный эффект при использовании описанного метода обычно достигался до истечения месячного срока. Этот метод требует для своего применения хороших жилищных условий и продуктивного сотрудничества с партнершей, которая должна дать согласие на его использование. Он является производным метода «запретный плод».

Метод **«гинекологического положения»** значительно ослабляет защитные процессы, так как освобождает пациента от ответственности за способность осуществления имиссии. Указанный метод обладает большей терапевтической эффективностью даже в тех случаях, когда ранее применявшиеся традиционные методы психотерапии оказываются нерезультативными. К. Имелинский отмечает, что только в 1970 г. этот метод был применен им в 22 случаях невротических расстройств эрекции, при этом излечение было достигнуто у 18 больных, т. е. в 84% наблюдений. Метод предполагает принятие женщиной такой позы, когда мужчина может осуществить имиссию при частичном напряжении члена или даже в его отсутствие. Это становится возможным, если партнерша занимает положение, приближающееся к положению женщины при исследовании в гинекологическом кресле. Технически метод «гинекологического положения» выполняется следующим образом. Партнерша ложится на спину, например, на столе таким образом, чтобы ягодицы находились у его края. Ноги максимально разведены, согнуты в коленях, стопы установлены на подставки, расположенные по обе стороны. Мужчина стоит между разведенными бедрами женщины. В этом случае половые органы обоих партнеров находятся примерно на одной высоте. Если разница уровней расположения половых органов значительна, ее устраняют с помощью подставок, скамейки и т. п. После принятия такого положения неопытный мужчина может при попытке имиссии обращаться к помощи рук или зрительному контролю. Непосредственно перед имиссией пациент начинает ласкать женщину с целью вызвать у нее определенное возбуждение и связанную с ним lubricацию влагалища, а также расслабление мышц, окружающих вход в него. Если этого не удастся достичь, необходимо обильно смазать косметическим вазелином одновременно вход во влагалище и половой член. Кроме того, для расслабления мышц рекомендовано неоднократное введение одного или двух сложенных пальцев (указательного и среднего) во влагалище и имитация ими фрикции. В результате такой подготовки мужчина обычно может, помогая себе руками, ввести член во влагалище, даже независимо от наличия эрекции. Когда половой член введен, необходимо занять выжидающее положение. Не следует сразу же выполнять какие-либо движения, так как вялый половой член может в самом начале «выскользнуть» из влагалища. Напротив, при отсутствии движений со временем уменьшается эмоциональное напряжение, а также гиперконтроль ситуации (наблюдение за происходящим), что вследствие продолжающегося контакта полового члена с влагалищем приводит у многих мужчин к постепенному нарастанию эрекции. Часто степень выраженности ее позволяет начать фрикционные движения. В других случаях первоначально возникает частичное напряжение полового члена, а выраженная эрекция появляется только при повторном или многократном выполнении вышеописанных действий. Психотерапевтический эффект в полной мере или частично удавшегося полового сношения огромен. Постепенно пациент избавляется от сексуального расстройства вследствие ослабления и ликвидации неадекватных защитных механизмов. Этот метод, как и предыдущий, назван<sup>148</sup> К. Имелинским ассоциированным, так как он применяется в сочетании с рациональной психотерапией и скрытой суггестией. Метод «гинекологического положения» нами также применялся с успехом. Его использование в ряде случаев значительно уменьшало сроки лечения.

2. Следует усиливать действие механизма совладания. С этой целью мы рекомендуем использование техник когнитивной регуляции (интерпретативный тренинг, когнитивная подготовка, конструктивная ритуализация, эротическая сенситизация, самоуспокоение и др.) и соматовегетативной (упражнения низшей

ступени аутогенной тренировки, система Джейкобсона), а также их комбинаций (например, десенситизацию, которая была описана выше).

**Интерпретативный тренинг.** Заключается в обучении больного правильно интерпретировать различные варианты возникающих у него во время полового акта «сбоев», что способствует овладению ситуацией, улучшению сексуальных параметров, так как является надежным противовесом неадекватным защитным процессам, блокирующим или значительно затрудняющим сексуальное функционирование.

**Когнитивная подготовка.** Проводится подготовка пациента к возможным «сбоям» в ходе интимной близости с указанием их преходящего характера, что создает своеобразный психический иммунитет, способствующий более легкому переживанию трудностей сексуального характера.

**Конструктивная ритуализация** предполагает использование своеобразных ритуалов, с выполнением которых перед половым актом связывается качественное его протекание. Это могут быть определенные физические упражнения, давление на некоторые биологически активные точки, сегментарный массаж соответствующих зон, прием определенного рода пищи, некоторых медикаментов и т. п. Сила лечебного воздействия ритуалов находится в прямой зависимости от психотерапевтической напряженности, созданной внушениями врача и верой пациента.

**Система эротической сенситизации** разработана нами [Г. С. Кочарян, 1987]. При синдроме тревожного ожидания неудачи сексуальные нарушения могут быть обусловлены не только явлениями гиперконтроля хода интимного сближения, но и вызванной им частичной или почти полной блокадой специфического эротического сенсорного притока. Пациенты нередко жалуются, что в предварительном или, если интроекция удалась, в основном периоде полового акта они недостаточно полно испытывают приятные ощущения при телесном контакте с женщиной, а иногда и вовсе не испытывают их. Понятно, что это лимитирует рост сексуального возбуждения, а также его удержание. По нашим данным, некоторые пациенты для обеспечения более успешного протекания полового акта стараются сосредоточиться на приятных ощущениях, испытываемых при телесном контакте с женщиной, что подчас приносит ощутимые результаты. Учитывая это, была предпринята попытка создания системы мероприятий, обеспечивающих неослабевающий сенсорный приток во время интимной близости, которая была названа системой эротической сенситизации. Обычно предваряет применение этой системы вышеописанная техника разъясняющей дискредитации, а также объяснение роли нормального эротического сенсорного притока для сексуального возбуждения. Сама система состоит из ряда взаимодействующих компонентов. Одним из этих компонентов является внушение, проводимое в гипнотическом состоянии, направленное на усиление приятных ощущений, испытываемых как в предварительном периоде (ласки, поцелуи), так и во время фрикций. При этом внушается не только обостренное восприятие этих ощущений, но и «погружение» и «растворение» в них. Указывается, что все остальное в это время теряет всякий смысл и значение и единственной реальностью для пациента являются охватившие все его существо сладострастные ощущения и т. п. Другой компонент системы — тренировки, проводимые вне интимной близости, создающие своеобразный настрой — готовность к восприятию приятных ощущений во время сближения с помощью самовнушения и образных представлений. Рекомендуется представлять себя в обстановке полового акта, полностью отдавшись во власть приятных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей (ласках, поцелуях, фрикциях). Образные представления сочетаются с соответствующим самовнушением. Третьим компонентом системы является своеобразный тренинг восприятия эротических стимулов во время предварительных ласк и следующего за ними полового сношения. Пациенту дается инструкция, что в этот период он должен быть полностью сосредоточен на приятных ощущениях и культивировать их. При этом для облегчения достижения ожидаемых результатов подключается аутосуггестия, оперирующая следующими формулами: «Я полностью

погружаюсь в приятные ощущения, купаюсь в них, растворяюсь в них, теряюсь в них» и т. п.

Для этой системы характерны следующие особенности: она противостоит механизму гиперконтроля, который играет патогенную роль при синдроме тревожного ожидания неудачи; ее выполнение требует активного внимания и сосредоточения, что ослабляет гиперконтроль, уменьшая патогенное влияние неадекватной психо-

логической защиты; она стимулирует сексуальную <sup>193</sup> возбудимость, способствует снижению эмоционального напряжения и, следовательно, является совладающей, направленной на обеспечение нормального протекания полового акта. Усиливающим совладание и разрушающим психологическую защиту действием, помимо других влияний, обладает и разработанный нами **способ коррекции поведенческих программ** [Кочарян Г. С., 1991]. К его достоинствам следует отнести быстрый и стойкий лечебный эффект; малую продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 мин, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется в 3—5 мин); отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации); отсутствие осложнений. Способ объединяет возможности разработанного нами варианта применения нейролингвистического программирования (НЛП) с возможностями суггестии (с обусловливанием) в бодрствующем состоянии и опосредованную внушением работу с визуальными образами (репродуцируемыми и конструируемыми). Нами для разработки предлагаемого способа психотерапевтических воздействий был, в частности, использован «метод якоря» [Bandler R., Gringer J., 1979], являющийся в НЛП основой некоторых терапевтических техник [Cameron-Bandler L., 1985]. Сущность этого метода заключается в формировании условных рефлексов, однако с этой целью не используются ни рвотные средства, ни электрические разряды, ни какие-либо другие вспомогательные средства. В данном случае обусловливание осуществляется с помощью «якоря», представляющего собой определенный стимул (кинестетический, звуковой, визуальный и т. д.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того, как это произошло, стимул сам по себе приобретает способность вызывать сцепленное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить переживание и связанные с ним ощущения, которые возникают у него в психотравмирующей ситуации, и при этом прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно это прикосновение сможет вызвать эти переживания и ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, если, например, это действие предварительно сочеталось с ощущением уверенности в себе, возникающем в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения. Процесс использования стимула носит название «постановка на якорь». Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (применение кинестетического «якоря»), может быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, зрительный стимул (выражение лица человека), запах духов или одеколона и т. д. Отсутствие знания о «якорях» и их действии подчас может играть крайне отрицательную роль как в лечебном процессе, так и в обыденной жизни. В связи с этим R. Bandler и J. Gringer (1979) сообщают о курьезе, произошедшем с незадачливым психотерапевтом, который в течение сеанса убрал и вернул на место фобию девять раз, а в конце сеанса к тому же сказал:

«Да, в следующий раз мы должны поработать над этим еще больше». Человек не может делать ничего, что нельзя было бы закрепить с помощью «якоря», «Якоря» можно расставлять как с вовлечением сознания, так и без его вовлечения. Ценность метода «якоря» заключается в том, что он обеспечивает возможность доступа к поистине неисчерпаемым ресурсам человеческой психики.

После этой преамбулы, необходимой для понимания техники проведения способа коррекции поведенческих программ, перейдем к его непосредственному описанию.

Он реализуется в два этапа. Целью первого этапа является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном

речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно с этим проводится работа по разрушению старого и формированию нового стереотипа. На втором этапе оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и врач сидят или стоят напротив друг друга) следующая.

**Первый этап.** Врач обхватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его визуализировать в возможно более полной мере неудачный половой акт. После того как наступила визуализация, делается внушение, что сейчас постепенно образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. Однако врач просит пациента, чтобы он при этом не был пассивен, а старался всеми силами удержать этот образ. При этом внушается, что чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше это будет удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна эта патологическая программа и он будет избавляться от нее как от мусора. Поэтому, заключаем мы, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью «сотрется». Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости ---> мелькание исчезновение) предполагается на том основании, что именно такие изменения наиболее часто наступали при осуществлении описанных воздействий. Подчеркнем, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если вдруг вообще не наступит реализация суггестии (это наблюдается исключительно редко) или она будет частичной, рекомендуется строить внушения с использованием фразы «...и может так случиться, что...». После этого собственно и называют желательные для лечебного процесса ожидаемые изменения. Этому принципа построения лечебных внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса. При произнесении внушения смысловое ударение следует делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате вышеописанной суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ некачественного или даже несостоявшегося полового акта. Лишь изредка конечным пунктом является мелькание поблекшего образа или же его тусклость. После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести этот образ. Перед каждой попыткой пациенту проводится внушение, что чем больше он будет пытаться это сделать, тем меньше ему это будет удаваться, и может так случиться, что этот образ вообще вновь не появится, так как патологическая программа ему просто не нужна. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде, либо отмечается мелькание этого поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости. Затем врач обхватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с предыдущей (если с нынешней партнершей полноценного сближения никогда не было). Если яркость возникшего образа недостаточная, то мы ее суггестивно усиливаем. Впрочем точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта. Затем, по достижению хорошей яркости визуального представления, делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от этого образа и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше ему это будет удаваться, так как эта нормальная («здоровая») программа нужна его организму (его памяти, психике, нервной системе). Суггестируется, что этот образ будет устойчивым, непоколебимым, и вопреки всем его стараниям может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость остается либо прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается. В том случае, когда полноценные половые акты

наблюдались лишь с предыдущими партнершами, а с нынешней таковых не было, то прежде, чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произнести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению этой новой программы («...программа, подобно дереву, пускает корни, укрепляется, становится прочной и т. п.»). Этот вариант работы несколько труднее технически, а также предполагает большее количество лечебных сеансов. Еще большую трудность представляет подобная работа в том случае, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта либо, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или даже мнимые попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Изначально, так же как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться «ликвидировать» образ. Завершается этот этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Суггестируется, что он будет протекать так же, как и воображаемый. Это делается следующим образом. Врач говорит больному, что отныне перед интимной близостью он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях так же, как и сейчас в этом зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

На втором этапе, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а в связи с этим и возможность прогнозировать скорость улучшения и выздоровления, мы прибегаем к использованию кинестетических якорей, сочетающемуся с просьбой увидеть «всплывающий» при этом образ полового акта. Вначале врач обхватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия всплывает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно обхватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач обхватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз спрашивает его о том, образ какого полового акта он видит. Больной также, как правило, отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий.

