

Г.С. КОЧАРЯН

**СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ
И
ТРАНСФОРМАЦИИ ПОВЕДЕНИЯ**

**АКАДЕМИЯ СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ
2000**

ББК 57.0

К 75

УДК 616.69+618.17+616.89-008.442.4]:

616.89-008.447

Рекомендовано

к изданию Ученым советом Харьковской

медицинской академии последипломного образования МЗ Украины

19.11.99г., протокол № 9

Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации

поведения. – Харьков: Академия сексологических

исследований, 2000. – 81с.

В монографии, написанной доктором медицинских наук, профессором кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины Кочаряном Гарником Суменовичем, охарактеризованы связанные с сексуальными дисфункциями трансформации поведения пациентов во время и вне интимной близости, а также обусловленные этими дисфункциями изменения поведения их сексуальных партнеров. Также представлены материалы, отражающие возможные негативные поведенческие реакции пациентов и их партнеров на проводимое лечение и его положительные результаты. Значительное внимание в работе уделено проблеме сублимации, так как в результате проведенных автором исследований им был сделан вывод о неправомерности имеющего место традиционного одностороннего подхода, согласно которому сексуальные расстройства могут вести только к уменьшению производительности труда и снижению творческого потенциала.

Для сексологов, психологов, психотерапевтов, психиатров, студентов высших учебных заведений, где проводится подготовка врачей и психологов.

ISBN 966-95092-7-0

© Г.С. Кочарян, 2000

© G.S. Kocharyan, M.D., Ph.D., 2000

Введение в проблему и состояние вопроса

Диагностируя сексуальное расстройство, врач, как правило, не в полной мере интересуется тем, что происходит с пациентом во время интимной близости, ограничиваясь лишь констатацией тех или иных сексопатологических симптомов. Поэтому вне поля зрения остаются психические усилия, предпринимаемые больными с целью улучшения половых функций. Результатом этого явилась неизученность изменений поведения во время интимной близости у пациентов сексологического профиля. Тем не менее подобные исследования важны, так как открывают доступ к психическим ресурсам, которые могут быть использованы. На это, в частности, указывают данные B.S. Reynolds [48], M. Zuckerman [55], D. Smith и R. Over [52], а также исследования других авторов (D. Laws, H. Rubin, 1969; D. Henson, H. Rubin, 1971; S. Herman, M. Prewett, 1974; H. Rubin, D. Henson, 1975; R. Rosen, D. Chapiro, G. Schwartz, 1975, E. Scillag, 1976), о которых сообщает R. Green [38]. Они свидетельствуют о способности мужчин, используя искусственную психическую стимуляцию, предусмотренную условиями эксперимента, даже без какой-либо существенной предварительной подготовки к определенному сознательному волевому контролю эрекции. Способность усиливать ее возрастала при немедленном обеспечении обратной связи относительно желаемого уровня сексуального возбуждения обследуемых. Так, D. Laws, H. Rubin (1969), D. Henson, H. Rubin (1971) 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 становится возможным при вызывании эротических сцен, а второе – при переключении внимания на раздражители несексуального содержания. Эти данные подтверждаются более поздним исследованием M. Zuckerman [55]. Автор отмечает, что, поскольку сексуальное возбуждение у мужчин имеет

внешние проявления, большинство мужчин еще в юности научается подавлять эрекции в неадекватных ситуациях. Он показал, что “инструкция” на подавление эрекции срабатывает у 50% мужчин при просмотре эротического фильма. Кроме того, была зафиксирована действенность сексуального фантазирования мужчин и женщин: эффект был такой же сильный, как и при наличии внешних сексуальных стимулов.

D. Smith, R. Over [52] сообщают, что 8 здоровых мужчин в возрасте 19-26 лет, которые были неспособны реально повышать пениальную тумесценцию посредством приятной эротической фантазии, провели 2 сеанса тренинга сексуального или общего воображения. При первом виде тренинга пациенты реально демонстрировали увеличение физиологического и субъективного сексуального возбуждения при неструктурированной и структурированной сексуальной фантазии. Вместе с тем тренинг общего воображения не усиливал индуцированное фантазией сексуальное возбуждение. Обе программы увеличили яркость представления, но только тренинг сексуального воображения позволил пациентам формировать сексуальные образы, четкость которых возрастала в том случае, когда фантазии были приятными.

О результативности применения биологической обратной связи (БОС) с целью усиления контроля над эрекцией с лечебной целью сообщают S. Herman, M. Prewett (1974) и E. Csillad (1976). Рассмотрению изучения эффективности БОС в лечении сексуальных дисфункций у мужчин и женщин посвящена публикация A. Giovannoni [37]. В ней рассматривается применение БОС при нарушениях контроля эрекции, для усиления эректильных ответов на женские образы у гомосексуалов, а также у пациентов с “психогенной импотенцией”. L. Cionini, A. Giovannoni [33] обсуждают использование тренинга с БОС при “сексуальной импотенции” и сообщают о ее случае, который был успешно пролечен с помощью тренинга с использованием электромиографического (ЭМГ) контроля. Использовалась звуковая и визуальная обратная связь, пропорциональная

уровню ЭМГ-напряжения лобных мышц. Применялись психометрические тесты (MMPI, the State-Trait Anxiety Inventory) и психофизиологический опросник (до, во время и после терапевтических сессий). Проводимый тренинг привел к улучшению личностного профиля по шкалам маскулинности, фемининности и социальной интроверсии MMPI. Авторы отмечают, что окончательные результаты при лечении “сексуальной импотенции” показали более легкую управляемость тренинга с БОС при использовании ЭМГ, чем при применении традиционной прямой БОС. Они подчеркивают адекватность использованной в данном конкретном случае техники, что определялось личностными особенностями субъекта и имеющими место симптомами. Она помогала ему контролировать стрессовые реакции, связанные с выполнением и социальной тревогой. L. Cionini, D. Mattei [34] в своей статье отмечают, что с помощью тренинга с БОС пациенты могут быть обучены управлять стрессом и исправлять плохие свойства. Авторы использовали данный тренинг и для лечения “импотенции”.

J. Barnes, E.P. Bowman, J. Cullen [29] сообщают о пяти женщинах в возрасте от 24 до 30 лет, страдающих вагинизмом, которые вместе с их супругами участвовали в программе, использующей БОС, как помощь к психотерапии. Обеспечивалась БОС от вагинального сфинктера. Все пять пар закончили программу и сообщили об успешно проведенном половом акте при ее окончании. В заключение авторы делают вывод о том, что биологическая обратная связь является эффективной помощью в обучении мускульному контролю.

О возможностях психического влияния на сексуальные функции также свидетельствует тренинг по системе Дао [32] и опыт использования аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств [1, 8, 12].

Исследуя пациентов с сексуальными дисфункциями, врач обычно сосредоточивает свое внимание на выявлении у них копулятивных нарушений, оставляя без достаточного внимания поведенческие

изменения, которые развиваются у больных в связи с этими нарушениями вне интимной близости. Это в значительной степени контрастирует с фиксацией внимания на трансформациях поведения у лиц с нарушениями половой идентификации, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации. Отмеченное связано с тем, что поведенческие нарушения у названных категорий больных как бы являются сущностными для них и, что вполне естественно, попадают в эпицентр исследовательского интереса. При этом речь идет о так называемом сексуальном поведении.

Вместе с тем следует отметить, что среди лиц, обращающихся к клиническому сексологу, значительно преобладают именно те, у которых имеют место какие-либо копулятивные дисфункции (гипоэрекция, преждевременное семяизвержение и т. п.). Тем не менее изменения поведения, связанные с указанными дисфункциями, не становились предметом самостоятельного изучения. В специальной литературе можно найти лишь отдельные замечания по этому вопросу, а также единичные публикации, которые касаются лишь какого-либо частного аспекта в изменениях поведения, связанного с сексуальными проблемами. Так, H.S. Kaplan [42] исследует вопрос сексуального уклонения как проявления интрапсихических барьеров по отношению к эмоциональной близости. Предполагается, что в одних случаях данное уклонение является отчетливо ясной функцией названных барьеров, а в других – результатом других детерминаций, таких, как чрезмерные требования партнера к интимности и коммуникации или его/ее интолерантность даже к нормальной эмоциональной дистанции. С. Westphal [54] описывает уклоняющееся поведение как ответ на ожидаемую сексуально провоцирующую ситуацию. Это поведение характеризуется фобиями. Автор упоминает о “прозрачности” неосознаваемой продолжающейся борьбы, которая делает женщину непривлекательной. Тучность и уничтожающая женские формы худоба из-за анорексии являются неосознаваемыми попытками камуфлировать женские формы, чтобы избежать возбуждения мужского

полового желания. Автор также отмечает, что вагинизм бессознательно направлен на создание препятствия для возникновения данного желания. Женское избегающее поведение обсуждается в этой статье в терминах опытов тела (“body” experiences), фантастических репрезентаций и диалектики полового влечения.

С.М. Citrenbaum, М.Е. King, W.I. Cohen (1998) сообщают о случае с одинокой женщиной 31 года, которая при росте 155 см весила 96 кг. У нее был нормальный вес в детстве и отрочестве, но с 16-ти лет она стала быстро полнеть и начала страдать ожирением. Выяснилось, что непосредственно перед тем, как пациентка начала набирать вес, ее изнасиловали, что вызвало у нее гнев и испуг. Терапевт предположил важность скрытой выгоды тучности, которая состояла в том, что делала эту женщину непривлекательной, защищая ее, таким образом, от сексуальных посягательств и помогая ей чувствовать себя в большей безопасности.

Можно назвать только одну сексуальную дисфункцию – патологическое повышение полового влечения, генерирующую легко прогнозируемые поведенческие изменения, которые достаточно подробно описаны в специальной литературе. Однако любой врач, который работает на общем сексологическом приеме, может констатировать, что среди консультировавшихся у него пациентов на протяжении всей его лечебной практики (и даже многолетней) лица с указанным расстройством обращались настолько редко, что их даже можно пересчитать по пальцам. При этом речь идет преимущественно о женщинах.

По нашему мнению, не следует ограничиваться только изучением сексуального поведения. Необходимо также исследовать и другие поведенческие трансформации, возникающие в связи с сексуальными дисфункциями. Только в этом случае можно будет говорить о целостном представлении об особенностях поведения больных с указанными дисфункциями.

В большинстве работ по сексологии, в которых речь идет о лечении сексуальных расстройств, не рассматриваются реакции на это лечение и его положительные результаты, так как предполагается, что эти реакции могут быть только положительными и способствовать улучшению самочувствия пациентов, вплоть до его полной нормализации. Вместе с тем в некоторых сексологических публикациях можно найти данные о том, что положение дел не столь однозначно, и что в ряде случаев отмечаются явления противоположного свойства.

В данной монографии нашли отражение проведенные нами исследования по изучению обусловленных сексуальными дисфункциями трансформаций поведения, которые имеют место при половых контактах и вне таковых. Помимо этого, приводятся литературные данные, а также собственные наблюдения автора относительно изменений поведения пациентов и их сексуальных партнеров, когда данные изменения вызваны реакциями на половое расстройство, его лечение и положительные результаты этого лечения.

Все пожелания, высказанные читателями, а также интересные предложения будут с благодарностью приняты и рассмотрены автором.

Наши координаты: Украина, 61002, г. Харьков, ул. Каразина, 7/9, кв. 29, Кочаряну Г.С. E-mail: kochgs@ic.kharkov.ua

Сексуальные дисфункции и изменения поведения во время интимной близости

Для изучения изменений поведения у мужчин во время половых контактов, нами были предприняты специальные исследования среди 118 мужчин с различными сексуальными расстройствами [9, 16, 20, 21]. Только пациенты с тревожным опасением сексуальной неудачи включались в эту группу. Актуальность проведенной нами работы очевидна, так как она базировалась на изучении различных ментальных техник, направленных на улучшение сексуальных функций. Эти техники использовались **больными в сексуальной ситуации по собственной инициативе и, таким образом, являлись их самостоятельными находками, представляющими собой различные образцы приспособительного поведения, связанного с половым расстройством.**

В результате указанных исследований получены следующие результаты. Те или иные приемы психической саморегуляции, направленные на улучшение половых функций, во время интимной близости использовало 64,4% пациентов. В некоторых наблюдениях указанные приемы были непосредственно направлены на борьбу с тревожным опасением неудачи. Это, в ряде случаев, могло опосредствованно приводить к улучшению упомянутых функций. В других наблюдениях отмечалось использование психологических техник, которые были прямо ориентированы на улучшение характеристик копулятивного цикла. Некоторые больные использовали как те, так и другие приемы. Редко отмечалось, что одни и те же техники выполняли двоякую функцию.

Проведенный нами анализ всех этих приемов показал, что могут быть выделены следующие их группы: *самовнушение, переключение внимания, эротическая аутосенситизация*. После детальной разбивки этих приемов внутри названных групп, была разработана следующая их классификация.

I. Самовнушение:

- 1) *направленное на самоуспокоение;*
- 2) *отрицающее опасения неудачи;*
- 3) *мотивированное или немотивированное самоубеждение в хорошем качестве полового акта;*
- 4) *самовнушение-установка на безразличное отношение к результату;*
- 5) *стимулирующее "обращение к половому члену";*
- 6) *нацеленное на уменьшение восприятия эротических стимулов.*

II. Переключение внимания:

- 1) *с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая различные вспомогательные средства;*
- 2) *с помощью планирования;*
- 3) *с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов:*
 - а) *связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом (с данной партнершей или с другими женщинами);*
 - б) *связанных с мастурбацией;*
 - в) *связанных с "приобщением" к чуждому сексуальному опыту;*
 - г) *связанных с несексуальными сюжетами (досуг, быт, производственная деятельность).*

III. Эротическая аутосенситизация *(представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление контактного восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях).*

Самовнушение, направленное на самоуспокоение, могло выражаться, например, следующими формулами: "Не волнуйся..."; "Я нормальный мужчина...", а аутосуггестия отрицания опасений неудачи утверждением: "Я об этом думать не буду...". Мотивированное и немотивированное

самоубеждение в хорошем качестве полового акта оперировало формулами: "Вот она женщина, к которой я стремился, которую я хотел, обнаженная, и все должно получиться хорошо..."; "Все будет хорошо..."; "Все будет нормально...". Самовнушение-установка на безразличное отношение к результату выражалось внутренне произносимыми фразами: "Получится или не получится мне все равно..."; "Ни о чем не следует беспокоиться... Не получится, и черт с ним, и даже если ничего не произойдет, то ничего страшного в этом не будет, плевать на все это...". Стимулирующее "обращение к половому члену" было направлено на нормализацию его эрекции и проявлялось в следующих произносимых про себя во время интимной близости высказываниях: "Ну почему ты не...?"; "Давай, давай!" или "Возбудишься...". Также подчас имела место и аутосуггестия, направленная на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов, преследующая цель отдалить наступление семяизвержения: "Мне не так приятно...".

Переключение внимания с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая и различные вспомогательные средства, проявлялось разнообразными приемами. Так, один из обследованных нами больных считал про себя, другой говорил о чем-то с партнершей, третий смотрел в сторону на какую-то точку или на голову жены, а четвертый отворачивал лицо при ласках, чтобы смотреть на телевизор или наблюдать какой-либо яркий предмет, или сосредоточивался на слышимой музыке (сам специально радиоаппаратуру с этой целью не включал). Также для переключения внимания применялся счет ударов часов, представление, как член движется во влагалище, действия, направленные на то, чтобы не видеть партнершу, перенос акцента на мысли об испытываемых женщиной ощущениях и о том, как доставить ей удовольствие. Один пациент для того, чтобы несколько отвлечься от ощущений, испытываемых при сексуальных контактах, осуществлял их в

сопровождении тихой, медленной, мелодичной музыки, а иногда включал телевизор.

Переключение внимания с помощью планирования, осуществляемое во время интимной близости, представляло собой составление программы действий, которые следует осуществить на производстве и (или) дома по хозяйству на следующий день или в ближайшее время, мысли о том, что нужно купить, как следует одеться. Так, например, один из наших пациентов, работавший машинистом на железнодорожном транспорте, во время полового акта все время вспоминал о множестве инструкций и приказов, которые ему необходимо выучить. Следует отметить, что переключение внимания с помощью планирования применяется как с привлечением визуальных сюжетов, так и без их привлечения.

Помимо перечисленных вариантов переключения внимания, констатировалось его отвлечение с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом с данной партнершей или с другими женщинами, что, по сути, является ничем иным, как приобщением к ресурсу, которым обладает каждый человек. Мужчины могут вспоминать в прошлом полноценные половые акты с данной партнершей или воображать, что осуществляют их с другой, более привлекательной и молодой женщиной, с которой у них половых актов вообще не было, или с партнершей, с которой у них в прошлом были полноценные интимные контакты. Так, один из наших пациентов в предварительном периоде представлял, что производит его с другой женщиной, с которой никогда не был в интимных связях. В основном возникали яркие образы. Эти представления в 40% случаев давали эффект, что проявлялось в улучшении напряжения члена и увеличении продолжительности полового акта, производной в данном случае от качества эрекции. При последующих половых актах воображаемые партнерши могли быть иными. Другой больной при сексуальном сближении с партнершей репродуцировал

визуальные сюжеты половой близости из прошлого опыта с "...симпатичной девочкой, которая в этих делах была не то, что профессор, а прямо академик...", с которой все и всегда получалось хорошо, в каком бы состоянии он не был (трезвый или выпивший). С целью сексуальной стимуляции крайне редко также воспроизводились эротические сцены, которые ранее представлялись мужчинами при мастурбации. Наш пациент, который поступал таким образом, добивался восстановления хорошей эрекции. Иногда с этой же целью отмечалось "приобщение" к чужому сексуальному опыту (фото- и киноматериалы). Так, один обследованный нами больной представлял обнаженных женщин и мужчин, которых он видел ранее на порнографических открытках, а другой после просмотра эротических фильмов в предварительном периоде воспроизводил сцены из них.

Переключение внимания может оперировать также репродукцией и конструкцией сюжетов, связанных с досугом, бытом, производственной деятельностью. Так, один из наших пациентов во время интимной близости целенаправленно вызывал у себя следующие визуальные представления. Он видел речку, деревья, как он ловит рыбу. Другой больной, который каждое лето отдыхал на озере Селигер у истоков Волги, репродуцировал пейзажи, включающие в качестве обязательного компонента это озеро, что несколько не улучшало его сексуальные функции. Нередко репродуцируемые и конструируемые сюжеты связаны со спортом. Например, один мужчина во время интимной близости представлял себя игроком харьковской футбольной команды "Металлист" (нападающим) и почти в одно и то же время болельщиком. Это ему хорошо удавалось и приводило к выраженному увеличению продолжительности полового акта. С целью ее увеличения пациенты подчас могут конструировать пейзажи и состояния, обладающие негативным эмоциональным воздействием. Так, один из больных, преследуя указанную цель, представлял во время интимной близости

размытую грязью дорогу, ненастную холодную погоду. Диагностировались и воображаемые сюжеты, связанные с бытом. Так, один из наших пациентов с целью улучшения в сексуальной сфере при половом акте думал о текущих трудностях, связанных с жилищными условиями: живет с семьей в тесноте в маленькой комнате. Другой больной с такой же целью представлял, как что-то мастерит. Переключение внимания, связанное с привлечением производственных сюжетов могло быть сопряжено с их различным эмоциональным подтекстом: приятным, нейтральным, неприятным. Так, один из обследованных нами мужчин с целью увеличения продолжительности полового акта представлял, что на работе переносит тяжелые листы металла, и это, наряду с обращением к другим визуальным сюжетам, давало хороший эффект.

Эротическая аутосенситизация выполняет стимулирующую функцию. Так, один из наших пациентов с целью борьбы с тревожным опасением неудачи при сексуальном контакте с женой старался сосредоточиться на сладострастных ощущениях при ласках, поцелуях, а также фрикциях. Для усиления эффекта от предпринимаемых им мер он в это время внушал себе, как ему с ней приятно.

Проведенный анализ используемых больными приемов показал, что их феноменология часто зависит от того, какая функция нарушена. Так, для улучшения эрекции использовались различные стимулирующие меры ("обращение к половому члену"; переключение внимания с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом, мастурбацией, "приобщением" к чуждому сексуальному опыту; эротическая аутосенситизация, культивирующая приятные ощущения во время текущей интимной близости), а также самовнушение-установка на безразличное отношение к результату. При ускоренном семяизвержении, наоборот, применялись приемы, обладающие сексуально-депривационным действием. К ним относятся: самовнушения,

направленные на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов; все способы переключения внимания, кроме указанной выше разновидности, используемой для улучшения эрекции. Варианты самовнушений, не перечисленные нами как специально применяющиеся с целью улучшения напряжения полового члена или увеличения продолжительности полового акта, даже в случае, если у обследованных больных они использовались для улучшения какой-то одной из этих функций, не могут быть признаны специфичными в плане их воздействия на эрекцию или эякуляцию.

Описанные нами техники психической саморегуляции сексуальных функций использовались мужчинами не только изолированно, но и в различных сочетаниях, и могли быть неоднозначны у одних и тех же больных при различных половых актах. В ряде случаев те же пациенты с целью улучшения эрекции применяли одни приемы, а для увеличения продолжительности полового акта – иные.

Нами также были выявлены изменения поведения, обусловленные сексуальным расстройством, которые имели место за некоторое время до интимной близости. Так, один из наших пациентов с целью отвлечения от своих тревожных мыслей о качестве планируемого полового акта перед интимной близостью ходил в кино, а за 1 час до коитуса прочитывал две-три страницы художественной литературы. Другой больной, который до обращения к нам прочел специальную книгу по сексопатологии, за 1 ч до коитуса делал адекватные своему состоянию самовнушения. Третий пациент, занимающийся разработанным нами ускоренным вариантом аутогенной тренировки (АТ) для лечения сексуальных расстройств, дошел даже до того, что, находясь в другом городе в командировке, по собственной инициативе приобщил партнершу к проведению с ним (гетеротренинг) упражнений АТ непосредственно перед половым актом.

С целью установления эффективности применения различных психологических приемов для улучшения сексуальных функций и общего

состояния в преддверии и во время интимной близости нами был проведен специальный опрос. Он установил, что различная степень результативности применявшихся приемов когда-либо наблюдалась у 52,8% пациентов, а ее полное и перманентное отсутствие – у 47,2%. При этом в 10,5% наблюдений, где отмечался позитивный эффект от использования пациентами психологических средств, он касался лишь улучшения общего состояния и никак не отражался на состоянии сексуальных функций.

Мы еще раз хотим подчеркнуть, что пациенты применяли описанные выше приемы психической саморегуляции сексуальных функций по своей собственной инициативе, а наши исследования лишь выявили эти техники, которые затем были классифицированы.

Вполне естественно, что полученные результаты ставят вопрос о целесообразности рекомендовать пациентам сексологического профиля использование диагностированных нами приемов психической саморегуляции половых функций. В сексологической литературе мы не встретили высказываний об отрицательном отношении специалистов к названным приемам, применяемым для улучшения эрекции. Более того, как отмечалось нами ранее, тренировка в эротическом фантазировании может положительно сказываться на качестве эрекций. В этой связи следует также отметить, что нами для лечения сексуальных расстройств была разработана система эротической сенситизации [9, 16], одним из компонентов которой является эротическая аутосенситизация, проводимая пациентом в предварительном и основном периодах полового акта.

Вместе с тем в отношении целесообразности использования приемов психической саморегуляции при преждевременном семяизвержении высказываются диаметрально противоположные мнения. Так, Z. Lew-Starowicz [45] сообщает, что многие мужчины стремятся продлить время полового акта, например, отвлекая свое внимание, думая о чем-то другом, а также делая перерывы при проведении сношения. По его мнению, эти

способы оказываются результативными лишь в ряде случаев, но впоследствии приводят к чрезмерной концентрации внимания при проведении полового акта на собственной сексуальной реактивности, что может также помешать реакциям женщины. И. Левин [25, с.34-35] также отмечает: “Страдающие преждевременным семяизвержением (ПС) часто пытаются самостоятельно контролировать свои сексуальные реакции, но идут, как правило, неверным путем: стараются думать о чем-то отвлеченном во время фрикций. Они кусают себя изнутри за щеки; выпивают чего-нибудь крепкого; одевают не один, а два презерватива или, по совету врача, пользуются мазью с анестетиком для снижения чувствительности головки полового члена. Нередко наблюдаются попытки компенсировать быстрое семяизвержение повторным половым актом. Во второй раз это происходит действительно несколько медленнее, но такое возможно лишь у молодых. К определенному возрасту способность мужчин достигать оргазма два раза подряд (с небольшим интервалом) утрачивается. При попытках заставить себя совершить второй половой акт у них часто развивается тревожное состояние и психогенная импотенция. Все эти методы не пригодны для лечения ПС, поскольку направлены на замедление наступления оргазма путем снижения сексуального стремления, удовольствия и возбуждения. В действительности пациенту необходимо не занижать остроту ощущений, а продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения. По сути дела, методы, отвлекающие мужчину во время полового акта, только усугубляют проблему, поскольку еще больше мешают ему научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения”.

D.R. Reuben [47, с.75-76], обсуждая проблему ПС, отмечает: “Некоторые мужчины пытаются задержать оргазм, думая во время сношения “о других вещах”. Такую технику рекомендуют кое-какие “специалисты” в области брака. Не мешало бы им разобраться в этом лучше. Вот, что говорит один из попробовавших это средство:

– Мне только 24, но чувствую себя как семидесятилетний. Что бы я ни делал, кончаю слишком быстро. Я не мог найти женщину, которая переспала бы со мной вторично, и пошел к врачу. Он сказал, что я должен лишь “контролировать себя”. Не надо было отдавать десять долларов, чтобы услышать такое. Он предложил, что, как только я введу член, я должен думать не о сексе, а о своей работе. Я продаю машины. Так я начал думать о своих покупателях, особенно о девочках. Там есть одна очень хорошо сложенная. Как только я подумал о ней, я кончил – даже быстрее, чем раньше. Я снова пришел к тому врачу и он предложил мне в уме решать арифметические задачи. Я попробовал. С умножением у меня не очень хорошо, так что я стал считать вслух: “Тринадцатью одиннадцать – будет...” И женщина, с которой я был, услышала это. Она вышла из себя, оттолкнула меня и ушла. Другой вариант – думать о чем-нибудь “отвратительном”. Если пациент подумает о чем-то достаточно “отвратительном”, то он может совсем потерять эрекцию. Сама концепция здесь порочна. Представьте, что вы садитесь за ароматный бифштекс и пытаетесь думать о ведре с объедками... Другой метод предполагает, что партнеры ложатся обнаженными рядом друг с другом и думают о посторонних вещах, избегая любой сексуальной стимуляции. Это успокаивает чересчур возбудимых мужчин. Для самого мужчины с преждевременной эякуляцией и его партнерши мало волнующего в том, что они лежат, не занимаясь любовью, а думая о других вещах. Ведь именно этим им и так приходится заниматься большую часть времени”.

После ознакомления с мнением вышеуказанных авторов по поводу целесообразности применения способов психической саморегуляции сексуальных функций (ПССФ) страдающими преждевременным семяизвержением мужчинами, у специалистов в области терапии половых

расстройств может сложиться мнение о полной неприменимости этих способов. Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что эти высказывания касаются тех приемов ПССФ, которые в соответствии с предложенной нами классификацией должны быть отнесены только к некоторым вариантам переключения внимания, используемым для увеличения продолжительности полового акта. В высказываниях вышеназванных авторов также обращает на себя внимание тот факт, что больные как самостоятельно, так и по рекомендации некоторых врачей в ряде случаев используют приемы, которые критикуются, с весьма определенным терапевтическим эффектом. Кроме того, если речь идет о неуспехах, наблюдающихся при применении отвлечения внимания, то они нуждаются в анализе. Так, например, один из вышеназванных авторов (D. Reuben) сообщает, что некий врач рекомендовал одному больному для увеличения продолжительности полового акта думать не о сексе, а о работе. Поскольку пациент по роду своей работы продавал машины, то во время интимной близости он начал думать о своих покупателях и “особенно о девочках”. Когда он подумал об одной из них, которая очень хорошо сложена, семяизвержение у него наступило еще быстрее, чем обычно. По нашему мнению, ничего удивительного в этом нет, так как в данном случае речь шла не о варианте переключения внимания, обладающем сексуально-депривационным действием, а напротив, – о его разновидности, усиливающей сексуальное возбуждение (думал о хорошо сложенной девушке), и, таким образом, совершенно естественно приведшем к более быстрому наступлению семяизвержения. После этого неуспеха, связанного с использованием данного варианта отвлечения внимания, тот же врач с целью достижения терапевтического результата предложил пациенту при половом акте в уме решать арифметические задачи. Поскольку у последнего и ранее были затруднения с умножением, когда он начал умножать двузначные цифры (следует заметить, что это вообще нелегко), то не удержался и начал считать вслух. Женщина, с

которой он был, услышав это, вышла из себя, оттолкнула его и ушла. Хотя ее реакция могла бы быть и более мягкой, совершенно естественно, что она негативно отреагировала на происходящее, так как внешне поведение этого мужчины могло восприниматься как странное или даже как поведение психически больного человека. Однако следует отметить, что, по всей видимости, врач, который рекомендовал этому пациенту приведенный прием ПССФ, не предлагал, чтобы он считал вслух. Таким образом, в данном случае можно говорить о неадекватном, “анекдотическом” применении этой техники больным с целью увеличения продолжительности полового акта.