При отборе пациентов необходимо исключить лиц, которые в силу различных причин испытывают значительные трудности в направленной визуализации образов и сюжетов, что наблюдается редко и определяется в самом начале использования способа, а также больных со снижением интеллекта, которые не способны понять, а следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

В заключение следует отметить, что способ коррекции поведенческих программ<sup>152</sup> содержит в себе большие возможности для творческого применения и может быть использован при различных (не только сексологического профиля) заболеваниях, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

Полезными в лечении больных с синдромом тревожного ожидания неудачи могут быть и техники, обладающие прямым и опосредованным анксиолитическим (ослабляющим чувством страха) действием. Так, если самоуспокоение имеет



непосредственной точкой своего приложения эмоциональную сферу, то техники с соматовегетативной ориентацией оказывают на указанную сферу опосредованное воздействие путем влияния как на мышечный тонус (1-е упражнение АТ в классическом варианте и его модификация в виде непосредственного вызывания расслабленности в мышцах лица, конечностей и туловища; система дифференцированной мышечной релаксации Джейкобсона), так и на вегетативные функции (в частности, 2-е и 3-е упражнения классического варианта АТ).

Сообщая о применении в качестве основы для других психотерапевтических методов, С. С. Либих (1967) рекомендует при психогенных расстройствах потенции у мужчин на фоне АТ применять следующие формулы лечебного самовнушения, «Женщина любит меня!», «Вместе с женщиной я чувствую себя свободно», «Я всегда знаю, что нужно говорить женщине», «Я спокоен перед сношением», «Эрекция не интересует меня», «Сношение доставляет мне удовольствие», «Женщине всегда приятно со мной», «После сношения мы оба счастливы» и т. п. С этой же целью автор советует использовать следующую аутосуггестию: «Дыхание равномерное... Сердце бьется спокойно, ритмично... Я совершенно спокоен... Чем ближе половой акт, тем более спокойным я становлюсь... В любой обстановке я уверен в себе... Состояние уверенности не покидает меня».

В случаях, когда синдром ожидания неудачи сопровождается нарушениями эрекции, которые наиболее часто наблюдаются при этой патологии, мы рекомендуем применять следующие самовнушения: «Накануне интимной близости, во время интимной близости я совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев я полностью погружаюсь в приятные ощущения, растворяюсь в них... Все остальное в это время отходит на второй план, теряет смысл и значение... Единственной реальностью являются испытываемые мною сладострастные ощущения... Во время ласк и поцелуев благодаря усиленному притоку крови к половому члену он значительно увеличивается в размерах, становится большим, твердым, негибачемым... Введение его удастся осуществить легко... На протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно...».

А. М. Свядош (1986) сообщает, что при неврозе ожидания неудачи у мужчин с успехом может быть применено самовнушение по методу Куэ, и отмечает, что этот метод прост и овладеть им можно за один сеанс.

К совладающим приемам следует относить и метод, предложенный С. И. Трошевым (1967) для ликвидации ускоренного семяизвержения, обусловленного синдромом тревожного ожидания неудачи. Он рекомендует говорить больному следующее: «Перестаньте давить, замыкать в себе чувства. Нравится Вам что-то в женщине, заметили какую-то деталь в одежде, привычках, телосложении и т. д., которая на Вас действует возбуждающе, немедленно найдите красивые слова, выскажите это женщине. Она вызвала в Вас эти чувства и ей по праву принадлежит то красивое, что испытываете Вы. Дайте возможность женщине «купаться» в ласковых ощущениях, которые она вызвала у Вас. Этим возбуждение в какой-то мере будет отреагировано, тонус снижен, сексуальная деятельность будет протекать устойчиво. Женщина же лишней раз убедится в своей необходимости для Вас». Как отмечает С. И. Трошев, обычно выполнение этих советов резко улучшает качество полового акта. Переключив внимание на поиск слов и выражений для описания достоинств и качеств своей супруги, мужчина отвлекается от тревожной мысли о неудаче.

Большую эффективность в лечении рассматриваемого синдрома имеет гипносуггестивная терапия (техника тематического программирования и моделирования), используемая с целью стимуляции механизмов совладания. Приведем примерную рецептуру проводимых нами сеансов гипносуггестивной терапии для лечения синдрома тревожного ожидания неудачи с нарушениями эрекции, которые, по нашим данным, являются наиболее частыми его проявлениями.

«Вы постепенно успокаиваетесь...

Начинают расслабляться мышцы лба... мышцы лба расслабляются, теряют напряжение... Расслабление в мышцах лба нарастает, увеличивается... Мышцы лба расслабились

полностью... Расслабление охватывает и мышцы глаз... Теперь мышцы глаз начали расслабляться... Мышцы глаз расслабляются, теряют напряжение, которое покидает их, уходит, рассеивается... Мышцы глаз расслабились полностью...

Расслабление распространяется на щеки... Теперь начали расслабляться мышцы щек... Мышцы щек расслабляются, теряют напряжение... Расслабление в мышцах щек становится все более выраженным... Мышцы щек расслабились полностью... Щеки как бы несколько обвисли...

Расслабление охватывает и жевательные мышцы, мышцы, удерживающие нижнюю челюсть... Жевательные мышцы расслабляются, теряют напряжение. Расслабление в жевательных мышцах нарастает, увеличивается... Нижняя челюсть уже не удерживается расслабившимися мышцами и под действием собственной тяжести постепенно опускается... Мышцы лица расслабились полностью...

Расслабление охватывает и мышцы рук... Теперь мышцы рук начали расслабляться... Расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается... Мышцы рук расслабляются все больше и больше... Мышцы рук расслабились полностью... Руки как плети... Расслабляются и мышцы ног... Мышцы ног расслабляются все больше и больше... Мышцы ног расслабились полностью... Расслабление охватывает и мышцы грудной клетки... Мышцы грудной клетки расслабляются все больше и больше... Мышцы грудной клетки расслабились полностью... Начали расслабляться и мышцы спины... Расслабление в мышцах спины нарастает, увеличивается... Мышцы спины расслабились полностью... Расслабляются и мышцы живота... Мышцы живота расслабляются все больше и больше... Стенки живота становятся мягкими... Живот мягкий, мягкий и бесформенный...

Мышцы туловища расслабились полностью...

А сейчас я буду считать от одного до шести и с каждым последующим счетом будет нарастать глубина Вашего погружения в лечебный отдых и покой, в целебное гипнотическое состояние... А когда я назову цифру шесть, Вы будете пребывать в состоянии умиротворения, безмятежности, глубокого физического и психического комфорта... Один — дыхание ровное, спокойное... Ритм дыхательных движений успокаивает Вашу нервную систему...

Два — сердце бьется ровно, спокойно, ритмично... Ритм сердечной деятельности успокаивает весь Ваш организм... Три — с каждым выдохом нарастает глубина погружения в лечебный отдых и покой... Четыре — делаете выдох и чувствуете, что как бы проваливаетесь куда-то... Это нарастает глубина Вашего погружения в целебное гипнотическое состояние... Пять — посторонние звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от Вас, отдаляются от Вас все дальше и дальше, теряют для Вас всякий смысл и значение и практически не воспринимаются Вами... Они не доходят до Вашего сознания и единственной реальностью является мой голос, мои слова, мои внушения, которые Вы хорошо, четко, ясно будете слышать на протяжении всего лечебного сеанса... Шесть — Вы погрузились в покой, Вы растворились в покое, Вы ограждены покоем... Покой и отдых, полное умиротворение... Не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Все, что раньше тревожило, беспокоило Вас, ушло, рассеялось, забылось и не имеет для Вас в настоящий момент никакого значения...

А теперь Ваша психика, Ваша нервная система, весь Ваш организм настраиваются на восприятие целебных внушений... Теперь каждое сказанное мною слово, каждое сделанное мною внушение глубоко проникнет в Вашу нервную систему, прочно зафиксируется Вашей памятью, что определит улучшение в состоянии Вашего здоровья, которое Вы отметите в обстановке интимной близости... Итак, Вы полностью готовы к восприятию целебных внушений... Проведенное мною углубленное всестороннее исследование не выявило у Вас каких-либо органических поражений органов и систем, участвующих в обеспечении половых функций... Ваше расстройство является преходящим, обусловлено факторами сугубо психологического характера, ожиданием неудачи... Поэтому отныне в преддверии интимной близости, во время интимной близости Вы совершенно спокойны и уверены в себе... Уверены в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев Вы полностью погружаетесь в приятные ощущения, растворяетесь в них, теряетесь в них... Все остальное в это время не имеет для Вас никакого значения и единственной реальностью являются пронизывающие все Ваше существо сладострастные ощущения... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим, твердым, негибким... Введение его удастся провести легко... На протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно... Итак, отныне в преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны и уверены в себе... Во время ласк и поцелуев полностью погружены в сладострастные ощущения, растворены в них, пронизаны ими... В предварительном периоде, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим, твердым, негибким... Введение его удастся осуществить легко... На протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно... Все сказанные мною слова, все сделанные мною внушения хорошо зафиксировались Вашей памятью, Вашей нервной системой... А теперь я прикоснусь своим пальцем к Вашему лбу и они

прочно закрепятся (врач прикасается пальцем ко лбу пациента)... Программа гипнотического лечебного сеанса завершена... В следующий раз при проведении сеанса Вы быстрее и глубже погрузитесь в состояние отдыха и покоя, а сказанные мною слова, сделанные мною внушения окажут на Вас более выраженное целебное воздействие... А сейчас я буду считать от одного до шести и с каждым последующим счетом Вы все больше и больше будете выходить из гипнотического состояния, расслабленности и возвращаться к состоянию бодрствования... Один — расслабление постепенно покидает мышцы Вашего тела... Два — с каждым вдохом в Ваш организм поступает энергия... Три — энергия наполняет Вас, переполняет Вас... Четыре — энергия направляется к каждой мышце Вашего тела, мышцы становятся упругими, хочется подвигаться, пошевелиться... Пять — голова ясная,

легкая, свежая... После сеанса настроение хорошее, приподнятое... Будете чувствовать себя, как после продолжительного, глубокого, полноценного ночного сна, свежим, бодрым, отдохнувшим... Откроете глаза с верой в свое быстрое выздоровление... Шесть — откройте глаза, сделайте глубокий вдох, подтянитесь... А теперь можете встать...»

Следует отметить, что в последнее время мы начали использовать внушения в гипнотическом состоянии, направленные на некоторую психическую и мышечную релаксацию накануне полового акта, что способствует его полноценному протеканию. Необходимость подключения в ряде случаев формул суггестии, призванных способствовать мышечному расслаблению, обусловлена тем, что нередко у больных с рассматриваемой патологией в предварительном и основном периодах интимного сближения наблюдалось патологическое повышение тонуса мышц лица, туловища и конечностей, что иногда сопровождалось дрожью в руках и мышечными подергиваниями в различных частях тела. Добиваясь мышечной релаксации, мы опосредованно достигали эмоционального расслабления в интимной обстановке, что уменьшало и вегетативный аккомпанемент синдрома ожидания неудачи. Как показали наши исследования, этот аккомпанемент выражался в болезненно учащенном сердцебиении, затруднении дыхания на вдохе, повышенной потливости. Очень редко отмечались урчание в животе, являющееся следствием усиленной моторики кишечника, позывы к мочеиспусканию и дефекации. Иногда в связи с вегетативными нарушениями мы даже специально включали формулы внушения, направленные на нормализацию сердечной деятельности и дыхания.