Что же касается представления (И. Левин), согласно которому пациенту, страдающему преждевременным семяизвержением, следует не снижать остроту ощущений, в том числе и с помощью отвлечения внимания (автор считает, что это только усугубляет проблему, поскольку еще больше мешает ему “научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения”), а стремиться продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения, то эту рекомендацию, по нашему мнению, следует считать альтернативой, но не исключающей возможность использования в этих случаях вариантов переключения внимания, обладающих сексуально-депривационным действием. В связи с этим уместно привести высказывание G. Kelly [по 39], согласно которому не существует такой вещи в мире, относительно которой “не может быть двух мнений”.

Рассматривая вопрос о целесообразности применения пациентами представленных в приведенной выше классификации приемов ПССФ, следует отметить, что из терапевтического арсенала должно быть исключено стимулирующее “обращение к половому члену”. Это объясняется тем, что фиксация внимания на половом органе (гиперконтроль его напряжения) является одним из факторов, участвующих в симптомообразовании у больных с тревожным опасением

сексуальной неудачи. Используя данный вид самовнушения, мужчины лишь укрепляют патогенный защитный механизм приковывания. Относительно других приемов, нашедших отражение в указанной классификации, установка должна быть следующей. **В дополнение к общепринятой терапии** можно помогать пациентам в подборе индивидуально-эффективных средств психической саморегуляции, осуществляя при необходимости соответствующую коррекцию. Это, в частности, касается рекомендаций учитывать психотерапевтическое правило, согласно которому формулы самовнушения должны строиться таким образом, чтобы в них указывалось, что пациент хочет приобрести, а не то, от чего он желал бы избавиться.

Сексуальные дисфункции и трансформации поведения вне интимной близости

Сексуальные неудачи, обусловленные копулятивными нарушениями, и само сознание того, что человек страдает половым расстройством, оказывают на него психотравмирующее воздействие. Более травмирующими для мужчины являются ситуации, когда речь идет о таких неудачах с женщиной, с которой у него отсутствует позитивный опыт сексуальных контактов. Легче переживаются ситуации неудачи в супружестве после периода сексуальной гармонии и особенно в тех случаях, когда благополучие во взаимоотношениях супругов не базируется исключительно на сексуальной сатисфакции. Толерантность по отношению к половому расстройству также зависит от сексуальных потребностей (своих и партнера) и от того, какое место занимает сексуальная сфера в шкале ценностных ориентаций человека, что, в свою очередь, может определяться его возрастом, состоянием здоровья и др. факторами.

В ряде случаев при отсутствии во время половых актов оргазма у женщины, мужчины считают себя виновными даже тогда, когда это совершенно не соответствует действительности, и их собственная сексуальная потенция и сексуальная техника соответствуют самым высоким стандартам. Это может приводить к возникновению у последних комплекса неполноценности, снижению настроения, ослаблению полового влечения и потере интереса к сексуальным отношениям с женой/партнершей. Причиной принятия мужчиной на себя ответственности за сексуальное расстройство женщины может быть нередко пропагандируемый “просветительский” штамп, согласно которому “нет холодных женщин – есть неумелые мужчины”. Он, по сути, исключает возможность существования у женщин сексуальных дисфункций, которые не определяются неправильным поведением

мужчины во время интимной близости. Редко мы отмечали, что и женщины могут считать себя ответственными за половое расстройство мужа. Так, снижение у него либидо и ослабление эрекции могут интерпретироваться как проявление исчезновения чувства любви и полового интереса даже в тех случаях, когда на самом деле для этого существуют совсем иные причины. Например, жена одного больного, у которого имел место синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, изумлялась, что ее муж испытывает тревогу в обстановке интимной близости и боится осуществлять половые акты, несмотря на то, что они вместе прожили 20 лет. Считает, что у него нет никакого полового расстройства, а поведение супруга связано с тем, что он ее не любит. Принятию женщиной на себя ответственности за возникновение у мужчины полового расстройства может способствовать близнец лозунга, приведенного нами выше. Согласно этому второму пропагандистско-“просветительскому” штампу, если женщина в сексе умелая, а, следовательно, нежная и активная, и может “помочь” мужчине, то он всегда будет способен провести качественное половое сношение. Таким образом, возможность возникновения сексуальных дисфункций, обусловленных факторами, находящимися за пределами партнерской коммуникации, начисто отвергается, что само по себе абсурдно.

Следует отметить, что в случаях аноргазмии у женщин мы в ряде случаев констатировали активизацию их сексуальной предприимчивости, в основе которой было не усиление полового влечения, а желание найти такого мужчину, который бы смог ее сексуально удовлетворить. Кроме того, появление каждого нового претендента, желающего стать их сексуальным партнером, повышало самооценку таких женщин, так как свидетельствовало о том, что они являются источником неослабевающего сексуального интереса. Таким образом женщины как бы компенсировали чувство собственной ущербности, обусловленное наличием у них

сексуальной проблематики. Данное обстоятельство являлось дополнительным стимулом к установлению ими все новых и новых связей.

Анализ полученных нами ранее при специальных клинико-психологических исследованиях данных по изучению поведения мужчин, у которых имели место те или иные копулятивные нарушения и диагностировались самые разнообразные формы половых расстройств [5, 6, 9, 10, 13, 14, 16-19], а также продолжающиеся исследования [22, 23], выявили у них различные паттерны изменений поведения, связанные с данными расстройствами. Обязательным критерием для включения больных в эту группу было наличие у каждого из них тревожного опасения неудачи при интимной близости. Выявленные трансформации поведения были различной сложности, осознавались больными полностью или частично, или вообще не осознавались. Нами выделены следующие основные типы этих трансформаций:

1. Избегающе-уклоняющийся тип характеризуется тем, что пациенты избегают общения с женщинами на сексуальном (урежают половые акты или полностью исключают их), эротическом (исключают ласки и поцелуи) и даже платоническом уровне (не устанавливают сколько-нибудь устойчивых отношений с представителями женского пола). В ряде случаев, когда общение доходит до грани сексуального взаимодействия, оно не продвигается дальше мнимых попыток. В двух наблюдениях, где речь шла о рассматриваемом типе поведения, нами был выявлен фроттеризм, который давал возможность этим больным хоть как-то сексуально реализоваться. У одного из них была диагностирована психопатоподобная вялотекущая шизофрения.

Иногда больные с половыми расстройствами контактируют с такими представительницами женского пола, которые, в силу различных обстоятельств (например, очень молодого возраста), не предъявляют сексуальных требований. Поддерживать общение на эротическом и даже платоническом уровне пациентам помогает псевдообосновывание своего

поведения. Так, один наш больной целовал и обнимал свою невесту и даже регулярно спал с ней вместе в ночное время, но половых актов не совершал. На ее вопросы, почему он этого не делает, отвечал, что если это случится, то он ее бросит. Другой пациент долго встречался с женщиной, которая ему очень нравилась, но, несмотря на длительный период их встреч, так ни разу ее не обнял и не поцеловал. Когда же она, наконец, спросила его, почему он так поступает, ответил, что если он это сделает, то она ему сразу может разонравиться. После такого объяснения женщина сразу же перестала с ним встречаться. Нередко включается рационализация и тогда больной обосновывает свою малую сексуальную активность или ее отсутствие, например, малой целесообразностью половой жизни, так как последняя, якобы, отвлекает от решения других, более важных, задач ("Не получилось, жалеть нечего, потому что это не стоит того"). Справедливости ради следует отметить, что пациенты сами до конца нередко не верят в выдвигаемую ими версию. Вместе с тем и в указанных случаях это все же помогает им, так как снижает эмоциональное напряжение. Приведем пример, где речь шла о псевдообосновании своего поведения и особой мотивации в подборе девушки, с которой встречался обследованный нами мужчина.

Больной В., 21 год, холост. Диагноз: неврастения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности, акцентуированной по психастеническому типу; гипоэрекция симптом. В настоящее время встречается с двумя девушками разного возраста. Одной из них 17 лет. Она из его деревни, но в настоящее время учится в городе и периодически приезжает домой. Отмечает, что с ней у него было до 10 мнимых попыток. Когда они обнимаются, то член лишь изредка полностью напряжен. Эта девушка сама пытается склонить его к сексуальным контактам. Говорит, что любит его. Он же позволяет себе все, кроме них, так как когда дело доходит до

решительного момента, эрекция полностью исчезает. Свое поведение объясняет ей тем, что если “это” произойдет, то она в городе “разбалуется”. Вместе с тем обещает ей, что когда она окончит техникум и вернется в деревню, то они начнут жить половой жизнью. Ее же это не устраивает, так как она хочет быть как все. Помимо этой девушки, встречается еще с другой, которой всего 15 лет. При объятиях и поцелуях с ней эрекция хорошая. Никаких попыток (даже мнимых) к сексуальной близости не предпринимает. Обе эти девушки нравятся почти в одинаковой степени, но последняя все-таки больше. Первая девушка знает о том, что он встречается не только с ней и требует прекратить эти встречи. Он обещает, что так и поступит, как только она закончит техникум. Удалось выяснить, что мотивация встреч со второй девушкой в значительной мере обусловлена тем, что в связи с ее возрастом можно не опасаться необходимости совершения полового акта. Общаясь с ней, чувствует себя более спокойно, что положительно отражается как на качестве эрекции, так и на общем состоянии.

Наши клинические наблюдения свидетельствуют о том, что больные сексологического профиля часто прибегают к различным уловкам, помогающим избегать угрожающих в смысле возможной половой близости ситуаций. Иногда пациенты даже сознательно провоцировали ссоры с женщинами, что подчас приводило к полному разрыву их отношений. Так, один из наших пациентов неоднократно пытался поссориться со своей невестой, чтобы сорвать предполагающуюся свадьбу. Приведем весьма показательный пример провоцирующего ссору поведения.

Больной М., 23 года, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи). В процессе целенаправленного опроса удалось выявить, что всякий раз, когда его встречи с женщинами

затягивались в том смысле, что далее уже предполагался закономерный переход от эротического уровня отношений (ласки, поцелуи) к сексуальному (половые акты), он просто не приходил на очередное свидание. Во время встреч с женщинами, у которых он пользовался успехом в силу своих внешних данных, с целью обусловить разрыв отношений заводил малоприятные для них разговоры. Он говорил им примерно следующее: “Представь, тебе муж верит, а ты со мной ищешь место, где бы...” Такой реплики обычно бывало достаточно, чтобы женщина на него обиделась. Затем, как правило, следовало расторжение отношений. Однажды, чтобы оборвать встречи с одной женщиной, не пришел к ней на свидание. Спустя некоторое время случай свел его с ней. Они ехали в одном автобусе. Женщина не обращала на него внимания. После того как она вышла из автобуса, пациент догнал ее и они разговорились. Когда женщина простила ему обиду и напряженность прошла, он, вновь провоцируя ссору, заявил ей следующее: “Когда ты вышла из автобуса, то отвернулась от меня и даже не поздоровалась, а сейчас идешь и смеешься. А могла бы не смеяться, а идти себе дальше, как шла”.

В ряде наблюдений 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. (включение механизма психологической защиты). В этих наблюдениях снижение эмоционального напряжения достигалось за счет различных вариантов обесценивания женщины. Приведем пример весьма неординарного проявления такого обесценивания.

Больной В., 64 года, холост. Диагноз: смешанное расстройство личности (мозаичная психопатия) с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи на фоне хронического простатита, гипозрекция симптом. Так как указанный синдром

существует у пациента длительно, с течением времени у него возникло навязчивое представление, которое выражается в следующем. Когда он видит интересных женщин, то всякий раз представляет, как они пользуются туалетной бумагой после акта дефекации, что вызывает у него отвращение. Однако раньше этот мужчина неоднократно вступал с женщинами в ректальные контакты, которые вызывали у него сильное возбуждение и доставляли большое наслаждение.

Несомненно, что в данном случае навязчивость является результатом работы механизма психологической защиты, который препятствует росту эмоционального напряжения, блокируя возможность развития отношений с женщинами на самых ранних этапах.

Нередко больные с сексуальными дисфункциями избегают не только контакта с женщинами на различных уровнях взаимодействия (сексуальном, эротическом, платоническом), но и разговоров на сексуальные темы, так как упоминание о сильных мужчинах и о мужчинах со слабой потенцией оказывает на них психотравмирующее воздействие. Это иногда обуславливает избегание компаний, где могут возникнуть такие разговоры, и отказ от приглашения к себе гостей. В некоторых случаях в связи с указанным обстоятельством тема секса становится запретной в разговорах между супругами, а также сексуальными партнерами, официально не оформившими своих взаимоотношений.

Иногда механизм избегания психотравмирующего влияния ситуаций, связанных с переживаниями сексуальной недостаточности, проявляется в склонности к перемене места жительства с целью исключить встречи с женщинами, с которыми больные ранее находились в интимных отношениях.

Подчас тревожное опасение сексуальной неудачи определяет значительное отдаление сроков вступления в брак. Иногда мужчины так и

не решаются жениться. В ряде случаев могут наблюдаться даже курьезы, когда истинных оснований для названного опасения нет, а его происхождение всецело определяется неправильной информированностью пациентов.

2. Направленный на сохранение прежнего супружеского статуса:

1) *Компенсаторный вариант* поведения обусловлен желанием компенсировать свой сексуальный дефект, положительно проявляя себя в других сферах, и таким образом добиться одобрения со стороны жены или сексуальной партнерши. Нередко больные становятся более внимательным по отношению к супруге. Они стараются больше помогать ей в домашней работе, становятся более покладистыми. В некоторых случаях пациенты стремятся дополнительными заработками или усилившимся вниманием и заботой о детях или внуках угодить жене. Приведем пример сложных изменений поведения, обусловленных половым расстройством, когда, наряду с изменениями поведения в семейном кругу с целью его компенсации, у обследуемого также развились вторичные по отношению к данным компенсаторным изменениям нарушения.

Больной К., 37 лет, женат. Свои сексуальные изъяны пытается компенсировать: все покупает для дома, готовит пищу, убирает в квартире (раньше занимался этим, но в гораздо меньшей степени). Стараясь угодить жене, уделяет большое внимание ее внучке от первого брака, хотя совершенно “не терпит” детей. Также отмечает, что на него крайне отрицательно действует запах кала, как внучки жены, так и других детей.

Таким образом, помимо компенсаторной активации поведения, связанного с домашним хозяйством, мы констатируем вынужденное внимание пациента к внучке супруги, а также последствие усиления этого внимания, проявляющееся неприятными обонятельными феноменами.

Кроме того, в приведенном клиническом наблюдении можно проследить проявление генерализации, выражающейся непереносимостью запаха детского кала вообще.

2) *Манипулятивный вариант.* В некоторых случаях пациенты надеются улучшить отношение к себе жены меньшим пребыванием в кругу семьи, что, по их мнению, может заставить ее скучать по ним.

3. Направленный на создание образа мужчины с высокой сексуальной потенцией. Иногда эмоциональное напряжение, обусловленное существованием тревожного опасения сексуальной неудачи, снижается за счет чисто символического удовлетворения сексуальных притязаний. Так, некоторые из пациентов в кругу друзей и знакомых создавали образ высокопотентного мужчины, пользующегося успехом у женщин, рассказывая о своих сексуальных победах и описывая свои мужские достоинства. Такой стиль поведения, по нашим наблюдениям, особенно свойствен мужчинам с истероидными чертами характера.

Больной Я., 23 года, холост. Диагноз: невращения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по истероидному типу на фоне хронического простатита; симптомы гипозрекции и ускоренного семяизвержения (ЕАР). Пользуется уважением и завистью у своих товарищей, которые считают, что он встречался со многими женщинами. Его авторитет поддерживается большим количеством знакомств с представительницами противоположного пола, с которыми он на самом деле половых связей не имеет, о чем его товарищи не знают. Помимо этого, он так увлеченно рассказывает им о своих сексуальных возможностях и победах, что часто даже сам во время своего повествования начинает верить в описываемые им события. В действительности

же находится в интимных отношениях лишь с одной женщиной (глубокий петтинг).

4. Сублимация и феноменологически близкие ей поведенческие изменения. Сублимация – зрелый механизм психологической защиты [53], посредством которого инстинктивные энергии разряжаются в неинстинктивные формы поведения [49]. Это процесс, которым S. Freud объясняет порожденные силой сексуального влечения формы человеческой деятельности, не имеющие прямой связи с сексуальностью [44]. Сублимация приводит к превращению энергии сексуальных влечений в энергию, используемую для достижения социально приемлемых несексуальных целей. В своей книге “Введение в психоанализ” S. Freud [36, с.12] отмечает, “... что сексуальные влечения участвуют в создании высших культурных, художественных и социальных ценностей человеческого духа, и их вклад нельзя недооценивать”. Он утверждает, что сублимация сексуальных инстинктов послужила главным толчком для великих достижений в западной науке и что она является особенно заметной чертой эволюции культуры. По его мнению (J. Cohen, 1969), благодаря ей одной стал возможен необычный подъем в науке, искусстве и идеологии, которые играют очень важную роль в нашей цивилизованной жизни [по 39].

Интерес представляет мнение S. Freud [35], 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.

В рассматриваемом контексте целесообразно привести высказывания S. Freud [35] об исходах психоаналитической работы. Приводя характеристику каждого из трех названных им исходов, он, в частности, отмечает, что второй из них обусловлен приобретенной в результате терапии возможностью к сублимации, которая блокировалась рано возникшим вытеснением, а третий определяется признанием права известной части вытесненных эротических стремлений на прямое удовлетворение, так как полное игнорирование “животного” начала в человеке лишает его возможности счастливого существования и противоречит целям нашей культуры.

В этой же связи интерес представляет публикация, посвященная обсуждению взаимосвязи между креативностью и психическим здоровьем [51], в которой отмечается, что S. Freud рассматривал, в частности, художественную продукцию как производную от сублимации, которую полностью счастливая личность не должна использовать. Тем не менее он полагал, что “художник допускает творческую продукцию, возникающую из подсознания” и не обнаруживает при этом, что она причиняет “психологическую боль”. Как отмечается в данной статье, такое допущение управления “Я” является характерной особенностью не невротика, а хорошо приспособляемой личности.

Посредством сублимации изменяется цель или/и объект побуждений, однако разрядка не блокируется, а происходит через искусственные пути. Изначальные побуждения исчезают в связи с тем, что их энергия отводится

в катексис заместителя. Одновременно с торможением инстинктивной цели осуществляется процесс десексуализации [30].

Считается, что в процесс сублимации вовлекаются не только сексуальные, но и агрессивные импульсы, и, поэтому, помимо понятия “десексуализация” либидо, также существует специальный термин “деагрессификация”, под которой понимают процесс, посредством которого инфантильная агрессивная энергия теряет свое примитивное агрессивное качество [44]. Дж. Фэйдимен и Р. Фрейгер [28, с.31] отразили это положение в приводимом ими определении сублимации, согласно которому “Сублимация – это процесс, посредством которого энергия, первоначально направленная на сексуальные или агрессивные цели, перенаправляется к другим целям, часто художественным, интеллектуальным или культурным”.

Сублимация включает в себя: “а) перемещение энергии с действий и объектов первичного (биологического) значения на действия и объекты меньшего инстинктивного значения; б) такое преобразование качества эмоции, сопровождающей деятельность, при которой она становится “десексуализированной” и “деагрессифицированной”; в) освобождение деятельности от диктата инстинктивного напряжения” [49, с.190].

Следует отметить, что понятие “сублимация” нельзя считать полностью разработанным, а существующие ее простые описания достаточно развернутыми. В этой связи D.M. Kaplan [41] отмечает, что сублимация всегда была неуловимой (ускользающей) идеей психоаналитической мысли, а J. Laplanche, J.- V. Pontalis [44] указывают на отсутствие определенных установленных рамок сублимационной деятельности. Последние из указанных авторов пытаются уяснить, нужно ли “... включать в нее всю совокупность мыслительной работы или лишь некоторые формы интеллектуального творчества? Следует ли считать главной чертой сублимации высокую общественную оценку связанных с нею форм деятельности в данной культуре? Включаются ли в сублимацию

формы “приспособительной” деятельности (труд, досуг и пр.)? Касаются ли изменения в динамике влечений лишь цели влечений (как долгое время считал Фрейд) или же одновременно и их объекта, как утверждается в новых лекциях по введению в психоанализ (*Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*, 1932): “Мы называем сублимацией такое изменение цели и объекта, при котором принимается во внимание социальная оценка” [44, с.511].

Вопрос об отнесении различных поведенческих проявлений к сублимации с учетом их социальной ценности звучит и в противопоставлении взглядов О. Fenichel (1945) и R. Sterba (1947) [по 30]. Так, первый из названных авторов уклоняется от признания такой точки зрения, согласно которой обусловленная сублимацией десексуализация неизбежно приводит к выбору высшего, социально приемлемого объекта, и предпочитает не затрагивать ценностный аспект определения. Вместе с тем R. Sterba, как и большинство авторов, обсуждают этот аспект.

Для объяснения происхождения сублимации, так же как и других механизмов психологической защиты, следует прибегать к использованию положений психоаналитической структурной модели человеческой психики [14]. Согласно представлениям классического психоанализа, человеческая психика состоит из трех взаимодействующих структур, оказывающих влияние на поведение человека: ид (“Оно”), эго (“Я”) и суперэго (“сверх-Я”). Деятельность “Оно” (энергетическая кладовая психики, совокупность инстинктов) осуществляется по “принципу удовольствия”, которое возникает вследствие разрядки накапливающегося напряжения. Неограниченная реализация импульсов “Оно” нередко могла бы иметь отрицательные последствия как для данного индивида, так и для общества, так как его импульсы далеко не всегда согласуются с социальным контекстом. Для того чтобы контролировать эти импульсы, существует “Я” – структура психики, в основу которой положен принцип реальности. Она соотносит деятельность “Оно” с требованиями

действительности. “Сверх-Я” состоит из “совести” и “идеального Я” и, являясь судьей и цензором его деятельности и мыслей, устанавливает границы подвижности “Я”. “Сверх-Я”, так же как “Я”, контролирует “Оно”, но совершенно по-другому. Если “Я” позволяет “Оно” удовлетворять потребности, соотносясь с действительным положением вещей, то “сверх-Я” пытается подчинить “Оно” моральным требованиям, идеалу. Происходящее в действительности и ее требования далеко не всегда удовлетворяют “сверх-Я”. Поэтому его устремления, не соотносящиеся с принципом реальности, могут быть иррациональны. Значительная часть энергии “Я” направляется на противодействие иррациональным стремлениям “Оно” и чрезмерным требованиям “сверх-Я”. Таким образом, “Я” выступает в качестве координатора потребностей “Оно”, требований “сверх-Я” и давления окружающего мира. **Когда давление сил “Оно” и “сверх-Я” на “Я” оказывается угрожающе сильным (А. Freud, 1936), включаются механизмы психологической защиты [по 40]. Это происходит тогда, когда отсутствует возможность удовлетворения инстинктов в соответствии с требованиями общества и “сверх-Я”. Сублимация же, как известно, является одним из защитных механизмов.**

В качестве образцов поведения, которые являются следствием сублимации, называют следующие. Так, отмечается, что художник и керамист могут использовать сублимированное желание растереть экскременты, фотограф – вуайеризм, танцоры и актеры – эксгибиционизм, политическая активность – сублимированную агрессию, а здоровая дружба между взрослыми людьми частично поддерживаться сублимированными гомосексуальными и кровосмесительными импульсами [53]. L.A. Hjelle , D.J. Ziegler [39, с.132] отмечают, что “... если со временем мастурбация вызывает у юноши все большую и большую тревогу, он может сублимировать свои импульсы в социально одобряемую деятельность – такую, как футбол, хоккей и другие виды спорта. Сходным образом

женщина с сильными неосознаваемыми садистическими наклонностями может стать хирургом или первоклассной романисткой. В этих видах деятельности она может демонстрировать свое превосходство над другими, но таким способом, который будет давать общественно полезный результат”.

Известно неоднозначное отношение к сублимации. Так, S. Freud (1953) относил ее к нормальным защитным механизмам, ведущим к формированию зрелой структуры психического аппарата, а A. Freud (1936) – к патологическим [по 40].

По мнению F.J. Bruno [31], личность, которая неспособна адекватно сублимировать импульсы, исходящие из “Оно”, имеет проблемы с психическим здоровьем и конфронтрована с родителями, сексуальными партнерами, друзьями и законом. Автор полагает, что одним из путей оценки расстройств личности (психопатий) и особенно антисоциального типа является оценка их как неудач сублимации.

R. Sterba (1947) считает, что прегенитальные тенденции детей и генитальные устремления у подростков и юношей сублимируются гораздо легче, чем генитальные тенденции у взрослых, которые становятся ригидными в отношении цели и могут сублимировать только в незначительной степени. O. Fenichel (1945) даже, более того, полагает, что существование сублимации генитальной сексуальности у взрослых маловероятно, так как генитальность обеспечивает достижение полной разрядки в оргазме [по 30]. **В связи с последним указанием, однако, возникает вопрос о возможной судьбе энергий “генитальной сексуальности” в тех случаях, когда ее реализация будет заблокирована полностью или частично.**

Наши специальные исследования, результаты которых впервые были опубликованы в материалах региональной (Харьков, 1990 [5]) и республиканской (Киев, 1990 [6]) конференций и доложены на них, показали, что при затруднениях сексуальной реализации, обусловленных

сексуальными дисфункциями, у больных, наряду с другими изменениями поведения, могут развиваться те, которые обусловлены сублимацией. Перед представлением примеров, подтверждающих такую возможность, хотелось бы высказать свой взгляд на критерии причисления тех или иных трансформаций поведения при указанных выше затруднениях к сублимационным. Следует отметить, что отвечать на возникающие в этом контексте вопросы прямо скажем нелегко. По нашему мнению, нельзя игнорировать оценку этих изменений с позиций их общественной значимости. При рассмотрении трансформаций поведения с этой точки зрения некоторые из них могут быть расценены просто как образцы перераспределения энергии, а другие – как собственно сублимация. Вместе с тем совершенно очевидно, что отнесение чего-либо к более высокому чем то, с чем сравнивают, следует рассматривать в историческом, культурологическом, мотивационном и ситуационном контексте, а также с ориентацией на принадлежность индивида к той или иной социальной группе. Помимо этого, необходимо знать, какая группа является для него референтной. Поэтому определение жестких рамок сублимации представляет собой непростую задачу.

Как отмечалось нами ранее, при изучении поведения больных с различными сексуальными расстройствами мы выявили у них неоднозначные изменения поведения. Эти изменения были различной степени сложности и осознанности. Очень часто их причина вообще не осознавалась. Приведем здесь лишь те из них, которые могут быть отнесены к сублимации и феноменологически близким к ней регистрам, где речь шла о поведенческой активации, которая могла бы быть положительно оценена с общественных позиций. Данные изменения были обусловлены затруднениями в сексуальной реализации.

Так, нами у больных с сексуальными расстройствами нередко выявлялась гипертрофия прежних увлечений или возникновение новых. Например, один из пациентов, который вообще отказался от попыток

сближения, хотя и продолжал встречаться со своей партнершей, стал уделять рыбалке гораздо больше времени, чем раньше. Другой очень увлекся магнитофонными записями, купил аппаратуру и превратился в нужного человека, к которому приходили друзья и знакомые послушать музыку или переписать интересующие их концерты.

Помимо этого, у больных с сексуальными дисфункциями подчас отмечалась интенсификация учебы и общественной деятельности, “уход” в работу. Один из наших пациентов, который и раньше считался неплохим работником (выше среднего), но особенно не выделялся, после развития у него вследствие неудавшейся попытки страха сексуальной неудачи настолько улучшил свои производственные показатели, что был награжден “Золотой медалью ВДНХ” и орденом Трудовой Славы. Другой же стал лучше трудиться, а также контролировать работу членов своей бригады (является бригадиром), а, кроме того, устроился по совместительству плотником, хотя материальное вознаграждение незначительно. Более того, он также взвалил на свои плечи ответственную общественную нагрузку: выполняет функции председателя товарищеского суда. Один, обследованный нами студент третьего курса института, после возникновения у него сексуальных проблем больше времени стал уделять учебе, что повысило его успеваемость.