Эффект гипносуггестивных воздействий при рассматриваемой патологии может быть просто разительным. Так, у одного из наших пациентов, пенсионера 62 лет, удалось достичь полного излечения в результате двух гипнотических сеансов. Это имело тем более ошеломляющее воздействие на обратившуюся за помощью семейную чету, что ранее больной уже получал назначенную сексопатологом довольно интенсивную, но явно неадекватную терапию (40 инъекций пантокринина, 2 инъекции сустанона-250 с двухнедельным интервалом между ними и др. лекарственные препараты). В данном случае пожилой возраст пациента, а также вера во всецелое действие гормональных препаратов и пантокринина нацелили врача на их назначение. Нами этот больной был обследован углубленно. Диагностирован невроз ожидания неудачи, проявляющийся, в частности, нарушениями эрекции. После этого больному было сказано, что, несмотря на его возраст, речь идет о «юношеской» форме расстройства, которое будет быстро ликвидировано. Так и случилось, чему способствовали хорошие межличностные отношения супругов и правильное поведение жены в создавшихся условиях. Перед началом гипнотерапии была проведена работа по разъяснению супругам сущности заболевания.

Для смягчения механизмов защиты и стимуляции механизмов совладания необходимо привлекать партнершу в качестве сотерапевта. Необходимо отметить, что наличие постоянной, положительно расположенной к пациенту и ориентированной на лечение партнерши при данной патологии является одним из существенных терапевтических факторов. Это подтверждается примерами излечения больных с указанным синдромом даже без врачебного вмешательства — при наличии тактичной, любящей и относящейся с пониманием партнерши. Наоборот, усилия даже самого опытного и знающего сексопатолога могут оказаться тщетными в случаях, когда партнерша отказывается от сотрудничества. Например, в одном из наших наблюдений партнерша пациента, на которой он собирался жениться, после беседы с врачом согласилась «терпеть» некоторое время, пока в результате лечения не нормализуются

сексуальные функции партнера. В дальнейшем, однако, в связи с тем, что оргазм наступал у нее исключительно редко, участились упреки с ее стороны. Это привело к усложнению синдрома тревожного ожидания неудачи. Если до начала лечения больной лишь опасался, что наступит быстрое семяизвержение, то теперь к этому присоединилась и неуверенность в качественной эрекции. Хотя ранее больной никогда не жаловался на плохое напряжение члена, партнерша постоянно говорила ему об этом и часто сравнивала размеры его полового члена с таковыми у ее бывшего мужа. В результате пациент не смог совершать половых актов, так как адекватные эрекции вообще перестали возникать. Вместе с тем спонтанные эрекции были очень сильными. Тогда мы сказали больному, что если его партнерша и далее будет вести себя подобным образом, то ему нельзя будет ничем помочь. Спустя несколько дней пациент сообщил, что после нашей беседы сделал партнерше ультимативное заявление. Он сказал, что если она не изменит свое поведение, то оставит ее. Все взвесив и опасаясь остаться без мужчины, который с большим вниманием и заботой относится к ней и ее сыну, а также ощутимо помогает материально, партнерша стала вести себя адекватно. Результат сказался немедленно. Сексуальное расстройство полностью нивелировалось без каких-либо дополнительных вмешательств с нашей стороны.

В некоторых случаях партнерша в силу ряда обстоятельств не может быть использована для лечения. Ю. А. Решетняк (1974) отмечает, что в литературе есть указания на целесообразность привлечения партнеров больных с половыми расстройствами для психотерапевтической работы [Н. В. Иванов, 1966; В. Мастере и В. Джонсон, 1966; С. С. Либих, 1967; Э. М. Дворкин, 1967]. Нередко женщина при лечении мужчины является не только объектом, но и инструментом психотерапии. В аспекте различных ценностных ориентаций: интеллектуальных, моральных, эмоционально-сексуальных, материальных можно предполагать, что не всякий партнер окажется полезным в психотерапевтической работе. По мнению автора, вопрос об участии партнеров в лечении у врача-сексопатолога следует решать дифференцированно с учетом мотивов брака и факторов, связывающих супругов в их совместной жизни. Ю. А. Решетняк сообщает, что уже первые годы практической работы с партнершами мужчин, страдающих половыми расстройствами, показали, что не каждая женщина способна стать «инструментом» психотерапии.

Подчас врач наталкивается на «стену непонимания» со стороны пациента, который не представляет, зачем нужно приглашать жену, так как болен он, а не она. Ему может вторить и супруга, которая на приглашение посетить врача, переданное пациентом, заявляет ему: «Ты болен — сам и лечись». В основе такого ответа может быть отсутствие желания налаживать отношения с мужем, неверие в возможность гармонизации интимных взаимоотношений и низкий уровень осведомленности в сексуальных вопросах, так как половая функция, по мнению многих, ничем не отличается от других. Отсутствие представлений о том, что эта функция в полной мере реализуется лишь в паре, а ее качество в немалой степени зависит от сексуального партнера, приводит к возникновению следующего вопроса: «Почему, когда беспокоит желудок или любой другой орган, для проведения лечения совершенно не нужна супруга, а в данном случае такая потребность возникла?» Однако, если исходя из прогнозов врача супруга может помочь в лечении мужа и гармонизации интимных отношений, а тем более когда без ее участия улучшение невозможно, необходимо настаивать на ее посещении с целью привлечения в качестве сотерапевта.

Н. В. Иванов (1967) сообщает, что часто пациенту свойственно наличие убеждения в том, что жена никогда не согласится прийти к врачу, а такое предложение само по себе может ухудшить их отношения. Однако, по мнению автора, чаще всего подобные высказывания не соответствуют реальному положению вещей, а продиктованы позицией больного, направленной на сохранение собственного достоинства. Поэтому следует быть настойчивым в своих требованиях, что в результате обычно приводит к перелому в позиции больного. С течением времени он не только не препятствует, но, напротив, предпочитает, чтобы разъяснения сущности его расстройства были сделаны врачом, так как даже некоторые пациенты с дебютантными формами сексуальных

нарушений до момента появления невесты в кабинете врача вообще не решались ей что-либо объяснить, охотно передоверив это врачу. Вместе с тем автор отмечает, что в ряде случаев включение женщины в психотерапевтический процесс в силу тех или иных обстоятельств является невозможным.

Э. М. Дворкин (1967), сообщая о привлечении к лечению партнерш пациентов, отмечает, что, к сожалению, в жизни чаще встречается «сексуальный травматизм», а не «сексуальная взаимопомощь». Он предлагает в случаях «психогенной импотенции», где ведущую роль играют отрицательные влияния со стороны жен, проводить с ними курс психотерапевтических бесед. Целью такого курса является: сообщение супругам больных необходимого минимума сведений о нормальной половой жизни; объяснение им функционального и обратимого характера расстройств у мужа; обучение правильному поведению до и во время полового акта; налаживание хороших семейных отношений. Автор рекомендует «вооружать» жен приемами, укрепляющими сексуальную гармонию, и предлагает в зависимости от времени и условий применять три вида так называемого мотивированного ободрения:

1. Ободрение вне прямой связи с половой жизнью. Оно заключается в том, что жена больного в обычной бытовой обстановке, в прямой или косвенной форме высказывает благоприятные суждения о качествах и достоинствах своего мужа. При этом сексуальной стороны это ободрение может и не касаться.
2. Мотивированное ободрение в период подготовки к половому акту или вскоре после его окончания. Это ободрение носит уже более специальный характер и выражается либо в виде «напутствия» перед половым актом, либо в виде «благодарности» за него после его окончания.
3. Ободряющие высказывания или иные ободряющие действия во время самого полового акта.

По нашему опыту, при проведении разъяснительной работы о сущности полового расстройства с партнершами пациентов, страдающих синдромом тревожного ожидания неудачи, целесообразно присутствие партнера, так как это оказывает на него сильное психотерапевтическое воздействие. Более того, при этой патологии можно приглашать жен на гипнотические сеансы, проводимые их супругам. Мотивированное внушение в гипнотическом состоянии о преходящем характере расстройства (так как в его основе лежит чисто психологический фактор — тревожное ожидание неудачи, а органическое поражение половой системы отсутствует) оказывает необходимое воздействие на партнершу. У нее возникает надежда на неизбежную и быструю ликвидацию полового расстройства у мужа.

Н. В. Иванов (1967) в связи с этим отмечает, что присутствие жены на сеансах гипнотерапии упрощает отношения между супругами, так как исключается необходимость каких-либо взаимных объяснений и собственных попыток улучшения ситуации. Эту функцию берет на себя врач. В связи с его оптимистическими обобщениями у супругов происходит невольное сближение оценки всего случившегося.

Следует отметить, что с момента привлечения партнерши «пациентом» становится супружеская (партнерская) пара и задачи сексопатолога не исчерпываются только лечением полового расстройства. Его деятельность направляется на приспособление партнеров в самом широком смысле с учетом многих факторов, влияющих на сексуальную гармонию (сексуально-эротическая; психологическая адаптация и т. д.), что в ряде случаев требует подключения к коррекционным мероприятиям психолога — семейного консультанта. При работе с партнершами врач должен привить им на время лечения андроцентрические установки. Вместе с тем целесообразно рекомендовать использование мануальной стимуляции генитальных<sup>157</sup> эрогенных зон женщины с целью достижения ею оргазма в период лечения, так как при длительном течении заболевания у мужчины и продолжительных сроках курации в состоянии здоровья партнерши пациента могут наступить существенные ухудшения.

С. В. Владимиров-Клячко (1972) в связи с этим отмечает, что периодическое отсутствие оргазма у женщин, которые ранее испытывали его всегда, в большинстве случаев (72%) приводило к возникновению у них различных преходящих болезненных проявлений: головной боли, напряженности, раздражительности, нарушений сна,