Под нашим наблюдением также находился больной, который после развития у него полового расстройства стал усиленно заниматься воспитанием детей (несмотря на то, что развелся с женой и ушел жить к родителям). Старался уделять им много времени: часто приходил за ними в школу, забирал на выходные дни домой, водил на различные развлекательные мероприятия (в цирк, тир, на спортивные соревнования, на прогулки в лес). Помимо этого, после развития сексуальных нарушений стал браться за любую дополнительную (помимо основной) работу и до изнеможения трудился с утра до позднего вечера. Поэтому время оставалось только на ночной сон.

У ряда больных с сексуальными дисфункциями также отмечалось усиление культурных и научных интересов. Так, у одного нашего пациента после возникновения полового расстройства 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, регулярно читать журналы “Проблемы мира и социализма”, “Америка”, газету “За рубежом”. Большое внимание стал уделять повышению профессиональной квалификации: регулярно читает американский журнал “В мире науки”, выходящий на русском языке, в котором публикуются статьи по электронике (по специальности он инженер-электронщик). Другой, обследованный нами больной, отметил, что после возникновения у него сексуального расстройства и связанных с ним затруднений в сексуальной реализации, вплоть до полного отсутствия сексуальных контактов, он начал усиленно читать историческую литературу (о Сталине, Петре I, Робеспьере, Древнем Риме, Англии, Испании, Франции). Раньше тоже интересовался исторической литературой, но в гораздо меньшей степени.

Активация поведения, которая могла бы получить положительную общественную оценку, в ряде случаев обуславливалась желанием больных избавиться от мыслей о сексуальной несостоятельности, которые часто беспокоили их в течение всего дня. С этой целью они применяли различные способы отвлечения внимания. Так, один из наших пациентов с неврозом ожидания неудачи 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. Другой больной, у которого было

диагностировано ананкастное расстройство личности (психастения) с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, на работе волей-неволей отвлекался от мыслей о половом расстройстве. В домашней же обстановке это само собой не получалось. Поэтому, чтобы отвлечься, пациент старался занять себя каким-нибудь делом (ремонт по дому; помощью жене, работающей в школе учительницей, в подготовке стенгазеты).

Некоторые пациенты, чтобы отвлечься от указанных мыслей, начинают заниматься различными физическими упражнениями. Так, один из наших больных, находясь в домашней обстановке, отжимался от пола и выполнял другие упражнения, а также имитировал приемы каратэ, доводя себя до утомления. В таком состоянии, как утверждает пациент, мысли о сексуальной несостоятельности его меньше беспокоят.

Таким образом, проведенные нами исследования выявили, что у больных с сексуальными расстройствами могут развиваться изменения поведения, которые следует относить к сублимации и феноменологически близким к ней поведенческим трансформациям. Эти исследования, в частности, свидетельствуют о неправомерности имеющего место традиционного одностороннего подхода, согласно которому сексуальные расстройства могут вести только к ухудшению производственных показателей и уменьшению творческого потенциала. Нами показано, что нередко можно встретиться с диаметрально иными результатами.

5. Направленный на устранение полового расстройства. Среди обследованных пациентов нами также отмечались изменения поведения, которые были обусловлены стремлением больных избавиться от сексуального расстройства. С этой целью они, 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, восточными видами единоборств и т. п. Некоторые

пациенты начинают изучать книги, посвященные самоусовершенствованию, фитотерапии, сексологии и т. п. Один из наших больных даже пытался освоить фундаментальное руководство для врачей по сексопатологии. Другой пациент, у которого был диагностирован невроз ожидания неудачи, приобрел аппарат для электропунктуры и, изучив несколько биологически активных точек, стал, не имея специальной подготовки, сам себя лечить.

В одном нашем наблюдении мужчина, у которого в организации полового расстройства (помимо невроза ожидания неудачи) принимал участие хронический простатит, знал, что в его случае длительные перерывы между половыми актами оказывают патогенное воздействие на сексуальную сферу. Поэтому с целью сексуальной активизации супруги он начал подчеркнуто следить за своей одеждой и часто уходить из дому, чтобы возбудить ее ревность. Этот пациент также “откровенно” поговорил с тещей, которой заявил, что если так будет продолжаться и дальше, то ему придется разойтись с ее дочерью. На самом же деле, ни о каком разводе он и не помышлял. Предпринятые меры действительно привели на некоторое время к учащению половых контактов.

Иногда с целью избавления от полового расстройства больные даже меняют место жительства, что обуславливается поиском того населенного пункта, в котором можно получить квалифицированную сексологическую помощь.

6. Астенический. В ряде случаев в связи с сексуальным расстройством мужчины озлобляются, становятся гневливыми, подчас теряют контроль над собой, что проявляется по отношению к жене и другим людям. Иногда можно констатировать сосуществование озлобленности и угодливости по отношению к супруге. Если в одних случаях больной раздражителен в основном в семье, то в других, напротив, на работе, так как старается щадить близких ему людей. Нередко пациенты специально стремятся избегать ситуаций, которые могут вызвать у них разрядку.

В ряде наблюдений отмечалось, что ухудшившееся отношение к жене (партнерше) переносится на всех представителей женского пола и псевдообосновывается, так как пациенты не догадываются об его истинных истоках. Они начинают воспринимать женщин как вульгарных, грязных, ждущих от мужчин только удовлетворения своих сексуальных потребностей.

В одном наблюдении пациент после возникновения у него сексуального расстройства старался лучше относиться к своей жене. Тем не менее других женщин стал воспринимать негативно. Спустя некоторое время у него появилась выраженная брезгливость, проявляющаяся в том, что запахи, исходящие от женщин (кроме его супруги), сильно раздражают ("... не могу, меня всего выворачивает..."). Это связывает с тем, что женщина унизила свое достоинство, огрубела ("женщины курят, говорят в присутствии мужчин всякие пошлости и даже матерятся").

7. Субдепрессивный-депрессивный. В ряде случаев пациенты становились пассивными, малоинициативными, безразличными, воспринимали все происходящее в тусклых, серых тонах, теряли интерес к противоположному полу, учебе и профессиональной деятельности. Прежние увлечения становились им безразличны, пропадали интерес к жизни. Вместе с тем в этих случаях (в отличие от других, которые тоже имели место) речь не шла о клинически выраженной депрессии. Так, например, у одного нашего пациента после появления сексуальных дисфункций пропал интерес к самому любимому для него занятию – охоте, а также к рыбалке. Если прежде относился к пчеловодству с любовью (и отец и дед этим увлекались), то теперь занимается им без всякого интереса. Раньше в выходные дни не мог и часа находиться дома, а сейчас никуда не тянет. Может полдня просидеть у телевизора ("наступила полная апатия").

Не так редко у пациентов появляются нестойкие суицидальные мысли, что коррелирует с депрессивными проявлениями. Вместе с тем об их реализации мы узнавали исключительно редко. При этом в силу

нестойкости суицидальных тенденций и их небольшой выраженности больные не доводили их до логического завершения и быстро от них отказывались. Так, обследованному нами пациенту, у которого была диагностирована неврастения с астено-депрессивными проявлениями и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, одно время часто приходили в голову мысли покончить жизнь самоубийством, так как он считал себя сексуально немощным. Один раз он выехал на мотоцикле (хотел разбиться), выпив перед этим для храбрости 200 г самогона. Решил, что если будет ехать встречный транспорт, то врежется в него. Проехал 5 км от соседнего села к селу, где он жил, но никто навстречу так и не ехал. Больше таких попыток не предпринимал. Совершенно понятно, что если бы решение покончить с собой было у него устойчивым, то он предпринял бы не одну суицидальную попытку. С другой стороны, желая осуществить свое решение, он мог бы поискать более оживленный участок дороги (например, в городе). Несомненно, при настойчивом желании оборвать свою жизнь, можно было бы найти большое количество способов сделать это, не проводя столь специфического обусловливания.

В одном случае, когда речь шла о смешанном расстройстве личности (мозаичной психопатии), где был представлен истероидный радикал и наблюдался синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, пациент после неудавшейся попытки совершить половой акт с женщиной сделал надрезы на своих запястьях и написал кровью на дверях комнаты общежития другой женщины, что любит ее и постучал в ее дверь. Знал, что она дома и откроет ему (демонстративный суицид). С этой женщиной половых актов не совершал (платонический и эротический уровни взаимодействия) и она не могла объяснить его поступка.

Более завуалированные суицидальные тенденции могли проявляться в формировании специфических фатальных установок. Так, например, один из наших больных, когда ему было особенно тяжело, что было связано с переживанием по поводу его полового расстройства, принял решение

пойти добровольцем в действующую армию в Афганистан ("Если суждено, то убьют, а если нет – останусь жив").

8. Распространение страха неудачи на ситуации, не связанные с интимной близостью. Иногда у обследованных больных отмечалось распространение тревоги, связанной с интимной близостью, на ситуации, которые не имеют к ней никакого отношения. Так, один из наших пациентов с диагнозом невроз ожидания неудачи отметил, что учащенное сердцебиение и потеря способности логически мыслить в последнее время возникают у него не только в интимной обстановке, но и при выступлении перед коллективом или перед предстоящим важным разговором. Другой пациент, у которого было диагностировано половое расстройство, обусловленное гиперстенической формой неврастения (в развитии которой существенную роль сыграло сексуальное расстройство) с синдромом тревожного ожидания неудачи и хроническим простатитом, жаловался на то, что помимо тревожного опасения сексуальной неудачи, всякий раз, когда он находится в спортивном зале на тренировке, у него при рукопожатии появляется страх, что соперник сильнее его, хотя в подавляющем большинстве случаев это не так. Это его "парализует" и он проигрывает схватку в начальном периоде.

9. Утрата инициативы в установлении отношений с женщинами, специфические ограничения при выборе партнерши. Иногда у больных с тревожным опасением неудачи при интимных контактах, обусловленным половым расстройством, изменялся подход к выбору сексуального партнера. Нередко женщины сами выбирали их. Подчас пациенты не отвергали инициативу даже тех женщин, которые им не особенно нравились или вообще были безразличны, и устанавливали с ними довольно устойчивые связи. Это вполне объяснимо, так как в данных случаях ответственность за качество интимной близости снижалась и мужчины не чувствовали во время ее проведения столь выраженной эмоциональной напряженности, что улучшало ее качество или

даже, более того, делало эту близость возможной. Пациенты в этих случаях не боялись расстаться с партнершей, если не устроят ее в сексуальном отношении, так как не дорожили такой связью. Подчас речь шла о контакте с женщинами, которые не только внешне не импонировали больным, но и значительно уступали им в умственном развитии. Боязнь опозориться при попытке вступить в интимную связь с другими, нравящимися больному женщинами, оказывала стабилизирующее воздействие на существующие взаимоотношения, которые поддерживались в основном по инициативе партнерши.

Осуществляя подбор женщин, пациенты боялись вступить в интимную связь с теми, которые, по их мнению, обладали большими сексуальными потребностями и, соответственно, могли предъявить высокие или даже обычные для здорового в половом отношении человека требования. Поэтому они очень внимательно относились к высказываниям предполагаемых партнерш, касающихся сексуального опыта последних, и к их поведению. Например, один, обследованный нами, больной в том случае, если какая-нибудь женщина рассказывала ему о “мужчине-импотенте”, который с ней ничего не мог сделать, сразу прекращал с ней встречаться, так как прогнозировал ее отношение к его “падению”.

10. Трансформации поведения, обусловленные динамическими характерологическими сдвигами. У части наблюдавшихся нами больных также появлялись отсутствовавшие до развития сексуального расстройства повышенная мнительность и впечатлительность, замкнутость, скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые нивелировались в случае ликвидации копулятивных нарушений. Эти динамические характерологические сдвиги модифицировали их поведение. Нами также было зафиксировано изменение отношения к другим людям в положительную сторону, которое возникло после развития сексуального расстройства. Так, один из наших пациентов с неврозом ожидания неудачи стал лучше относиться к ним. Если раньше он

делил их только на хороших и плохих, то теперь в каждом плохом человеке находит что-то хорошее. К людям, страдающим от чего-либо, стал сердечнее и участливее.

Следует отметить, что очень часто описанные нами выше типы трансформаций поведения существовали не изолированно, а в различных сочетаниях. Поэтому можно утверждать, что каждый из них может выполнять функцию радикала в сложной поведенческой констелляции. Например, депрессивный радикал очень часто наблюдался в сочетании с астеническим. Так, один из ранее упоминавшихся нами при описании субдепрессивного-депрессивного типа поведения больной со времени развития сексуального расстройства также стал раздражительным и вспыльчивым, что проявлялось как в домашней обстановке, так и на работе.

Нередко потеря интереса к жизни (субдепрессия), обусловленная сексуальным расстройством, может сочетаться с поведенческой активацией. Так, один из обследованных нами пациентов стал больше времени проводить на работе, задерживаясь после окончания смены, что улучшило его производственные показатели. Соответственно повысился заработок и был отмечен поощрениями. Активнее занялся рыбалкой. Вместе с тем стал более пассивным и безразличным.

Нередко можно обнаружить неоднозначные изменения поведения, которые претерпевают значительную динамику в зависимости от ситуации и состояния больного.

Больной П., 25 лет, холост. Два года назад после одной из неудавшихся попыток обнаружил в двери квартиры, где жила его знакомая, записку, в которой сообщалось, что больше ему приходить сюда не следует, так как ей нужен настоящий мужчина. До сих пор на свои неудачи реагировал спокойно, но после этого его настроение резко снизилось и развился синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. С трудом заставлял себя ходить на

работу, а после ее окончания 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 хотя специальность водителя-испытателя ему очень нравилась, однако подал заявление об уходе. Но так как с кадрами на производстве было напряженная ситуация, его уговорили остаться. Рассказывая об этом, больной вспоминал, что после окончания смены с завистью и горечью наблюдал, как ребят встречают их девушки. В характеризуемый период стал усерднее работать, всецело отдаваясь своим производственным обязанностям. Старался под любым предлогом подольше задержаться на работе. По собственной инициативе часто оставался на ночные смены. Записался в библиотеку, стал читать запоем (раньше читал крайне редко). За месяц прочитал 6-8 книг. В течение 1-2 мес после прочтения упомянутой записки сторонился людей, старался с ними поменьше контактировать. Затем, наоборот, после рабочей смены начал пристраиваться к компаниям юношей, злоупотребляющих алкоголем. Если раньше употреблял алкогольные напитки только по воскресеньям и в праздничные дни в небольших дозах, то теперь почти ежедневно выпивал значительное количество алкоголя. Один раз, напившись, даже валялся на улице и попал в вытрезвитель.

Из приведенного фрагмента истории болезни видно, что в результате негативной оценки партнершей сексуальных качеств молодого человека у него на невротическом депрессивном фоне развились различные изменения поведения (уход в работу, алкоголизация, внезапное увлечение художественной литературой), которые следует трактовать как проявление

механизма психологической защиты по типу смещения. Помимо этого, у пациента появилась патологическая мотивация к миграции.

На основании результатов проведенных нами исследований был сделан вывод о том, что зона нарушений у больных с сексуальными расстройствами может далеко выходить за рамки копулятивных “сбоев” и изменений поведения, сопряженных с интимной близостью, и иметь не только личные, но и выраженные социальные последствия.

Возможность возникновения изменений поведения (обусловленных половыми расстройствами) вне интимной близости необходимо учитывать при составлении программы адекватной психотерапевтической коррекции больных сексологического профиля.

Следует отметить, что поведенческие реакции на сексуальные дисфункции могут определяться культуральными факторами. Это обусловлено тем, что формирование сексуальных установок человека, его отношений к половой жизни и поведения связано с процессом социализации – усвоением системы знаний, социальных, морально-этических норм поведения и ценностей (В.В. Кришталь, С.Р. Григорян [24]). W.H. Masters, V.E. Johnson, R.C. Kolodny [46] отмечают, что этнологи стремятся идентифицировать социальные факторы, детерминирующие специфическую для каждого общества модель сексуальной организации человека. Некоторые же этнологи концентрируют свое внимание на смысле различных форм сексуального поведения и установок по отношению к ним в каждом обществе, а не просто сравнивают модели, присущие различным культурам. Только ответив на вопрос, почему именно так ведут себя в сексуальном плане представители того или иного сообщества, мы сможем понять, как социальные и культурные факторы организуют сексуальные отношения людей. Согласно мнению таких этнологов, секс всегда имеет глубокий смысл, так как в любом обществе сексуальность, кроме биологической, репродуктивной роли, имеет социальное и культурное значение.

Процесс социализации осуществляется в конкретном обществе, которому присущи определенные культурные нормы. Г.С. Васильченко [2, с.197], характеризуя влияние нашей культуры на отношение мужчин к своим сексуальным функциям, отмечает, что “соскальзывание мужчины в губительную для половой сферы психологическую установку исполнителя, озабоченного своими сексуальными возможностями и тем, какое они произведут впечатление на женщину”, отмечает, что “чем больше мужчина “силится”, тем хуже неподвластные произвольным командам сексуальные проявления, по сути автономные, возникающие только в естественном контексте взаимной полной бескорыстной самоотдачи без расчета на чемпионские медали. Рассматриваемый феномен представляет функциональную блокировку произвольных механизмов вегетативной иннервации, спровоцированную вмешательством стереотипов европейской цивилизации, культивирующих идеал мужчины, способного в любое время и в любых условиях овладеть любой женщиной. ... Убеждение, что каждый мужчина в сексуальном плане обязан быть цирковым артистом, ожидающим аплодисментов, всегда повергало в недоумение даже самых искушенных наблюдателей нравов и обычаев других цивилизаций, когда они сталкивались с натуральной, неподвзвзойтой и неискаженной психологической установкой мужчины в сохраненном этими цивилизациями первоначально естественном контексте сексуальной близости.” В подтверждение своих слов автор приводит [2, с.197-198] отрывок из антропологического отчета R. Levy (1973), который был потрясен тем, что для жителя Таити отсутствие эрекции при интимных ласках ни в коей мере не означает какой бы то ни было неудачи.

“Мужчины отрицают возможность импотенции кроме как при тяжелых заболеваниях или, что случается чаще - в результате сильного ознобления после ныряния за рыбой. Это отсутствие жалоб на импотенцию отчасти определяется представлением о связях между собственной личностью и половым актом. При случайной близости, если, начав ласкать женщину, мужчина обнаруживает, что эрекция не наступает, он решает, что эта женщина в данный момент его не возбуждает, и отказывается от

совокупления. Это не расценивается как фиаско и не служит основанием для вывода, что он неспособен к половой жизни, хотя его намерение провести половой акт и не осуществилось. Он просто делает вывод, что ему не хочется иметь сношение”.

Поведение пациентов при тех или иных заболеваниях в значительной мере определяется тем, что они думают о нем и его последствиях, а также тем, как они воспринимают себя в этой новой роли больного человека. Согласно феноменологической теории личности Роджерса [39, с. 537-538] реальным для индивида (его мыслей, понятий, чувств) является то, что “существует в пределах внутренней системы координат человека или субъективного мира, включающего все, осознаваемое в любой данный момент времени. Из этого следует, что субъективное восприятие и переживания не только представляют собой личную реальность человека, но также образуют основу для его действий. Говоря феноменологически, каждый из нас реагирует на события в соответствии с тем, как мы субъективно воспринимаем их. Например, человек, изнывающий от жажды в пустыне, бросится к луже воды, являющейся миражом, так, как если бы это была настоящая вода. ... Феноменологическая психология отстаивает в качестве своей основной доктрины положение, что психологическая реальность феноменов является исключительно функцией того, как они воспринимаются людьми. Чувства человека не есть прямое отражение мира реальности; действительная реальность – это реальность, которую наблюдает и интерпретирует реагирующий организм. Следовательно, по Роджерсу, каждый человек интерпретирует реальность в соответствии со своим субъективным восприятием, и его внутренний мир в полной степени доступен только ему самому (К. Rogers, 1959). ... Большое значение для феноменологического направления теории личности имеет то, что понимание поведения человека зависит от изучения его субъективного восприятия реальности. Если мы хотим объяснить, почему человек думает, чувствует и ведет себя данным образом, нам необходимо постичь его внутренний мир. Только субъективный опыт является ключом к

пониманию поведения. Поэтому наиболее важным аспектом психологического исследования является изучение субъективных переживаний человека – ведь в конечном счете только эти переживания ответственны за поведение. Это и есть феноменологическая реальность, которую персонолог, по Роджерсу, должен попытаться проанализировать и понять”.

В связи с этим необходимо отметить, что Р.А. Лурия [27] считал, что следует выделять *внешнюю* и *внутреннюю картину болезни*. Под **внешней картиной болезни** он понимал [27, с.37] внешний вид больного со всеми многочисленными деталями, а также все то, что “ врачу удастся получить всеми доступными для него методами исследования, включая сюда и тончайшие методы биохимического и инструментального анализа в самом широком смысле этого слова, все то, что можно описать и так или иначе зафиксировать графически, числами, кривыми, рентгенограммами и т. д.” **Внутренней же картиной болезни** автор называл [27, с.38] “все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом его к врачу, – весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм”.

Одним из инструментов, позволяющим диагностировать внутреннюю картину болезни является личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Он позволяет диагностировать (А. Е. Личко, 1983) сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Опросник дает возможность выявлять 13 типов отношений (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, 1980).

Целесообразность использования этого опросника обусловлена тем, что реакция личности на заболевание представляет собой действенный фактор, влияющий на исходное состояние больного, определяет его поведение, которое может способствовать или, напротив, препятствовать лечению, что диктует определенную психотерапевтическую тактику.

ЛОБИ был применен нами [9, 16] среди 57 больных с различными сексуальными дисфункциями и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) невротического генеза. В порядке уменьшения частоты обнаружения все диагностированные типы отношений распределились следующим образом. В 19 набл. (33%) был выявлен эгоцентрический тип, в 16 набл. (28%) – тревожный, в 12 набл. (21%) – сенситивный, в 12 набл. (21%) – обсессивно-фобический, в 11 набл. (19%) – неврастенический, в 6 набл. (11%) – эйфорический, в 6 набл. (11%) – эргопатический, в 6 набл. (11%) – паранойяльный, в 5 набл. (9%) – анозогнозический, в 4 набл. (7%) – апатический, в 4 набл. (7%) – ипохондрический, в 1 набл. (2%) – гармоничный. Меланхолический тип отношений не был выявлен ни у одного пациента. У 11 больных (19%) какой-либо определенный тип отношений выявить не удалось, так как система отношений не сложилась у них в единый паттерн. Данные о частоте различных типов отношений у больных со СТОСН невротического генеза приведены в табл.

Таблица

Частота различных типов отношений у 57 больных со СТОСН невротического генеза

Тип отношений	Я	Т	С	О	Н	Ф	Р	П	З	А	И	Г	М	Не диагностирован
Частота	33	28	21	21	19	11	11	11	9	7	7	2	0	19

Примечание: Я – эгоцентрический тип,
Т – тревожный тип,
С – сенситивный тип,
О – обсессивно-фобический тип,
Н – неврастенический тип,
Ф – эйфорический тип,
Р – эргопатический тип,
П – паранойяльный тип,
З – анозогнозический тип,
А – апатический тип,
И – ипохондрический тип,
Г – гармоничный тип,
М – меланхолический тип.

Таким образом, статистические данные свидетельствуют о том, что у больных со СТОСН невротического генеза наиболее часто наблюдался эгоцентрический тип, для которого характерен "уход в болезнь", демонстрация близким и родным своих страданий с целью завладеть их вниманием. Эти пациенты испытывают постоянную потребность в признании исключительности своего страдания. Для тревожного типа отношений, который диагностировался несколько реже, свойственно непрерывное беспокойство больных в отношении течения болезни и ее исхода, возможной неэффективности лечения, поиск его новых способов, жажда дополнительной информации о болезни, методах ее лечения, непрерывный поиск авторитетов. Пациентов больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому они больше предпочитают слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, наблюдается угнетенность вследствие этой тревоги. Сенситивный тип отношений, который был следующим по частоте после тревожного, характеризуется чрезмерной озабоченностью больных о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. Свойственны опасения, что окружающие станут их избегать,

считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской к ним относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни, боязнь стать обузой для близких из-за нее и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим. Для обсессивно-фобического типа отношений, который отмечался у обследованных нами пациентов также часто, как и сенситивный, характерна тревожная мнительность, которая прежде всего касается не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасения волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. Для неврастенического типа отношений, который наблюдался несколько реже, чем два предыдущих, свойственно поведение больных по типу "раздражительной слабости". Остальные диагностированные нами типы отношений наблюдались не более, чем у 11 % обследованных.

Анализ показал, что среди типов реагирования на заболевание значительно преобладают защитные стратегии приковывания (Я, Т, С, О), а также механизм разрядки (Н). Вместе с тем типы отношений, являющиеся реализацией защитных стратегий уклонения (Р, А) и отрицания (Ф, З), встречаются реже. Они противостоят защитным стратегиям приковывания.

Изменения поведения как реакции на половое расстройство, его лечение и позитивные терапевтические результаты

Партнерши больных с сексуальными расстройствами по-разному реагируют на их сексуальные дисфункции. Континуум этих реакций простирается от моральной поддержки и успокоения до “немого”, определяемого только по невербальным реакциям, недовольства и упреков, которые подчас достигают выраженной психотравмирующей силы и приобретают вульгарную и весьма нелицеприятную форму, что может отбить у мужчины желание вступать в интимные контакты с данной женщиной. Помимо досады и разочарования, а также вспышек раздражительности и гнева, в основе которых лежат психологические причины, у женщины вследствие неразрешившегося сексуального возбуждения могут возникать тяжесть в животе, головные боли, а также раздражительность и вспыльчивость, которые суммируются с реактивной астенической симптоматикой. Оценивая состояние женщин, живущих дисгармоничной сексуальной жизнью и не получающих при половых актах разрядки, нужно спрашивать о степени достигаемого ими сексуального возбуждения, а также соматическом аккомпанементе сексуальной диссатисфакции. Это необходимо для правильной диагностики, так как в ряде случаев указанного компонента просто нет вследствие того, что у женщины еще попросту не развился сексуальный компонент либидо и половой акт не приносит для нее ничего нового по сравнению с ласками и поцелуями предварительного периода. Названный факт необходимо учитывать при проведении психотерапевтических коррекционных мероприятий, так как в данном случае дискомфорт женщины после некачественного полового акта или неудавшейся попытки определяется исключительно влиянием психологических факторов.

При длительном течении заболевания у мужчины и продолжительных сроках его лечения в состоянии здоровья партнерши пациента могут

наступить существенные ухудшения. С.В. Владимиров-Клячко [3] 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. В тех же случаях, когда отсутствие оргазма у женщины встречалось часто, что определялось выраженностью и продолжительностью полового расстройства у супруга, 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. этому, как отмечает С. В. Владимиров-Клячко, 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 может быть достигнута только при целенаправленном воздействии на эрогенные зоны женщины.

В нашем клиническом архиве есть история болезни пациентки М., 36 лет. В ней речь идет о женщине, которая 9 лет прожила с мужчиной, у которого в течение всего этого времени имел место практически непреходящий гиперконтроль напряжения полового члена, который был связан с его неуверенностью в своих сексуальных возможностях. В самом начале их взаимоотношений, благодаря своему отношению и тактичному поведению, она помогла ему наладить с ней более или менее нормальные сексуальные контакты. Однако эти контакты проходили в комнате, где также спал ее маленький ребенок, который иногда пробуждался при их проведении. Помимо этого, в соседней комнате, не отделенной дверью от той, где были сексуальные партнеры, постоянно находилась тетя пациентки, которая является инвалидом. Естественно, что она неоднократно слышала происходящее при половых актах. Все это самым пагубным образом отразилось на сексуальных реакциях пациентки и привело к блокированию ее оргазма. Спустя довольно длительный период в отношении к ней мужчины наступило некоторое охлаждение. Ее реакция оказалась чрезвычайно сильной. Она даже решила в связи с этим написать книгу, к чему и приступила. В ней она весьма ярко и эмоционально отражает свои реакции на постоянную фиксацию мужчины на его половом члене, что являлось результатом существующей у него сексуальной проблематики.