общей разбитости, тянущих тупых болей внизу живота и пояснице. Состояние физического и психического дискомфорта могло сохраняться в течение нескольких часов и дольше, сказываясь на настроении и работоспособности. Если такие случаи повторялись изредка, то они проходили обычно без значительных последствий и женщина из чувства такта могла в той или иной степени скрывать от супруга свои переживания. Если отсутствие оргазма у женщины встречалось часто, что определялось выраженностью и продолжительностью полового расстройства у супруга, то это вызывало у жен (в 35% наблюдений) все более отчетливые и стойкие невротические реакции, вплоть до развернутого неврастенического синдрома и истерических проявлений. Помимо этого, систематические фрустрации, которым в подобных случаях подвергались женщины, вели к застойным явлениям в половых органах, вызывающим их дисфункции и другие патологические процессы (в 23% наблюдений). Столь неблагоприятные перемены в половой жизни приводили женщин к использованию различных вынужденных «мер защиты». В 10% случаев они решительно отказывались от всяких форм близости («сначала вылечись...»). Другие женщины, обладающие чувством такта и щадящие мужа, поступали более дипломатично, стараясь уклониться от близости под различными благовидными предложениями (усталость, нездоровье и т. п.). Некоторые женщины отмечали зависимость выраженности тягостных ощущений от уровня возбуждения, достигаемого ими во время ласк и полового акта. Поэтому они сознательно или неосознанно стремились снизить это возбуждение. Так, жена одного из пациентов заявила, что чем выше взберешься на дерево, тем больше падать. Поэтому лучше не делать этого. С этой целью женщины всячески пытались «свернуть» этап предварительных ласк, постепенно сузить до минимума диапазон приемлемости, уменьшить активность при коитусе, а также переключить внимание на посторонние темы. Если в таких условиях по мере нарастания полового расстройства у мужа он сам из боязни неудачи начинал уклоняться от интимной близости, то многие женщины встречали это с тайным облегчением, успокаивая супруга уверениями, что им «и так хорошо». Поэтому, когда врач ставит перед партнерами задачу по возобновлению или активизации интимной жизни, то это полностью противоречит сформировавшейся «системе защиты». Требуя от женщины терпеливости, максимального участия к мужу, всяческого его одобрения и расширения диапазона приемлемости в ласках при условии активизации ритма сношений, врач заранее невольно может обрекать ее на возобновление страданий, не всегда сознавая, что в жертву, кроме терпения, подчас приносится ее здоровье. Поэтому, как отмечает С. В. Владимиров-Клячко (1972), нередко отмечались случаи, когда женщины, соглашаясь на условия и требования врача, обещая «собрать все силы», через некоторое время являлись на прием со словами: «Доктор, я старалась все делать, как вы говорили. Знаю, что так необходимо. Но поймите меня. Раньше, до лечения мужа, это было хоть редко и я сдерживала себя, а теперь мне все стало невыносимым. Я буквально на грани нервного срыва. Мне самой нужно лечиться. Я больше ничего не хочу. Пусть будет как будет». Учитывая возможность возникновения таких тупиковых ситуаций, автор пришел к выводу, что задача может быть решена лишь при условии получения женщиной сексуальной разрядки всякий раз, независимо от качества полового акта, которое может обеспечить супруг еще до нормализации функции. Эта цель могла быть достигнута только при целенаправленном воздействии на наиболее чувствительные эрогенные зоны женщины. Мужчине сообщались сведения об этих зонах и объяснялась техника сексуальной стимуляции и ее возможные варианты. Подчеркивалось, что ласки должны сопровождаться проявлениями нежности, а не обставляться<sup>158</sup> как вынужденная процедура. Гарантия возникновения разрядки у супруги при выполнении этих рекомендаций сама по себе выполняет психотерапевтическую функцию, так как снимает с мужчин чувство ответственности за качество сношения, тем самым нейтрализуя фактор ожидания неудачи. Уверенность же женщины в том, что у нее наступит разрядка, является желательной предпосылкой для искреннего поощрения и одобрения ею мужа при его затруднениях.

3. Из всего набора техник совладания необходимо отбирать и в дальнейшем стимулировать или формировать те из них, которые адекватны личностной структуре. Так, было бы ошибкой формировать у истерической личности механизм логического анализа ситуации [Наан Н., 1963], который, однако, является адекватным для личностей психастенического склада.

Приведем пример, когда изменение техники совладания и подключение компенсаторных приемов привело к улучшению сексуальной функции у больного, у которого основу полового расстройства составлял невроз ожидания неудачи. Больной Д., 28 лет. После первой неудачной попытки совершить половой акт у него развился невроз ожидания неудачи. В последующем во время интимной близости и в день предполагаемого полового акта постоянно «вел борьбу» с ожиданием неудачи: например, начиная с утра, в течение всего дня внушал себе, что «все будет хорошо». Перед половым актом также пытался делать это, однако мысли удержать не удавалось, так как побеждала неуверенность в успехе интимной близости. Это отрицательно сказывалось на качестве эрекции. В последний раз он изменил характер психологической подготовки к сношению, настроившись на то, что ему безразлично, сможет ли он его осуществить. Это привело к исчезновению тревожного ожидания неудачи и сопряженной с ним фиксации внимания на напряжении полового члена «по ощущению» до начала предварительного периода. Однако, когда начались ласки и поцелуи, ожидание неудачи, а также фиксация эрекции восстановились, хотя и в ослабленном виде. Затем с целью ускорения нарастания эрекции начал концентрировать внимание на приятных ощущениях, возникающих при эротическом взаимодействии. В этой «схватке сил добра и зла» на этот раз явно превалировали первые, и вскоре эрекция достигла своей полной выраженности. Половой акт протекал успешно.

4. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи должна строиться с учетом специфики каждой из фаз его развития. Так, на этапе экстрасексуальной альтернативы защиты характеризуются значительной генерализованностью, ригидностью, устойчивостью, захватом экстрасексуальных областей личностного функционирования, что *сместает* терапевтические акценты с синдрома на личность.

Представленная выше модель развития синдрома ожидания неудачи отражает его прогрессирующее течение. Однако наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что прогрессирование этого синдрома может быть приостановлено на любом из его этапов. Более того, указанный синдром может претерпеть обратное развитие даже без врачебного вмешательства, чему способствуют некоторые факторы: благожелательная постоянная партнерша, с пониманием относящаяся к возникшим трудностям; соответствующие личностные характеристики и конституциональные данные; достаточный опыт предшествующей расстройству полноценной половой жизни и т. д. Кроме того, не всегда в обстановке интимной близости функционирует механизм совладания и, таким образом, действует только механизм гиперконтроля, что, естественно, исключает возможность возникновения этапа «напряжения» синдрома. В некоторых случаях, когда больной не осознает болезненности синдрома тревожного ожидания неудачи, могут использоваться компенсаторные приемы, которые иногда способны оказать на этот синдром опосредованное ослабляющее воздействие и тем самым привести к улучшению параметров копулятивного цикла. Очень существенно и то, что проявления экстрасексуальной альтернативы мы неоднократно обнаруживали на промежуточных этапах развития синдрома тревожного ожидания. Следует также указать, что в ряде случаев этот синдром носит парциальный (селективный) характер, когда мужчина, способный к полноценной половой активности с одной женщиной, во время интимной близости с другой оказывается несостоятельным. Селективность синдрома определяет некоторое его своеобразие. При продолжительном течении синдрома тревожного ожидания неудачи указанное ожидание как таковое может нивелироваться, что, однако, в определенной части случаев не сопровождается ликвидацией сексологической симптоматики. Это следует рассматривать как следствие формирования патологического сексуального стереотипа.

## НЕКОТОРЫЕ ОСНОВНЫЕ ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОЛОЖЕНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ПСИХОАНАЛИЗА

### СТРУКТУРНАЯ МОДЕЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОЙ ПСИХИКИ

Согласно представлениям классического психоанализа, человеческая психика состоит из трех взаимодействующих структур, оказывающих влияние на поведение человека: «ид» («Оно»), эго («Я») и суперэго («сверх-Я»). «Оно» — это энергетическая кладовая психики, совокупность инстинктов. Деятельность этой структуры осуществляется по «принципу удовольствия», которое возникает вследствие разрядки накапливающегося напряжения. Для того чтобы произошла такая разрядка, необходим объект, снижающий напряжение. Если же его нет, то «Оно» находит его заместителей. В других же случаях описываемый процесс осуществляется за счет воображаемой реализации в форме фантазий. Стремления и тенденции «Оно» к реализации часто наталкиваются на препятствия, так как его импульсы далеко не всегда согласуются с требованиями действительности (социальным контекстом). Неограниченная реализация импульсов «Оно» нередко могла бы иметь отрицательные последствия как для данного индивида, так и для общества.

Для того чтобы контролировать эти импульсы, существует «Я» — структура психики, сообразующая деятельность «Оно» с реальностью. В основу функционирования этого второго уровня психического аппарата, следовательно, положен принцип реальности. «Я» развивается из «Оно» по мере того, как ребенок начинает сознавать свою личность. Для управления «Оно» «Я» использует его энергию [Фрейд З., 1989]. Значительную часть энергии «Я» использует для противодействия иррациональным стремлениям «Оно» и чрезмерным требованиям «сверх-Я». Таким образом, «Я» выступает в качестве координатора потребностей «Оно», требований «сверх-Я» и давления окружающего мира [Jakubik A., 1982]. Социализация индивида приводит к формированию третьей психической структуры — «сверх-Я», состоящей из «совести» и идеального «Я». «Сверх-Я» развивается из «Я» и, являясь судьей и цензором его деятельности и мыслей, устанавливает границы подвижности последнего. Возникновение «сверх-Я» является результатом оценки поступков и стремлений окружающими индивида людьми (одобрение — порицание; поощрение — наказание). Постепенно эти оценки становятся внутренними механизмами, регулирующими поведение человека, так как происходит усвоение норм. Процесс, когда что-то внешнее становится внутренним, называется интроекцией или интернализацией. Все это приводит к формированию совести, которая сама может давать оценку намерениям и поступкам человека, поощрять или наказывать его. Этот же процесс формирует «идеальное Я» — образец, к которому стремится на который равняется личность. «Идеальное Я» возникает в результате идентификации. Происходящее в действительности и ее требования далеко не всегда удовлетворяют «сверх-Я», и поэтому его устремления, не сообразующиеся с принципом реальности, могут быть иррациональны. «Сверх-Я» так же как «Я» контролирует «Оно», но совершенно по-другому. Если «Я» позволяет «Оно» удовлетворять потребности, сообразуясь с действительным положением вещей, то «сверх-Я» пытается подчинить «Оно» моральным требованиям, идеалу. Эти требования могут подчас даже парализовать поведение человека в тех случаях, когда речь идет об излишках энергии «сверх-Я».

Когда давление сил «Оно» и «сверх-Я» на «Я» оказывается сильным, включаются механизмы психологической защиты. Это происходит тогда, когда отсутствует возможность удовлетворения инстинктов в соответствии с требованиями общества и «сверх-Я». Как отмечает Jakubik A. (1982) со ссылкой на многочисленные работы зарубежных авторов, защитные механизмы составляют один из наиболее противоречивых вопросов психоанализа. Столкновение точек зрения касается главным образом их количества, критериев разделения, дифференцирования на нормальные и патологические, а также их роли в формировании расстройств личности



и невротических симптомов. В частности, известно неоднозначное отношение к сублимации. Так, З. Фрейд относил ее к нормальным защитным механизмам, ведущим к формированию зрелой структуры психического аппарата, а А. Фрейд — к патологическим. Особо следует заострить внимание на том, что механизмы вытеснения и регрессии явились фундаментом фрейдовской концепции патогенеза истерии.

Опишем некоторые из защитных механизмов.

**Вытеснение.** Сущность этого механизма состоит в вытеснении из сознания информации психотравмирующего содержания, которая не осознается, так как, будучи вытесненной, не допускается в сознание.

З. Фрейд (1911), используя аналогию, наглядно демонстрирует действие вытеснения в книге «О психоанализе». Он пишет: «Допустите, что в этом зале и в этой аудитории, тишину и внимание которой я не нахожу достаточно слов, чтобы восхвалить, тем не менее находится индивидуум, который нарушает тишину и отвлекает мое внимание от предстоящей мне задачи своим смехом, болтовнёю, топотом ног. Я объявляю, что я не могу при таких условиях читать далее лекцию, и вот из нашей среды выделяются несколько сильных мужчин и выставляют после кратковременной борьбы нарушителя порядка за дверь. Теперь он вытеснен, и я могу продолжать свою лекцию». Далее автор отмечает, что если перевести наименование обоих мест (в аудитории и за дверью) на язык психологии как сознательное и бессознательное, то слушатели получают верное изображение процесса вытеснения.

Следует отметить, что процесс вытеснения часто встречается у людей с истероидной личностной структурой и детей. В этих слу-

чаях неприятные переживания долго не удерживаются в <sup>209</sup>сознании. У личностей же тревожно-мнительного склада вытеснение осуществляется очень неэффективно [Leongard K., 1989].

**Регрессия** заключается в том, что наблюдается возвращение психической деятельности к более примитивным, инфантильным ее образцам (пуэриллизм, псевдодеменция, синдром Ганзера), что можно наблюдать у истероидных личностей при попадании их в сложную психотравмирующую ситуацию. Такой ситуацией может быть, например, угроза заключения в связи с совершенным уголовным преступлением. Развившиеся психические нарушения как бы временно защищают человека, отдаляя наказание. В ряде случаев при невозможности зрелой реализации либидо можно наблюдать регресс к инфантильным формам его выражения, соответствующим более ранним этапам сексуального развития.

**Идентификация.** Сущность этого механизма в отождествлении себя с более сильной личностью (физически или социально), представляющей для него угрозу. Идентификация стремится к сформированию своего «Я» по образцу другого [Фрейд З., 1925]. Результатом этого является редукция тревоги и символическое разрешение конфликта («Я такой же сильный и мне ничего не угрожает»). Идентификации, в частности, посвящен небольшой раздел в книге З. Фрейда (1925) «Психология масс и анализ человеческого «Я». Автор отмечает, что идентификация известна в психоанализе как самое раннее проявление эмоциональной привязанности к другому человеку. Отец является идеалом для своего сына, и последний хотел бы стать и быть таким же, как он. Это отношение к отцу является исключительно мужским и способствует подготовке эдипова комплекса. Одновременно с этим у него появляется «сексуальное объектное влечение» к матери. Отличающиеся между собой привязанности сына к своим родителям некоторое время существуют не мешая друг другу и не оказывая взаимного влияния. Однако, по мере развития ребенка, они неизбежно сталкиваются, вследствие чего и возникает нормальный эдипов комплекс. Теперь уже отец как бы мешает сыну, так как стоит на пути к матери. Таким образом, идентификация приобретает уже враждебный оттенок и становится тождественна желанию занять место отца по отношению к матери. Следует отметить, что идентификация амбивалентна с самого начала и может служить выражением как нежности, так и желания устранить отца. В отношении девочек аналогичный комплекс известен как комплекс Электры. Почему первому из упоминавшихся комплексов было дано название эдипова, становится понятным, если вспомнить греческое сказание о

царе Эдипе. Этот сюжет представлен в трагедии Софокла. Речь идет о том, как Эдип убивает своего отца, не зная, что он таковым является на самом деле. Затем он женится на своей матери. Когда наконец выясняется, что он совершил оба преступления, Эдип в наказание выкалывает себе глаза. З. Фрейд (1925) поднимает вопрос о том, что механизм идентификации может играть роль в происхождении невротической симптоматики и гомосексуализма.

**Сублимация** представляет собой процесс превращения энергии сексуальных влечений в энергию, используемую для достижения социально приемлемых несексуальных целей. В своей книге «Введение в психоанализ» З. Фрейд (1989) отмечает, «...что сексуальные влечения участвуют в создании высших культурных, художественных и социальных ценностей человеческого духа, и их вклад нельзя недооценивать». Интерес представляет мнение З. Фрейда (1911), согласно которому в связи с возможностью сублимации может возникнуть соблазн достигать ее наиболее высоких степеней для получения максимального «культурного эффекта». По его мнению, такое стремление к полной сублимации недостижимо и может иметь печальные последствия. Для иллюстрации своих мыслей автор приводит забавный анекдот следующего содержания. У граждан городка Шильда была очень сильная лошадь, чем они чрезвычайно гордились. Однако их смущало одно обстоятельство. Эта лошадь поедала большое количество дорогого овса. Тогда они решили постепенно отучить ее от этого «безобразия» и не **только** заставить довольствоваться малым количеством пищи, но в конце концов приучить к полному воздержанию. Вначале все шло хорошо. Лошадь почти совсем была отучена от приема пищи. Утром того дня, когда она должна была работать уже без овса, жители городка нашли «коварную» лошадь мертвой, но никак не могли догадаться, от чего же она умерла.

Следует отметить, что способность к сублимации неодинакова у различных людей, ее можно тренировать.

### **Топографическая модель психического аппарата**

Помимо структурной модели психики, предполагающей выделение «Оно», «Я» и «сверх-Я», З. Фрейд также пользовался ее топографической моделью. Согласно этой модели, следует различать следующие элементы: бессознательное, предсознательное и сознательное. Указывая на кардинальное различие между бессознательным и предсознательным, автор в работе «Я и Оно» [Фрейд З., 1989] отмечает, что есть два вида бессознательного: латентное, которое способно быть сознательным, и вытесненное, которое само по себе (без психоаналитической работы) не может им стать. Таким образом, латентное бессознательное является бессознательным лишь в описательном, но не в динамическом смысле и получило название предсознательного. Вместе с тем вытесненное бессознательное является таковым не только в описательном, но и в динамическом смысле. Поэтому термин «бессознательное» З. Фрейд рекомендует применять лишь по отношению к этому последнему виду бессознательного. Последний вид бессознательного называется таковым в динамическом смысле потому, что к его возникновению привела психическая динамика, а именно процесс вытеснения. Вместе с тем истинное бессознательное не совпадает с понятием вытесненного. В этой связи автор отмечает, что все вытесненное бессознательно, но не все бессознательное есть вытесненное. Помимо вытесненного, бессознательное включает в себя также требующие удовлетворения инстинкты. Однако сводить содержание бессознательного лишь к вытесненному и инстинктам было бы упрощением. В действительности же все обстоит куда более сложно. В частности, если под этим углом рассмотреть «Я», то можно прийти к следующему выводу. Процесс вытеснения, исходящий из «Я», завершается образованием сопротивления, которое препятствует психоаналитической работе, во время которой можно наблюдать, как больной испытывает затруднения. Его ассоциации всякий раз прекращаются, как только происходит приближение к вытесненному. Но так как сопротивление, несомненно, исходит из его «Я» и принадлежит последнему, то мы оказываемся в неожиданном положении. Мы нашли в самом «Я» нечто такое, что тоже бессознательно и проявляется подобно вытесненному, т. е. оказывает сильное действие, не переходя в сознание и для осознания чего требуется особая работа

[Фрейд З., 1989]. Продолжая анализировать содержание бессознательного, мы еще больше расширяем его границы, так как оказывается, что и «сверх-Я» в части своих проявлений бессознательно. З. Фрейд отмечает, что психоанализ дал возможность наблюдать таких людей, самокритика и совесть которых оказываются бессознательными и, являясь таковыми, обуславливают важнейшие поступки. Автор подчеркивает, что в большинстве неврозов экономически решающую роль играет именно бессознательное чувство вины, которое создает сильнейшие препятствия выздоровлению. Так как многому из происходящего принято давать эмоциональную и этическую оценку, имеется склонность к тому, чтобы только низменные страсти помещать в нижние слои психики, а именно в бессознательное. Существует уверенность в том, что до сознания легче доходят те душевные функции, которые получили более высокую моральную оценку. Однако, как указывает автор, психоанализ не подтвердил этих ожиданий. Примером этому может служить очень тонкая, но подчас вовсе неосознаваемая трудная интеллектуальная работа, что, в частности, наглядно демонстрируется случаями, когда человек непосредственно после пробуждения находит разрешение тяжелой математической или иной задачи, над которой он бился безрезультатно накануне. Характеризуя содержание бессознательного, следует подчеркнуть, что не только наиболее глубокое, но и наиболее высокое в психике человека может быть бессознательным.

### **Учение о сексуальном развитии**

Весомое место в учении З. Фрейда принадлежит его представлениям о сексуальном развитии человека. Выделено 5 фаз развития полового инстинкта, которые дифференцировались в зависимости от локализации эрогенной зоны (главенствующего места накопления либидо в пределах тела) и рода предмета катексиса: деятельности или лиц, разряжающих избыток энергии либидо, т. е. снимающих инстинктивное напряжение [Jakubik A., 1982]. Прежде чем мы рассмотрим каждую из фаз, следует проанализировать понятие «либидо», так как впоследствии мы им будем часто оперировать. Известно, что многие первоначальные положения З. Фрейда с течением времени претерпевали определенную динамику. Так случилось и с понятием «либидо», которое изначально обозначало лежащую в основе всех сексуальных проявлений индивида психическую энергию. В своей работе «Три очерка по теории сексуальности», увидевшей свет в 1905 г., автор, в частности, отмечал, что либидо «...следует отличать от энергии, которая вообще лежит в основе душевных процессов, так как оно имеет особое происхождение и особый качественный характер, обусловленный особым химизмом сексуальных процессов в организме» [Фрейд З., 1989]. В дальнейшем в своей книге «Я и Оно», которая датируется 1923 г., З. Фрейд рассматривает два влечения: сексуальное, или эрос (влечение к жизни), и влечение к смерти. К первому он относит теперь «...не только подлинное незадержанное половое влечение и производные от него целесообразно подавленные, сублимированные влечения, но также инстинкт самосохранения...» [Фрейд З., 1924]. В лекциях по введению в психоанализ, написанных в начале 30-х годов, автор также называл первый род влечений сексуальными в широком смысле [Фрейд З., 1989]. Если влечение к жизни стремится усложнить и сохранить ее, то задачей влечения к смерти является возвращение всех живых организмов в безжизненное состояние [Фрейд З., 1924]. Возвращаясь к пониманию либидо З. Фрейдом, отметим, что за этим понятием в последующем утвердилось роль энергии, доступной влечению к жизни (инстинктам жизни), в то время как энергия влечения к смерти (инстинкта смерти, агрессивного инстинкта) не получила специального названия [Фейдимен Д., Фрейер Р., 1985]. Во фрейдовском употреблении термина «либидо» предполагается, что эта энергия количественно измерима и характеризуется «подвижностью».

Следует отметить, что основатель психоанализа различает Я-либидо и объект-либидо. Если об объекте-либидо следует говорить в том случае, когда либидо концентрируется на определенных объектах, фиксируется на них или же оставляет эти объекты и переключается на другие, то об Я-либидо речь идет тогда, когда либидо, будучи отнятым от субъектов спустя некоторый промежуток времени, в течение которого оно находилось в свободном состоянии, возвращается к «Я». Я-либидо, в

отличие от объект- либидо, получило также название нарцисстического. Это последнее является большим резервуаром, из которого исходят привязанности к объектам и в который они снова возвращаются.

После этого необходимого отступления непосредственно перейдем к рассмотрению каждой из пяти фаз развития полового инстинкта [Фейдимен Д., Фрейгер Р., 1985].

**Оральная стадия.** Эта стадия продолжается в течение 1-го года жизни. Основной эрогенной зоной в этот период является оральная, а основным предметом катексиса — функция сосания или кусания. После рождения ребенка большая часть доступной энергии либидо сосредоточивается в указанной зоне. Если изначально это касается губ и языка, то в дальнейшем это зубы. Основное побуждение младенца — потребность в питании, а также уменьшение чувства напряжения, связанного с голодом и жаждой. Однако во время кормления ребенка ласкают и прижимают, а также утешают и качают. Поэтому уменьшение напряжения и удовольствие первоначально ассоциируются ребенком с процессом кормления. В позднем периоде оральной стадии (после появления зубов) отмечается удовлетворение агрессивных инстинктов. Примером может служить доставляющее ребенку удовольствие кусание груди, причиняющее боль матери. В соответствии с вышеуказанным, З. Фрейд (1989) различал в оральной фазе две ступени. Если на первой речь идет об оральном поглощении и никакой амбивалентности по отношению к материнской груди нет, то на второй обнаруживаются признаки амбивалентности. Он назвал эту ступень, характеризующуюся появлением кусательной деятельности, орально-садистской. Несмотря на то что с возрастом и другие развивающиеся области тела становятся источником наслаждения, однако определенная часть энергии оказывается связанной с оральной зоной. У взрослых можно наблюдать ряд привычек, а также стремлений к получению удовольствий, связанных именно с этим. В их числе еда, кусание, сосание, жевание, курение, облизывание губ и причмокивание. С агрессивными проявлениями поздней стадии орального развития связывают сарказм, сплетни, «набрасывание» на пищу. Считается, что сохранение интереса к оральным удовольствиям является нормальным, и лишь когда данный способ удовлетворения и снижения напряжения доминирует, следует говорить о патологии.

**Анальная стадия** охватывает период со 2-го по 3—4-й год жизни. Эрогенными зонами являются органы выделения, а предметом катексиса — функция выделения или удержания стула и мочи. Ребенок испытывает удовлетворение при мочеиспускании и дефекации, а также удержании кала и мочи. З. Фрейд (1923) в своей работе «Характер и анальная эротика» отмечает, что в том случае, если происходит фиксация на этой стадии развития с акцентом на приятных ощущениях, связанных с анальной зоной (в младенческом и даже более позднем возрасте дети получают удовольствие от задержки стула и поэтому всячески оттягивают акт дефекации), то в дальнейшем, вследствие постепенной утраты эрогенного значения этой зоны, развиваются такие черты характера как аккуратность, бережливость и упрямство. Они представляют собой продукты сублимирования анальной эротики. При этом под аккуратностью понимается не только физическая чистоплотность, но также и добросовестность. Это такие люди, на которых можно положиться. Бережливость же может доходить до размеров скупости. Упрямство иногда переходит в упорство, к которому легко присоединяется склонность к гневу и мстительности.