“Ну вот ты и открыл титульный лист книги “Прочитанная книга”. Черт возьми, звучит неплохо, вроде как книга “Женщина французского лейтенанта”. Дорогой мой читатель, я знаю, ты не любишь, когда из моих уст звучит слово “дорогой”, но мне сейчас настолько плохо и больно, что мне плевать, как ты сейчас отнесешься к этому слову. Да, мне больно, слышишь? Я кричу тебе, мне больно, больно как никогда в жизни. Ведь я ни разу не унизила твое мужское достоинство в постели. Если была нужна моя поддержка, я старалась доставить тебе удовольствие. Теперь

я “фригидная женщина”, да как ты можешь делать такое заключение! А теперь послушай, что я скажу. Ты – эгоист. И не спорь. Один только раз ты целовал меня так, что я чувствовала, что таю у тебя в руках. Ты меня “выпивал”. О таком поцелуе я мечтаю всегда. Не знаю, может в тот момент ты представлял, что у тебя в руках другая женщина (не я), о которой ты мечтал. Поэтому ты просто случайно выразил свои чувства на мне, думая о ней. Не надо улыбаться, в этих словах ревностью и не пахнет. Мы можем вычеркнуть то время, когда моя тетя не спала и это меня очень тревожило, и когда моя маленькая дочь сопела рядом, а когда просыпалась мне приходилось играть в “лисичку”. Да, в таких условиях ни одна женщина не достигнет оргазма. Спор не уместен!!! Ты можешь сказать, как я себя вела первое время, когда ты пришел из армии? Ты был тогда просто наблюдателем и наслаждался тем, что видел как женщине от одних прикосновений и поцелуев может быть хорошо. Ты был пассивным наблюдателем. Ты видел меня, а думал о своем бриллиантовом члене. ОН был твоей женщиной тогда и сейчас. Я в твоей жизни как побочное явление. Мне все равно, куда ты изольешь свою силу: на постель, на лицо или на тело. Не думай о Нем как о последней электричке!!! Неужели в самом деле мое тело (даже со всеми своими изъянами) настолько хуже твоей безмозглой второй головы, что ты не можешь во время секса думать о нем, “пить” его, “растворяться” в нем. Ненавижу, когда ты трогаешь мой клитор! Пойми же ты, нет ГОСТа в любви и сексе. К каждой женщине нужен свой подход. Если все твои женщины “балдели” от того, что ты тер им клитор, то твоя “прочитанная книга” очень часто готова тебя просто разорвать за это. Самая чувствительная зона у женщины мне не подходит (а может ты не умеешь ею пользоваться, но мне все-таки не

нравится, когда ты его трогаешь). Мое тело – это сплошной клитор. Если убрать свои глазки и ушки от прислушивания к себе (“у меня там все в порядке?”), то можно увидеть, что у меня, оказывается, есть грудь, соски, ушки, ножки, спинка. Ушки очень любят слушать, когда им говорят ласковые слова от души, а не вешают лапшу на уши. Также они любят слушать твои стоны, а тело любит чувствовать содрогания твоего тела. А глазки любят смотреть, как ты “кончаешь”. Грудь любит, когда ее ласкают, а соски, когда их “выпивают”. Ручки обожают тебя ласкать от головы до члена (**паршивца** – это мягко сказано, который постоянно забирает у тебя все твое внимание; **ты изменяешь мне с НИМ** - иначе это не назовешь) и дальше, особенно ступни ножек. И еще мы оба забыли, что у меня есть пальчик-мизинчик, который любит, что бы его легонько грызли. Ножки мои любят тебя обнимать. Спинка любит немножко ласки и немножко садизма, а можно и “множко”. А еще мне нравится ездить верхом и когда ты мне помогаешь удержаться в седле, так как я слабая женщина. Нравится, когда ты нападаешь со спины. Мне нравится все, что я с тобой делаю. Для меня половой акт, любовь, секс (как хочешь назови) – это не только член, вставленный во влагалище. Можно даже сказать, что меня это меньше всего волнует (тебя больше – я понимаю). Но нам нужно найти компромисс, чтобы наша лодка не расклеилась, если для тебя она также важна, как и для меня. Сколько раз мне хотелось, чтобы вечером, когда мы ехали в машине, ты съехал на обочину и любил меня. Не важно как, но чтобы от души: не думая ни о ком и ни о чем. Пусть это были бы губы, руки, пальцы. Даже если бы мы заигрались и ты бы остался с мокрыми штанами и с пальцем во влагалище. Твоя фригидная женщина была бы просто счастлива. Но чтобы даже в этом положении ты принадлежал мне, женщине, которая тебя

*любит и хочет, а не ЕМУ. Я хочу, чтобы ты просто таял от мысли, что ты будешь меня любить. Нас трое: я, ты и ОН – твой любимец. Ты с НИМ нянчишься как мать с ребенком. Ты говоришь, что я с Аней нянчусь, а она уже большая. Ты делаешь то же. Каждый раз ты обращаешь внимание, не отстают ли ОН от тебя. Оставь ЕГО в покое, ОН уже взрослый. ОН сам решит, что ему делать. Будь со мной, будь во мне душой, и ЕМУ ничего не останется, как присоединиться к нам. Неужели для тебя так важно излить свою силу во влагалище. Один раз во влагалище, в другой раз в рот или мимо. Разве это так важно? Для меня важно слияние души, обоюдный полет. Я хочу любви от души, а не от мозгов (“Я на этой неделе не трахался”). Пусть это будет раз в месяц, но будет от души и так, что я буду помнить все, как **тот поцелуй**, всю жизнь. Не знаю, как у нас сложится семейная жизнь. Это только Богу известно. Если ему угодно и на то его божья воля, мы будем вместе и тебе придется открывать свою “прочитанную книгу”. В этом случае закрывай ее осторожно, чтобы ничего не “прищемить”.*

Врач при обращении к нему пациента считает своим долгом, что вполне естественно, помочь ему в ликвидации сексуального расстройства. Однако на этом пути его могут подстергать самые непредвиденные последствия. В ряде случаев можно наблюдать вполне понятную радость супругов, связанную с достижением положительных результатов. В других же наблюдениях уже в процессе лечения можно столкнуться с неосознаваемым сопротивлением больного в достижении положительных терапевтических результатов. Так, при оценке эффективности применения (с целью устранения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи) разработанного нами нового психотерапевтического способа, который известен в литературе под названием “способ коррекции поведенческих программ” [9, 13, 15, 16], у больного было отмечено сопротивление

проводимому лечению, наличие которого в дальнейшем подтвердилось при проведении ему сеанса гипносуггестивной терапии.

В психоаналитической литературе существует термин “негативная терапевтическая реакция” (НТР) (J. Sandler, Ch. Dare, A. Holder [50]). Авторы отмечают, что это понятие широко используется в клиническом психоанализе и недоумевают, что термин НТР не нашел широкого применения вне сферы клинического психоанализа, так как его, “по-видимому, было бы легко применить без всяких изменений к широкой сфере клинических ситуаций”. Понятие НТР занимает важное место в истории психоанализа, так как представляет собой явление, выбранное S. Freud (1923) с целью демонстрации “бессознательного чувства вины” и для доказательства существования “Сверх-Я.” В психоаналитической литературе понятие НТР было впервые сформулировано им [50, с.93-94] следующим образом:

“Существует категория людей, ведущих себя весьма специфически во время аналитического процесса. Когда кто-то выражает надежду на успешное прохождение ими курса лечения или удовлетворение по поводу сделанного ими прогресса в лечении, они проявляют признаки недовольства, и при этом их состояние неизменно ухудшается. На первый взгляд, это может быть воспринято как вызов, как попытка доказательства своего превосходства над лечащим врачом, но при более глубоком и беспристрастном анализе выводы меняются – приходится признать, что такие люди не только не могут переносить какую-то похвалу в свой адрес или положительную оценку своих действий, но и обратным образом реагируют на прогресс в лечении. Всякое решение, принимаемое конкретно в ходе лечения и у других людей дающее улучшение состояния (или, по крайней мере, приводящее к временному исчезновению симптомов) у таких пациентов усиливает болезненное состояние, вместо улучшения наступает его ухудшение”.

J. Sandler , Ch. Dare , A. Holder [50, с.94] отмечают, что “Фрейд связывает это явление с действием того, что он рассматривал как бессознательное чувство вины, возникающее благодаря голосу совести пациента (аспект супер-эго). В этих случаях болезнь можно рассматривать, по крайней мере, отчасти, как выполняющую функцию устранения или уменьшения чувства вины больного. При этом симптомы выражают потребность в наказании или страдании, попытку успокоить излишне строгую или критически настроенную совесть. Отсюда следует, что выздоровление или перспективы выздоровления представляют собой нечто вроде угрозы для таких пациентов, а именно опасность испытать острое и, возможно, даже невыносимое чувство вины. Можно предположить, что в некотором смысле состояние полного освобождения от симптомов болезни для таких пациентов представляет собой исполнение бессознательных желаний, испытанных в детстве, исполнение которых как бы внутренне запрещено”.

Цитируемые авторы также сообщают, что вскоре после этого в своей работе, посвященной мазохизму, S. Freud (1924) отмечал, что “бессознательное чувство вины” часто ведущее к появлению НТР, может усиливаться в некоторых случаях неосознаваемой тенденцией к мазохизму, что, в свою очередь, увеличивает сопротивление выздоровлению.

Большое внимание НТР, возникающих при лечении сексуальных расстройств, уделяет H.S. Kaplan [43]. Она отмечает, что расстройство, независимо от характера супружеских связей, может играть важную роль в системе брака. С помощью “импотенции” мужчина может осуществлять контроль за своей женой, а для нее она может означать стабильность в их отношениях. В тех случаях, когда сексуальное расстройство является фактором, делающим супружеские взаимоотношения более устойчивыми, в ходе лечения можно предвидеть появление интенсивных негативных эмоциональных реакций и сопротивления со стороны одного или обоих членов супружеской пары.

Следует отметить, что если некоторые психоаналитики строго различают НТР и сопротивление лечению (J. Sandler, Ch. Dare, A. Holder, 1993), то другие придерживаются расширительного представления о НТР, предусматривающее включение в ее состав некоторых форм сопротивления (J. Revipre, 1936; H.A. Rosenfeld, 1968). H.S. Kaplan [43] полагает, что следует проводить четкое разделение между сопротивлением пациентов процессу терапии, с одной стороны, и ее результатам – с другой. Так, некоторые пациенты порой крайне негативно реагируют на участие в предписанных процедурах и эротических действиях, а другие – проявляют сопротивление результатам секс-терапии, так как нормализация сексуальных функций активизирует их тревогу и чувство вины. Поскольку сопротивление лечению и НТР имеют общие корни в своем происхождении, причины их возникновения будут нами рассматриваться вместе. Среди этих причин можно назвать следующие (H.S.Kaplan [43]).

При проведении лечения источником негативных реакций по отношению к своему супругу может стать боязнь потерять его вследствие приобретения им нормальной сексуальной потенции и активности. Некоторые жены психологически содействуют нарушению эрекции своих супругов. Это связано с глубоко укоренившимся у них чувством неуверенности в себе. Такая женщина не считает себя достаточно привлекательной и полагает, что муж остается с ней только из-за того, что “привязан” к ней своей “импотенцией”, с которой она смирилась. Она полагает, что если муж станет активным, то бросит ее и найдет более красивую и подходящую женщину. Мотивы негативных реакций на улучшение в состоянии сексуального здоровья мужа коренятся в том, что по указанной выше причине супруга сомневается в своей способности удержать его. Его сексуальные трудности и ее терпимость к ним сделали мужа зависимым. Она не уверена в том, что по мере нормализации сексуальной(ых) функции(й) супруг не будет стремиться установить отношения с более привлекательной женщиной. В этой ситуации жена

должна получить поддержку и заверения в том, что муж любит ее и что она незаменима для него.

Другим источником тревог женщины (в случае нормализации продолжительности полового акта мужчины) являются ее сексуальные трудности. Жены мужчин, страдающих преждевременной эякуляцией, сами могут иметь какие-то сексуальные проблемы. Однако они могут связывать их только с половым расстройством мужа. Действительно, как можно ожидать оргазма у женщины, супруг которой преждевременно заканчивает половой акт? Данная сексуальная проблема супруга долгое время служила прикрытием собственных проблем жены. Теперь, когда он может совершать половой акт достаточно долго, возникает вопрос о ее способности испытывать оргазм. Такое положение таит в себе угрозу, особенно если среди родственников существует легенда, согласно которой муж признан источником неприятностей, а жена – жертвой.

В редких случаях возможно появление защитных реакций мужчин на улучшение своих сексуальных функций. Так, например, симптом преждевременной эякуляции может являться следствием неосознаваемой потребности, способом “бегства” от подавляющей, напоминающей мать женщины. H.S. Karlan [43] также указывает, что помехой в лечении может стать неосознаваемое и неразрешенное табу на кровосмешение.

Следует отметить, что сопротивление лечению, а также НТР следует ожидать при истерической симптоматике, которая носит условно-приятный/желанный характер. В качестве примеров можно привести истерический вагинизм и истерические гениталгии. Так, к нам за лечебной помощью обратилась женщина, которая жаловалась на боли в области клитора постоянного характера, по поводу которых она консультировалась у врачей-гинекологов различной квалификации (вплоть до самой высокой) в разных городах Украины. Ни один из них не нашел у нее к этому никаких органических предпосылок. При обследовании мы выявили у этой женщины наличие выраженного истерического характерологического

радикала, связанную с ним лживость, плохие отношения с мужем. Сеансы гипнотерапии больше напоминали игру, в которой пациентка пыталась разыгрывать роль человека, желающего избавиться от своего страдания. У нас создалось впечатление, что она, “находясь в гипнотическом состоянии”, постоянно контролирует нашу работу. Весьма интересной оказалась реакция пациентки на предложение купить по рецепту совкаиновую мазь, которая, как ей было объяснено, очень быстро ликвидирует беспокоящую ее боль. На следующий после назначения этого лекарства день она заявила, что не смогла его заказать, так как “не нашла аптеку, где это можно было бы сделать”. Все это, наряду с “гастрольными” поездками по Украине с демонстрацией беспокоящей ее боли, а также плохие отношения с мужем, о подробностях которых ничего не удалось узнать из-за выраженной лживости пациентки, свидетельствовало об условно-желанном характере существующего у нее расстройства, защищающего ее от сексуальных контактов с супругом.