Определенный интерес для сексопатологов имеет и представление психоаналитиков о так называемой уретральной эротике, которая предполагает эрогенность всего периферического мочевого аппарата в целом: от мочевого пузыря до наружного отверстия мочеиспускательного канала. J. Sadger (1923) отмечает, что нормальные дети, которых до 3-го года жизни не удалось приучить к опрятности, в дальнейшем чаще всего становятся уретральными эротиками. У таких детей уже в самом раннем возрасте отмечается учащенное мочеиспускание, поллакиурия, нередко в сочетании с полиурией. При этом их отношение к акту мочеиспускания и его продукту окрашено оттенком интенсивного наслаждения. Малыши очень часто мочатся под себя, а когда взрослеют, то беспрестанно просят на горшок. Дети — уретральные эротика — испытывают эрогенные ощущения при мочеиспускании даже при обычном (без длительных задержек) или, более того, незначительном наполнении мочевого пузыря с самых ранних пор. Поэтому они мочатся часто и маленькими порциями. Для уретральных эротиков характерны такие явления, как появляющееся в мочеиспускательном канале щекотание, остро возникающие уретральные боли, не имеющие анатомической основы, особые состояния, напоминающие поллюции с отделением секрета или без такового, всегда сопровождающиеся сладострастными ощущениями. Рассматривая уретральную эотику, J. Sadger (1923) представляет и ряд связанных с ней феноменов, наблюдающихся у взрослых людей. Эти явления, по его мнению, имеют то же самое значение и сохраняют даже такую же форму с той лишь разницей, что сексуальную роль начинают играть половые продукты. Например, где раньше имело место недержание мочи, в дальнейшем наблюдаются частые поллюции, семятечение и преждевременное семяизвержение. Вместо задержек мочи появляется увеличение продолжительности полового акта. Не имеющие анатомической основы боли, наблюдающиеся у детей при мочеиспускании, продолжаются затем «генитальными невралгиями» яичек или семенных канатиков, а чаще «невралгиями мочеиспускательного канала». Вместе с тем автор отмечает, что инфантильная мочева эротика может и не иметь каких-либо из указанных трансформаций. Речь идет лишь о такой возможности. Если же по аналогии с сублимированной анальной эротикой рассматривать сублимированную уретральную эотику, то она сказывается в выборе вида спорта (плавание, гребля, парусный спорт), профессии (моряки, морские путешественники, инженеры-гидротехники), а также в творчестве (устройство общественных водоемов, фонтанов, картины с изображением колодцев и др.). Таким образом, во всех случаях речь идет о том, что связано с водой.

**Фаллическая стадия** продолжается с 3—4-го по 6—7-й год жизни. Эрогенной зоной являются половые органы, а предметом катексиса — мастурбация. Эту стадию называют фаллической на том основании, что в этот период ребенок либо замечает у себя пенис, либо осознает, что таковой у него отсутствует. У девочек, не обнаруживших у себя половой член, формируется синдром «зависти пенису». Этот пункт является критическим, так как у представителей женского пола возникает противоречие между констатацией отсутствия члена и желанием его иметь. Переживания этого периода (комплекс кастрации) определяют у девочек три возможные линии развития. Первая ведет к сексуальным запретам и неврозу, вторая — к модификации характера («комплекс маскулинизации»), а третья — к нормальной женственности. Сексуальное напряжение, побуждающее ребенка к мастурбации, связывают с близким физическим присутствием родителей. В этот период ребенку свойственно желание лечь в постель вместе с ними. Он с ревностью относится к тому вниманию, которое родители уделяют друг другу. Стремление к контакту с ними становится удовлетворить все труднее. В этот период ребенок начинает ощущать угрозы со стороны родителей (вспомним описанный *выше* эдипов комплекс и комплекс Электры), что, в частности, у мальчиков выражается возникновением комплекса кастрации. Испытывая ощущение соперничества со стороны отца, который мешает мальчику обладать матерью, он желает ему смерти. По этой же причине мальчик боится, что отец кастрирует его и тем самым сделает его безопасным, неконкурентоспособным существом. В детстве эдипов комплекс подавляется и функцию сторожа, удерживающего его в бессознательном и препятствующего каким-либо его

внешним проявлениям, в том числе и исключаящего размышления о нем, выполняет развивающееся суперэго. У девочек наблюдается сходная ситуация, однако поскольку боязнь кастрации со стороны соперничающей с ней матери отсутствует (пениса ведь у нее нет), то потребность подавления желаний у нее менее остра. Это позволяет ей оставаться в «эдиповой» ситуации неопределенно долго.

**Латентная фаза** по времени охватывает период от 6—7 лет до периода полового созревания. В этот период сексуальные желания ребенка не привлекают внимания «Я» и успешно подавляются «сверх-Я», ослабляются привязанности детей к родителям, их интересы обращаются к взаимоотношениям со сверстниками, к учебе, спорту и др. Рассматриваемая фаза также характеризуется уменьшением интенсивности сексуальных стремлений. Многие из того, что ребенок знал или делал раньше, забывается и оставляется. В этот период возникают стыд, отвращение и мораль, которые предназначены противостоять бурям пубертатного периода и направлять вновь просыпающиеся сексуальные желания.

**Генитальная фаза** начинается с периода полового созревания. Эрогенной зоной, так же как и в фаллической стадии, являются половые органы, но изменяется предмет катексиса. Им становятся чужое тело и половой акт с лицом противоположного пола.

На каждой из стадий может произойти задержка развития, которую З. Фрейд называет фиксацией. Последняя обуславливается чрезмерным поощрением или сильной фрустрацией при наличии препятствий к более зрелому удовлетворению инстинкта. Фиксация не остается без последствий. Помимо анального характера, связанного с фиксацией на анальной стадии развития, выделяют также оральный, фаллический и генитальный [Reich W., 1933]. Вместе с тем фиксация на какой-либо из стадий развития обуславливает тенденцию к регрессии либидо именно в этой стадии с типичными для нее формами поведения. Регрессия *либидо к более ранним формам* сексуальных проявлений отмечается в тех случаях, когда возникают какие-либо трудности в плане его реализации.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Алешина Ю. Е., Гозман Л. Я., Дубовская Е. М.* Социально-психологические методы исследования супружеских отношений.— М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987.— с. 120.
- Аптер М. Д.* Теория реверсивности и человеческая активность//Вопр. психол.— 1987.—№ 1,—С. 162—169.
- Бассин Ф. Ф., Рожнов В. Е., Рожнова М. А.* К современному состоянию психической травмы и общих принципов ее психотерапии//Руководство по психотерапии.— М., 1974,—С. 39—53.
- Беледа Р. В., Горячев Б. А.* Особенности лечения половых расстройств воздействием локального отрицательного давления (ЛОД)//Лечение половых расстройств: Тез. Респ. научн. конф. сексопатологов Украины.— Киев, 1982.— с. 325—328.
- Беледа Р. В., Фогина Л. А., Беледа О. Р.* Изменение секреции гормонов гипофиза, коры надпочечников и половых желез при лечении половых расстройств у мужчин методом локального отрицательного давления//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.
- Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В.* Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене).— М.: Медицина, 1976, с. 175.
- Блейхер В. М.* Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии.— Киев: Вища школа, 1984, с. 448.
- Ботнева И. Л., Архипова Т. Е.* Комплексное лечение вагинизма//Лечение половых расстройств: Тез. Респ. научн. конф. сексопатологов Украины.— Киев, 1982.
- Брусиловский Л. С.* Музыкаотерапия//Руководство по психотерапии/Под ред. проф. В. Е. Рожнова.— 2-е изд.— Ташкент: Медицина, 1979.— С. 256—275.
- Буртянский Д. Л., Кришталь В. В.* Клиника, лечение и профилактика сексуальных расстройств у женщин: Метод, рекомендации.— Харьков, 1977.— С. 56.
- Буртянский Д. Л., Кришталь В. В.* Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция.— Харьков, 1982, с. 84.
- Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В.* Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии.— Саратов: Изд-во Саратовского ун-та, 1987.
- Вагнер Г., Грин Р.* Импотенция/Физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение: Пер. с англ.— М.: Медицина, 1985, с. 240.
- Васильченко Г. С.* Физиология основных проявлений сексуальности мужчин//Общая сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977, с. 94—138.
- Васильченко Г. С.* Метод структурного анализа сексуальных расстройств//Общая сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977, с. 392—416.
- Васильченко Г. С.* Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение//Общая сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко,— М.: Медицина, 1977, с. 291—295.
- Васильченко Г. С.* Основные формы половой жизни человека//Общая сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1977.
- Васильченко Г. С.* Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах психической составляющей//Частная сексопатология (Руководство для врачей).— М.: Медицина, 1983,—Т. 2, с. 15—26.
- Васильченко Г. С.* Брачный клиринг и его разновидности//Частная сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2, с. 5—9.
- Васильченко Г. С.* Невротические синдромы с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы//Частная сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2, с. 194—202.
- Васильченко Г. С.* Семейная психотерапия и ее место в системе реабилитации сексологических больных//Частная сексопатология/Под ред. Г. С. Васильченко,—М.: Медицина, 1983,—Т. 2, с. 17—20.
- Васильченко Г. С.* О частотных характеристиках стержневых сексопатологических синдромов у мужчин//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.— С. 9—11.
- Васильченко Г. С., Беледа Р. В., Горячев Б. А.* Лечение сексуальных расстройств локальным отрицательным давлением//Частная сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983.— Т. 2.
- Василюк Ф. Е.* Психология переживания/М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984.— С. 200.
- Василюк Ф. Е.* Уровни построения переживания и методы психологической науки//Вопр. психол.— 1988,—№ 5,—С. 27—37.
- Виш И. М., Романюк В. #., Селезнев В. Н.* Применение контрастного самовнушения при психической импотенции//Лечение половых расстройств: Тез. Респ. научн. конф. сексопатологов Украины.— Киев, 1982.— С. 48—49.
- Волков Е. С., Куширук Ю. И.* Физиотерапия и санаторно-курортное лечение половых расстройств.— Киев: Здоров'я, 1985.— С. 176.

- Воловик В. М. Семейные исследования в психиатрии и их значение для реабилитации больных//Клинические и организационные основы реабилитации психически больных.— М.: Медицина, 1980.— С. 207—268.
- Голанд Я. Г. Лечение нарушений психосексуальных ориентаций//Частная сексопатология (Руководство для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983,—Т. 2, с. 109—114.
- Голсбурда А. В. Некоторые варианты течения половых расстройств, имеющих психогенное начало//Современные проблемы сексопатологии.— Киев—Ворошиловград, 1986,— С. 26—27.
- Гризискас Ч. С., Молярова Н. В. Социально-терапевтическая деятельность в области брачно-семейных отношений//Семья и общество/Под ред. А. Г. Харчева и др.—М., 1982,—С. 99—120.
- Гуревич С. А. Музыкаотерапия в практике сексопатологов//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.
- Дворкин Э. М. Психотерапия сексуальных расстройств//Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова.— 2-е изд.— Ташкент, 1979.— С. 420—434.
- Дубравский Б. М. Опыт использования интенсифицированного курса аутогенной тренировки при лечении импотенции//Лечение половых расстройств: Тез. Респ. научн. конф. сексопатологов Украины.— Киев, 1982.— С. 45—48.
- Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение.— Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1985.— С. 167.
- Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков.— Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1982.— С. 215.
- Зачепицкий Р. А. Социальные и биологические аспекты психологической защиты//Социально-психологические исследования в психоневрологии: Сб. статей/Под ред. Е. Ф. Бажина.— Труды Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева,—Л., 1980,—Т. 93,—С. 22—27.
- Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология,—Алма-Ата: Казахстан, 1985.— С. 271.
- Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер. с польск./Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1986.— С. 424.
- Исурина Г. Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции//Методы психологической диагностики и коррекции в клинике//М. М. Кабанов и др.— Л.: Медицина, 1983,— С. 231—254.
- Карвасарский Б. Д. Медицинская психология.— Л.: Медицина, 1982.— С. 271.
- Карвасарский Б. Д. Психотерапия.— М.: Медицина, 1985.— С. 304.
- Ковалев Г. А. Основные направления использования методов активного социального обучения в странах Запада//Психол. журн.— 1989.— Т. 10, № 1.— С. 127—136.
- Колбасин Ю. В. Комбинированное лечение половых расстройств при неврозах методами психотерапии и рефлексотерапии//Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов.— Харьков, 1987.— С. 418—420.
- Кон И. С. Введение в сексологию,—М.: Медицина, 1988.— С. 319.
- Кондратенко Р. П. Клинико-статистическая характеристика впервые обратившихся за сексологической помощью//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюзн. конф. сексопатологов,—М., 1986.— С. 11—13.
- Копьев А. Ф. Индивидуальное психологическое консультирование в контексте семейной психотерапии//Вопр. психол.— 1986.— № 4.— С. 121—130.
- Корецкий В. М. Опыт лечения виргогамий в амбулаторных условиях//Лечение половых расстройств: Тез. Респ. научн. конф. сексопатологов Украины.— Киев, 1982.— С. 240—241.
- Костерева В. Я. Психологические аспекты работы кабинета семьи и брака в общесоматической поликлинике//Актуальные вопросы изучения механизмов го-меостаза: Тех. респ. научн. конф.— Каунас, 1983.— С. 178—200.
- Кочарян А. С., Кочарян Г. С., Киричук А. В. и др. Психопрофилактика семейных конфликтов: Метод, пособие.— Анапа, 1986.— С. 25.
- Кочарян Г. С. Половые расстройства при вибрационной болезни//Частная сексопатология (Рук. для врачей)/Под ред. Г. С. Васильченко.— М.: Медицина, 1983,—Т. 2,—С. 218—222.
- Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Патогенез синдрома ожидания неудачи и общие принципы его психотерапии в концепции психологических функциональных системных механизмов//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.— С. 86—88.
- Кочарян Г. С. Психотерапевтические методы в профилактике и лечении вибрационной болезни от локальной вибрации: Метод, рекомендации.— Харьков: Укр. ин-т усов, врачей. Санаторий «Березовские минеральные воды», 1986.— С. 12.
- Кочарян Г. С. К вопросу о симптомообразовании при сексуальных расстройствах и диагностической значимости отдельных симптомов//Современные проблемы сексопатологии.— Киев—Ворошиловград, 1986.— С. 42—43.
- Кочарян Г. С. Сенестопатии в клинике сексуальных расстройств и возможности рациональной психотерапии//Немедикаментозные методы купирования хронических болевых синдромов: Тезисы республиканской научн. конф.— Киев, 1989.— С. 177—179.



- Кочарян Г. С.* Прием «расширение сознания» в коррекции масштаба переживаний пациентов с сексуальными нарушениями//Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами.— Харьков, 1990.— С. 215—217.
- Кочарян Г. С.* Прием «сопоставление по аналогии» в сексологической практике//Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тезисы докладов 4-й обл. научн.-практ. конф. сексопатологов.— Харьков, 1990.— С. 213—215.
- Кочарян Г. С.* Синдром ожидания неудачи и нарушения поведения//Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений: Тезисы респ. научн. конф.— Киев, 1990.— С. 89—91.
- Кочарян Г. С.* Синдром ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения//Журн. невропатол. и психиатрии.— 1991.— № 5.— С. 73—76.
- Кочарян Г. С.* Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств: Метод рекомендации.— М.: Упр. спец. мед. помощи, 1991.— 19 с.
- Кочарян Г. С.* Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Метод, рекомендации.— М.: Упр. спец. мед. помощи, 1991.— 20 с.
- Кратохвил С.* Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешек.— М.: Медицина, 1985.— 159 с.
- Кришталь В. В., Агишева Н. К.* Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары.— М.: ЦОЛИУВ, 1985.— С. 138.
- Кришталь В. В.* Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюзн. конф. сексопатологов.— М., 1986.— С. 7—8.
- Кузьмин В. П.* Принцип системности в теории и методологии К. Маркса.— 2-е изд.—М.: Политиздат, 1980.—С. 312.
- Лабзин В. С., Решетников М. М.* Аутогенная тренировка: Справочное пособие для врачей.— Л.: Медицина, 1986.— С. 279.
- Левкович В. П., Зуськова О. Э.* Социально-психологический подход к изучению супружеских конфликтов//Психол. журн.— 1985.— Т. 6, № 3.— С. 127—137.
- Либих С. С.* Коллективная и групповая психотерапия//Руководство по психотерапии//Под ред. проф. В. Е. Рожнова.— 2-е изд.— Ташкент: Медицина, 1979.
- Либих С. С.* Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин//Руководство по андрологии//Под ред. О. Л. Тиктинского.— Л.: Медицина, 1990, — С. 234—245.
- Личко А. Е., Попов Ю. В.* Актуальные вопросы изучения психопатических расстройств у подростков//Психопатические расстройства у подростков.— Л., 1987.— С. 6—7.
- Маслов Е. В.* О значении половой принадлежности образов проективного рисунка//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюзн. конф. сексопатологов.— М., 1986.— С. 65—66.
- Маслов Е. В., Агарков С. Т.* Семья в рисунках женщин, страдающих истерическим неврозом//Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи.— Харьков, 1987,—С. 157—158.
- Матейова З., Мацура С.* Музыкотерапия при заикании: Пер. с чешек.— Киев, Вища школа, 1984,—С. 303.
- Мировский К. И.* Сосредоточение и его роль в реализации психотерапевтического самовоздействия//Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии.— Тамбов, 1974,—С. 61—64.
- Михайлова Н. А., Федоров А. П., Эйдемиллер Э. Г.* Основы клинической и психологической диагностики неврозов в связи с задачами их психотерапии: Лекция для врачей-слушателей.— Л.: Ленингр. ин-т усоверш. врачей, 1986.— С. 22.
- Мишина Т. М.* Исследование семьи в клинике и коррекция семейных отношений//Методы психологической диагностики и коррекции в клинике/Ред. М. М. Кабанов и др.—Л.: Медицина, 1983,—С. 255—281.
- Мосейко Е. В.* Опыт экспериментального исследования психологической защиты в условиях межличностного восприятия//Личность в системе общественных отношений: Тез. науч. сообщ. советских психологов к VI Всес. съезду общества психологов СССР,— М., 1983,—Ч. 1,— С. 698—699.
- Мягер В. К., Мишина Т. М.* Семейная психотерапия при неврозах: Метод, рекомендации.— Л., 1976.— С. 14.
- Мягер В. К., Мишина Т. М.* Семейная психотерапия//Руководство по психотерапии.— 2-е изд.— Ташкент: Медицина, 1979.— С. 297—310.
- Навайтис Г. А.* Опыт психологического консультирования супружеских конфликтов//Психол. журн,— 1983,—Т. 4, № 3,—С. 70—72.
- Насиновская Е. Е., Якубовская М. Л.* Психологические барьеры как защитные механизмы личности в конфликтной ситуации.— М.: МГУ, 1984.— С. 33 (Деп. в ВИНТИ 01.10.84. № 6481-84).
- Нохуров А.* Нарушения сексуального поведения.— М.: Медицина, 1988.— С. 224.
- Обозов Н. И., Обозова А. Н.* Диагностика супружеских затруднений//Психол. журн,— 1982,—Т. 3, № 3,—С. 147—151.

- Овсянников С. А., Овсянникова Л. И. К вопросу о брачных конфликтах у больных . малопрогрессирующей шизофренией//Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов.— Харьков, 1987,—С. 130—131.
- Ольшанникова А. Е. Эмоции и воспитание.— М., Знание, 1983.— С. 80.
- Осипов Е. П., Пирнат К. Ф., Кунцевич М. Г. Применение закиси азота при психотерапии сексуальных нарушений//Лечение половых расстройств: Тез. Респ. науч. конф. сексопатологов Украины.— Киев, 1982.— С. 54—56.
- Панков Д. В. Рациональная и разъяснительная психотерапия//Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова.— 3-е изд.— Ташкент, 1985.— С. 188—213.
- Панов А. Г., Беляев Г. С., Лобзин В. С., Копылов И. А. Теория и практика аутогенной тренировки.— Л.: Медицина, 1980.— С. 272.
- Рейбен Д. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стесняетесь спросить: Пер. с англ.—Харьков, Новости, 1991.— С. 240.
- Романовская З. В. Психотерапия сексуальных нарушений у женщин//Руководство по психотерапии/Под ред В. Е. Рожнова.— 3-е доп. и перераб. изд.— Ташкент: Медицина, 1985.— С. 524—538.
- Рожнов В. Е., Бурно М. Е. Концепция эмоционально-стрессовой психотерапии и ее практическое применение//Пограничные нервно-психические расстройства.— М., 1983,—С. 156—163.
- Рожнов В. Е. Эмоционально-стрессовая психотерапия//Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова.— 3-е доп. и перераб. изд.— Ташкент: Медицина, 1985,—С. 29—44.
- Ротенберг В. С., Аршавский В. В. Поисковая активность и адаптация.— М.: Наука, 1984,—С. 192.
- Савенко Ю. С. Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология//Проблема клиники и патогенеза психических заболеваний.— М., 1974.
- Святощ А. М. Неврозы.— М.: Медицина, 1982.— С. 366.
- Святощ А. М. Вопросы психотерапии сексуальных нарушений//Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.
- Слуцкий А. С., Цапкин В. Н. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия//Руководство по психотерапии/Под ред. В. Е. Рожнова,—3-е изд.— Ташкент: Медицина, 1985.—С. 213—256.
- Спилбергер Ч.Д. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги//Стресс и тревога в спорте.— М., 1983.— С. 12—24.
- Столин В. Б. Семья как объект психологической диагностики и неврачебной психотерапии//Семья и формирование личности,—М., 1981,—С. 26—37.
- Столин В. В. Психологические основы семейной терапии//Вопр. психол.— 1992.— № 4,— С. 104—115.
- Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса.— Л.: Медицина, 1984.— С. 191.
- Трусов В. П. Психология межличностного влияния и оценивания: Учеб. пособие.— Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1984.— С. 43.
- Филатов А. Т., Кочарян А. С., Кочарян Г. С. Психологическая защита (Метод, рекомендации).— Харьков, 1986.— С. 29.
- Франселла Ф., Баннистер Д. Новый метод исследования личности: Пер. с англ.— М.: Прогресс, 1987,—С. 234.
- Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции.— М.: Наука, 1989.— С. 456.
- Apter M. J., Smith K. C. P. Psychological reversals: Some new perspectives on the family communication//Family therapy.— 1979.— Vol. 6, N 2,—P. 89—100.
- Auerbach R., Kilman P. The effects of group systematic desensitization on secondary erectile failure//Behavior Therapy.— 1977,—Vol. 8, N 4, p. 330—339.
- Bandler R., Grinder J. Frogs into princes. Neuro-linguistic programming.— San-Francisco, 1979, 193 p.
- Beck A. T. Cognitive theory and emotional disorders.— New York, 1976, 356 p.
- Beigel H. The hypnotherapeutic approach to male impotence//. Sex. Res.— 1971.— N 7, p. 168—176.
- Bern S. L. The measurement of psychological androgyny//. Consult. Clin. Psychol.— 1974, —Vol. 42, N 2, p. 155—162.
- Bloch A. D., La Perriere K. Technique of family therapy: A conceptual frame//Techniques of family psychotherapy: A primer/Ed. by A. D. Bloch.— New York: Grune a. Stratton, 1973, p. 1—20.
- Bohomolec E., Namyslowska L, Zardbecka-Miescicka M. Mechanizmy radzenia sobie (coping mechanism)//Psychiat. Pol.— 1981,— Vol. 15, N 3, p. 309—313.
- Brenner Ch. Defense and defense mechanisms//Psychoanal. Quart.— 1981.— Vol. 50, N 4, p. 557—569.
- Caplan H. L., Rohde P. D., Shapiro D. A., Watson J. R. Some correlates of repertory grid measures used to study a psychotherapeutic group//Brit. J. Med. Psychol.— 1975, —Vol. 48, N 3, p. 217—226.
- Cohen F., Lazarus R. S. Active coping processes, coping dispositions and recovery from surgery//Pain: Clinical and experim. perspectives/Ed. by M. Weisenberg.— Saint Louis: The C. V. Mosby Co., 1975, p. 291—302.
- Crockett W. H. Cognitive complexity and impression formation//Progress in experimental Personality Research//Ed. by B. A. Maher.— New York; London: Acad. Press.— 1965,—Vol. 2, p. 47—90.
- Csillad E. Modification of penile erectile response//. Behav. Ther. Exp. Psychiat.— 1976, —Vol. 7, N 1, p. 27—29.
- Czabala C., Leder S., Pohorecka A. Badania nad psychotherapia grupowa//Terapia grupowa w psychiatrii/Под. red. H. Wardaszko-Tyskowskiej.— Warszawa, 1973.

- Deabler H.* Hypnotherapy of Impotence//*Amer. J. Clin. Hypn.*— 1976.— Vol. 19, N 1.
- Domanska J.* Samootwarcie jako wskaźnik zaufania w procesie psychoterapii//*Psychiat. Pol.*— 1978,—Vol. 2, N 4, p. 517—520.
- Eland F. A., Epting F. R., Bonarius H.* Self-disclosure and the Reptest interaction//*Construct of sociality and individuality*/Ed. by P. Stringer, D. Bannister.—London: Acad. Press, 1979, p. 178—184.
- Eysenck H. J.* (Ed.) *Behaviour therapy and the neuroses.*— London: Pergamon Press, 1980,—479 p.
- Finkel A., Thompson R.* Alternatives to androgenic hormones in treating male impotence//*Geriatrics*, 1972,—Vol. 27, N 1, p. 74—76.
- Fraczek A.* Mechanizmy regulacyjne czynności ludzkich/Pod red. I. Kurcz, J. Reykowski.—Waszawa: PWN, 1975, p. 37—64.
- Fransella F., Joyston-Bechal M. P.* An investigation of conceptual process and pattern change in a psychotherapy group//*Brit. J. Psychiat.*— 1971.— Vol. 119.
- Frick-Bruder V.* Sexuelle Funktionstorungen des Mannes//*Z. Allg. Med.*— 1979. Bd 55,—S. 1387—1389.
- Friedman P., Linn L.* Some psychiatric notes on the Andrea Doria//*Amer. J. Psychiat.*— 1957,—Vol. 114, N 3, p. 426—432.
- Beghard P. H., Johnson A. B.* The Kinsey data: Marginal tabulations of the 1938—1963 interviews conducted by the Institute for sex research.— Philadelphia, 1979, 642 p.
- Geller S.* Studia nad psychologicznymi mechanizmami czynności agresywnych.— Warszawa: WPAN, 1979, p. 67—91.
- Gill H., Temperley J.* Time limited marital treatment in a threesome//*Brit. J. Med. Psychol.*—1974,—Vol. 47, p. 153—162.
- Gizinski N.* Mechanizmy obronne osobowości — przegląd koncepcji//*Psychiat. Pol.*— 1985,—Vol. 20, N 1, p. 67—75.
- Godlewski J.* Nieoczekiwane powikłanie w behawioralnej terapii zaburzenia seksualnego//*Psychiat. Pol.*— 1979,—Vol. 13, N 4, p. 423—424.
- Godlewski J., Szalankiewicz M.* Elementy obsceniczne użyte w terapii zaburzeń erekcji//*Psychiat. Pol.*— 1984,— Vol. 18, N 2, p. 188—189.
- Goldstein A. P., Spafkin R. P., Gershaw N. J.* Skill training for community living: Applying structured learning therapy.— New York et al.: Pergamon Press: Structured learning Assoc., 1976, 273 p.
- Greenson R.* The technique and practice of psychoanalysis.— Vol. I.— New York, 1986.
- Grinder J., Bandler R.* Trance-formations: Neurolinguistic programming at the structure of hypnosis.—Moab (Utah), 1981, 255 p.
- Haan N.* A tripartite model of ego functioning: Values a. clin. Res. applications//*Nerv. Ment. Dis.*—1969,—Vol. 148, N 1, p. 14—30.
- Haley J.* Family therapy: A radical change//*Changing Family: A Family Therapy Reader*/Ed. by J. Haley.— New York; London; Grune a. Stratton, 1971.
- Heilbrun A. B.* Human sex-role behavior.— New York et al.: Pergamon Press, 1981.
- Henson D., Rubin H.* Voluntary control of eroticism//*J. Appl. Behav. Analysis.*— 1971,—Vol. 4, N 1, p. 37—44.
- Herman S., Prewett M.* An experimental analysis of feedback to increase sexual arousal//*J. Behav. Ther. Exp. Psychiat.*— 1974,—Vol. 5, N 3, p. 271—274.
- Heszen-Klemens I.* Percepcja własnej sytuacji przez chorego i znaczenie tego czynnika w regulacji zachowania//*Psychiatr. Pol.*— 1979.—Vol. 13, N 4, p. 409—415.
- Hokanson J. E., Burgess M.* The effects of three types of aggression on vascular process//*J. Abn. Soc. Psychol.*— 1962,— Vol. 64, N 5, p. 446—449.
- Hokanson J. J., Willers K. R., Koropsa K. E.* The modification of autonomic responses during aggressive interchange//*J. Pers.*— 1968.— Vol. 36, N 4, p. 386—404.
- Holmes D., Houston B. K.* Effectiveness of situational redefinition and affective isolation for reducing stress//*J. Pers. Soc. Psychol.*— 1974.— Vol. 29, N 3.
- Imielirski K.* Człowiek i seks.— Warszawa: Inst. Wyd. Związków Zawodowych, 1986.
- Jakubik A.* Histeria: Metodologia, teoria, psychopatologia.— Warszawa: PZWL, 1979.
- Jankowski K.* Moj Sambhala.— Warszawa: Nasza Książnica, 1978, 395 p.
- Jarymowicz M.* Makiawelizm-osobowość ludzi nastawionych na manipulowanie innymi//*Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi.*— Warszawa: Książka i Wiedza, 1976, p. 239—324.
- Karacan J., Moore C. A.* Psychodynamics of erectile failure//*International Perspectives in Urology: Management of Male Impotence.*— 1982.— Vol. 5, p. 46—51.
- Kofta M.* Samokontrola a emocje.— Warszawa: PWN, 1979.— 376 p.
- Kolanaczek A.* Reinterpretative defense activities//*Polish Psychol. Bull.*— 1982.— Vol. 13, N 2, p. 129—141.
- Kondas O.* Psychologia kliniczna.—Warszawa: PWN, 1984, 388 p.
- Kostecka M., Piotrowska A., Piotrowski A.* Terapia rodzinna//*Terapia grupowa w psychiatrii* /Pod red. H. Wardaszko-Tyskowskiej.— Warszawa: PZWL, 1973.
- La Femina R. S.* The use of and auditory stimulus to arouse masturbatory fantasy in an impotent male//*Behav. Ther. Exp. Psychiat.*— 1977.— Vol. 8, N 5.
- Layman W.* Pseudoincest//*Comprehensive Psychiatry.*— 1972.— Vol. 13, p. 385—390.
- Lew-Starowicz Z.* Seks partnerski.— Warszawa: PZWL, 1985.— 343 p.
- Lo Piccolo J., Lo Piccolo L.* (Eds) Handbook of sex therapy.— New York: Plenum Press, 1978.
- Lux E.* Seksualna psychologia.— Budapest: Medicina Konjunktado, 1981, 240 p.

- Marmor J.* Impotence and ejaculatory disorders//The Sexual Experience/Eds. B. Sadock, H. Kaplan, A. Freedman.— Baltimore: Williams & Wolkins, 1976.
- Martin P. A.* Treatment of marital disharmony by collaborative therapy//The psychotherapies of marital disharmony.— New York: The Free Press, 1965, p. 83—101.
- Maruszewski K. T.* Mechanizmy zwalczania stresu egzaminacyjnego i ich indywidualne wyznaczniki/Uniw. im. Mickiewicza w Poznaniu. Ser. Psychol, i Pedagog.— N 51,— 1981, p. 123.
- Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual inadequacy.— Boston: Little, Brown and Co., 1970,—467 p.
- McPherson F. M., Gray A.* Psychological construing and psychological symptoms//Brit. J. Med. Psychol.— 1976,—Vol. 49, N 1, p. 73—79.
- Michael J. L., Hirt M.* Arousal response predictions derived from ego psychology//Brit. J. Med. Psychol.—1978,—Vol. 51, Part 3, p. 261—267.
- Minuchin S.* Families & family therapy.— Cambridge, Mass. Harvard Univ. Press, 1978, p. 268.
- O'Connor J., Stern L.* Results of treatment in functional sexual disorders//New York St. J. Med.— 1972.— Vol. 72, p. 1927—1934.
- Olszewska-Kondratowicz A.* Self-image as a regulator of tactical variations in ingratiation//Pol. psychol. Bull.— 1975,— Vol. 6, N 2, p. 73—79.
- Ponsley A.* Emotional Communication and marital compability//Dissert. Abstr.— 1967,— Vol. 27, p. 4132.
- Poser E. G.* The effect of therapists training on group therapeutic outcome//,!. Cons. Psychol.— 1966,—Vol. 30, N 4, p. 283—289.
- Radochonski M.* Ewolucja idei terapii rodzinnej w USA//Psychiatr. Pol.— 1982.— Vol. 16, N 3, p. 187—194.
- Reid W. N.* Basic intensive psychotherapy.— New York: Brunner/Mazel Publ., 1980.
- Rogiewicz M.* Mafzen'stvo a nerwica: Przegl. Pismienn//Psychiatr. Pol.— 1985.— / Vol. 19, N 6, p. 491—499.
- Rozycka J., Swornowska K.* Zachowanie ingracjacyjne u schizofreników paranoidalnych//Psychiatr. Pol.—1981,—Vol. 15, N 1, p. 23—27.
- Ryle A., Langhi N.* The dyad grid: A modification of repertoty grid technique//Brit. J. Psychiat.— 1970,—Vol. 117, p. 323—327.
- Sadger J.* Уретральная эротика//5. Freud, E. Jones, H. Hattinberg, J. Sadger. Психоанализ и учение о характерах.— Москва — Петроград: Государственное изд-во, 1923, с. 73—124.
- Schaap C.* Communication and adjustment in marriage.— Lisse: Swets & Zeitlinger B. V., 1982, 281 c.
- Seksuologia: Zarys encyklopedyczny/Red. K. Imielin'ski.— Warszawa: PWN, 1985.*
- Senejko A.* Proba analizy mechanizmów obronnych w ujociu dyspozycyjnym//Przegl. Psychol.— 1981,—Vol. 24, N 2, p. 47—259.
- Solomon Sh., Holmes D. S., McCoul K. D.* Bahavioral control over aversive events: Does control that requires efforts reduce anxiety and physiological arousal?//,!. Pers. Soc. Psychol.— 1980,— Vol. 39, N 4, p. 729—736.
- Spanier G. B.* Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads//J. Marriage Family.— 1976.— Vol. 30, p. 15—30.
- Sperber J. C.* Personal constructs and child psychiatric diagnosis: A pilot study//Brit. J. Med. Psychol.— 1977,—Vol. 50, Part I, p. 65—71.
- Stone L. J., Hokanson J. E.* Arousal reduction via selfpunctive behavior//,!. Pers. Soc. Psychol.— 1969,—Vol. 27, N 1, p. 72—79.
- Sulestrowska H.* Projekcyjny test rysunkowy «zaczarowana rodzina» (Kos-Biermann)//Psychiatr. Pol.— 1979,—Vol. 13, N 2, p. 179—187.
- Todd P. B., Magarey Ch. J.* Ego defences and affects in Women with breast symptoms: A preliminary measurement paradigm//Brit. J. Med. Psychol.— 1978.— Vol. 51.
- Worden W. J., Weisman A. D.* Psychological components of lagtime in cancer diagnosis/A Psychosom. Res.—1975.—Vol. 19, N 1, p. 69—79.
- Zuckerman M.* Sexual Arousal in the Human: Love, Chemistry or Conditioning?//Physiological correlates of human behaviour.— London: Acad. Press Inc., 1983, p. 299—326.