Выгода сексуального расстройства для женщин может стать и на пути попыток нормализации ее оргазма. Подавленный ею оргазм может быть полезен ей, так как служит орудием манипуляции, направленной на достижение несексуальных целей. Упрекая мужчину в своей сексуальной неудовлетворенности, она, по сути, индуцирует у него описанное нами выше компенсаторное поведение. С.С. Либих, В.И. Фридкин [26] отмечают [по 4, с.23], что “в таких случаях оргазм у женщины иногда возможен, но как поощрение за нужное жене поведение (за подчинение в борьбе за лидерство, за подтверждение мужем любви и заботы, за то, что алкоголик “исправился и перестал пить” и т. д.)”. Нами ранее отмечалось [11], что отсутствие оргазма у женщины может быть выгодно ей по той простой причине, что упрекая мужа в неспособности удовлетворить ее сексуально, она тем самым обосновывает свою потребность во внесемейных сексуальных контактах и оправдывает их. Поэтому своим поведением она

может приводить к появлению у мужа сексуального расстройства. Приведем пример, демонстрирующий высказанную нами мысль.

Больной Г., 30 лет, женат, обратился в связи с имеющимися у него сексуальными нарушениями. В процессе обследования ему был поставлен диагноз невроза ожидания неудачи (страха сексуальной 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 пациентке 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.

H.S. Kaplan [43] отмечает, что быстрое восстановление любой сексуальной функции сопровождается появлением у пациента чувства облегчения и радости. Однако в том случае, когда исчезнувший симптом был связан с неосознанными процессами защиты, восстановление какой-либо из нарушенных функций может стать источником появления у него волнения, тревоги или депрессии. При секс-терапии мужчин, преждевременное семяизвержение которых является неосознанной потребностью, способом “бегства” от подавляющей, напоминающей мать

женщины, на этапе коитуса возникает непреодолимая преграда и в результате мужчина может утратить потенцию.

В тех случаях, когда женщины не уверены в себе, нормализация сексуальных функций супруга из-за боязни потерять его вызывает у них негативные реакции, которые могут проявляться внезапной потерей внимания, теплоты и поддержки по отношению к своему мужу. Жена может начать испытывать тревогу и опасения, переживать подавленность, чувствовать выраженную усталость. Поддерживающее поведение женщины при проведении лечения может внезапно смениться ее самоустранением или требовательным отношением к супругу. “Бойкот” лечению может также выражаться в мимолетных критических высказываниях в адрес мужа и даже в агрессивных выпадах против него. H.S. Kaplan [43] отмечает, что при лечении преждевременного семяизвержения женщины могут приводить в уныние своих мужей, давая им понять, что они все равно останутся неудачниками в других отношениях даже если им удастся восстановить контроль над эякуляцией. Жены могут высказывать критические замечания по поводу назначенных секс-терапевтических упражнений (“Они скучные, носят механический характер”), отказаться от сотрудничества, вплоть до открытой демонстрации отвращения к рекомендуемым процедурам, начать много пить или “предаться буйному веселью.” В одном наблюдении H.S. Kaplan женщина завела роман на стороне как раз в тот период, когда ее муж достиг нормальных устойчивых эрекций.

Автор подчеркивает [43, с.141] еще один важный аспект, с которым могут быть сопряжены трудности в терапии и сопротивление ей. Она отмечает, что “процесс секс-терапевтического лечения может привести к мобилизации сопротивления. Предписанные процедуры нередко обязывают пациентов совершать действия, которых они ранее избегали по причине того, что именно эти действия сопряжены у этих пациентов с тревогой, недовольством или ощущением вины. В секс-терапевтическую

активность обязательно входят прикосновения, ласки, поцелуи, проявления чуткого отклика на пожелания и просьбы партнера. Эти формы поведения неразрывно связаны с открытостью, участием, близостью. Но именно такое поведение видится крайне угрожающим для человека, защищающего себя с помощью отчуждения, отстранения и контроля своих эмоций. Не удивительно, что такие пациенты противятся любому терапевтическому вмешательству. Иногда они могут признаться самим себе в своих трудностях и сообщить о них терапевту или партнеру. Чаще такая осознанная самооценка невозможна – она была бы крайне угрожающей для пациента. В результате эти пациенты создают видимость некой деятельности. Они избегают выполнения предписаний или выполняют их неумело, автоматически, с явным нежеланием. Они резонерствуют по каждому поводу, устраивают сцены своим партнерам, делают словесные выпады в адрес терапевта и/или критикуют самолечение. Терапевт должен быть готов к подобным проявлениям сопротивления. Прояснение и проработка или “коллатеральное” движение в обход негативных явлений – обязательные условия продолжения курса терапии”.

Развивая мысль о возможном сопротивлении лечению и его положительным результатам, автор отмечает [43, с.145-146], что терапевту "также приходится иметь дело со "злокачественным" и разрушительным страхом перед любовью, близостью и доверительными отношениями со стороны пациента. Многие люди рано познали разочарование жизни и рано испытали физическое насилие. Еще до того, как они становятся способными опираться на свои собственные силы, чтобы противостоять превратностям судьбы, им приходится зависеть от родителей и ближайших родственников. Такая зависимость крайне удручающа, а если родители настроены враждебно, деструктивно или амбивалентны, иными словами, если наблюдается вторжение в интимные сферы человека в раннем возрасте, то неизбежно развиваются механизмы защиты. Защитные процессы нередко выражаются в отчуждении и отстранении: ребенку

приходится защищать себя от боли, замыкаясь в самом себе, что приводит к ранней эмоциональной закрытости. Попросить такого замкнутого в себе пациента ласкать другого человека, быть чутким, нежным (все это обязательно присутствует в секс-терапии) – это все равно, что просить охотника в джунглях расстаться со своим ножом. Восстановление способности любить, ласкать другого человека и доверять ему – это сложный терапевтический процесс, требующий усилий и времени. Во время успешного секс-терапевтического лечения полного восстановления добиться удастся далеко не всегда, но важно уже само начало восстановления: когда процесс пошел, преграды все равно будут, естественно, без излишнего нажима сломлены."

В процессе секс-терапии трудности могут появиться не только у отдельного члена супружеской пары, но и у пары как нераздельного целого [43]. Это может обуславливаться попытками секс-терапевта изменить отношения в супружеской паре, как системе. Задача заключается в том, чтобы перейти от "роботоподобных" сексуальных контактов к добрым человеческим отношениям: сменить необщительное, скрытное поведение на открытое и честное, враждебное на любовь. Однако в тех случаях, когда муж и жена не уверены в себе, изменения в моделях их поведения и взаимоотношений могут восприниматься ими болезненно. Такое восприятие исчезает, как только супружеские отношения становятся стабильными на более реалистической основе. Следовательно, приемы секс-терапии могут активизировать сопротивление как одного, так и обоих супругов.

Для того, чтобы не сложилось ложное представление о том, что процесс лечения и его положительные результаты преимущественно сопряжены с негативными реакциями пациентов и их партнеров, отметим, что рассмотрение именно этих реакций в данной работе являлось одной из наших задач. Положительные же реакции на лечение и его позитивные результаты легко прогнозируемы и не нуждаются в специальном описании.

Summary

SEXUAL DYSFUNCTIONS AND TRANSFORMATIONS OF BEHAVIOR

The monograph, written by MD, PhD, Professor of the Department of Sexology and Medical Psychology of the Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education of Ministry of Health of Ukraine **Garnik S. KOCHARYAN**, is dedicated to behavioral changes of patients, which are connected with sexual dysfunctions and their treatment. IN THE FIRST PART (“Introduction into the problem and its state”), actuality of these problems is based. IN THE SECOND DIVISION (“Sexual dysfunctions and behavioral changes during intercourses”), the results of the author’s own researches are informed on changes of the patient behavior during intercourses. To study sexological patients' behavior connected with intercourses, 118 males with sexual dysfunctions of various phenomenology and genesis were examined. Only patients with fear of sexual failure (FSF) were included into the group. Seventy-six persons (64.4%) have noted that they ever used on their own initiative some psychic self-regulation techniques (PSRT) directly or indirectly (through FSF weakening) orientated to improving sexual functions. Analysis of all these techniques has shown that their following groups can be isolated: autosuggestion, attention switching, erotic auto-sensitization (it is an increase of perception of specific stimuli during a sexual contact achieved due to concentration of the patients’ attention on those pleasant sensations which they have). After a detailed division of these techniques within the above groups, their classification has been devised. **I. Auto-suggestion:** 1) *directed at self-calming*; 2) *denying failure apprehension*; 3) *motivated or non-motivated self-persuasion in a good quality of the coition*; 4) *auto-suggestion aimed at producing an indifferent attitude to the result*; 5) *stimulating “appeal to the penis”*; 6) *aimed at reduced perception of erotic stimuli*. **II. Attention switching:** 1) *with use of stimuli of the current experience, including artificially created ones, sometimes involving various auxiliary means*; 2) *with help of planning*; 3) *with help of reproduced and designed plots: a) related to real positive sexual experience in the past or imagined one (with the given female partner or other women); b) connected with masturbation; c) related to familiarizing with other people’s sexual experience; d) connected with non-sexual plots (leisure, daily round, job activity)*. **III. Erotic auto-sensitization** (it is increase of perception of specific stimuli during a sexual contact achieved due to concentration of the patients’ attention on those pleasant sensations which they have; often this increase is auto-suggestion-mediated). Phenomenology of the PSRT used often depends upon which function (erectory or ejaculatory) fails. Various extent of positive results after using PSRT was ever observed in 52.8% of the patients. Expedience of employing various PSRT by the patients and their efficiency are discussed. The conclusion is that in addition to the

conventional therapy it is possible to help patients in choosing individual effective means of psychic self-regulation. IN THE THIRD DIVISION (“Sexual dysfunctions and changes of behavior outside sexual intercourses”), the author analyses his researches data on studying changes of behavior, which took place outside sexual intercourses. It is noted, that the researches have allowed to distinguish the following types of behavioral transformations among males with sexual dysfunction and fear of sexual failure: 1) *avoiding*; 2) *directed on preservation of the former matrimonial status (the compensatory variant, the manipulative variant)*; 3) *directed on creation of the image of a man with a strong sexual potency*; 4) *sublimation and behavior changes, resembling it in their appearances*; 5) *directed on elimination of the sexual disturbance*; 6) *asthenical*; 7) *subdepressed-depressed*; 8) *spreading of fear into situations, not connected with intercourses*; 9) *loss of initiative in establishing of attitudes to women, specific restrictions at a choice of a sexual female partner*; 10) *behavioral transformations caused by dynamic shifts of character’s traits*. IN THE FOURTH DIVISION (“Behavioral changes as reactions to a sexual disorder, its treatment, and positive results of this one”), there is description of behavior changes, which are connected with reaction of sexual partners of patients having sexual dysfunctions to these disorders and possible negative reactions of the patient or/and their sexual partners to treatment and its positive results (negative therapeutical reactions).

For sexologists, psychologists, psychotherapists, psychiatrists, students of universities training specialists in medical and/or psychological fields of study.

Addresses for correspondence:

Mailing address: Kocharyan G.S., Apt. 29, 7/9 Karazin Street, Kharkov, 61002, Ukraine. E-mail: kochgs@ic.kharkov.ua

Список литературы

1. Андрианов В.В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1974. – 39с.
2. 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.
3. Владимиров-Клячко С.В. О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1972. – Т. 65. – С. 459-467.
4. Екимов М.В. Психотерапия оргазмической дисфункции: Учебное пособие. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 1999. – 38с.
5. Кочарян Г.С. Об изменениях поведения у больных с синдромом ожидания неудачи // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1990. – С. 124-126.
6. Кочарян Г.С. Синдром ожидания неудачи и нарушения поведения // Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений: Тез. Респ. науч. конф. – Киев, 1990. – С. 89-91.
7. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 73-76.
8. Кочарян Г.С. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 19с.
9. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия) // Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
10. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и психологический портрет пациентов // Актуальные проблемы современной психологии. – Харьков, 1993. – С. 351-354.
11. Кочарян Г.С. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47-66.
12. Кочарян Г.С. Аутогенная тренировка // Кочарян Г.С., Кочарян А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С.68-85.

13. Кочарян Г.С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 178 -207.
14. Кочарян Г.С. Психоанализ и сексуальные расстройства: Учеб.-метод. пособие. – Харьков: ХГУ, 1994. – 41 с.
15. Кочарян Г.С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. – К., 1994. – Вып. 2. – С. 88-93.
16. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
17. Кочарян Г.С. Неврози та сексуальні розлади // Клінічна сексологія та андрологія / Навчальний посібник / За ред. А. Ф. Возіанова, І. І. Горпінченко. – Київ: Здоров'я, 1995. – С.114-121.
18. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и изменения их поведения // Український вісник психоневрології. – Т. 4, Вып. 2 (9). – Харьков, 1996 – С.160-168.
19. (Кочарян Г.С.) Kocharyan G.S. Fear of sexual failure in males and their behavior changes // International Journal of Psychology / Abstracts of the XXVII International Congress of Psychology / Montreal, Canada, 16-24 August 1996. – 1996, – Vol. 31, Issues 3 and 4. – P.116.
20. (Кочарян Г.С.) Kocharyan G.S. Sexual dysfunctions in males and their behavioral changes connected with intercourses // 24th International Congress of Applied Psychology Abstracts Install Diskette 7/98. – P. 394.
21. Кочарян Г.С. Половые расстройства у мужчин и изменения их поведения при интимной близости // Вісник Харківського Університету. Серія "Психологія". – 1999. - № 432. – С.150-158.
22. Кочарян Г.С. Сублимация, феноменологически близкие ей трансформации поведения и сексуальные дисфункции // Вісник Харківського Університету. Серія Психологія. – 1999. – № 452. – С.68-72.
23. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции у мужчин и трансформации их поведения // Вісник Харківського Університету. Серія "Психологія". – 1999. – № 452. – С.60-68.
24. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология в 4 частях. – Харьков: Академия сексологических исследований, 1999. – 1152с.
25. Левин И. Мужчина. Секс. Успех. Как справиться с ускоренным семяизвержением. – Санкт-Петербург, 1997. – 87с.
26. Либих С.С., Фридкин В.И. Сексуальные дисгармонии. – Ташкент: Медицина УзССР, 1990. – 142с.
27. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. – М.: Медицина, 1977. – 111с.

28. Фэйдимен Дж., Фрейгер Р. Теория и практика личностно-ориентированной психологии. Методика персонального и социального роста. – М., 1996. – 431с.
29. Barnes J., Bowman E.P., Cullen J. Biofeedback as an adjunct to psychotherapy in the treatment of vaginismus // *Biofeedback & Self Regulation*. – 1984. – Vol. 9(3). – P. 281-289.
30. (Blum G.) Блюм Г. Психоаналитические теории личности: Пер. с англ. – М.: Изд-во “КСП”, 1996 – 249с.
31. Bruno F.J. The Family Mental Health Encyclopedia. – New York, Chicher, Brisbane, Toronto, Singapore: JOHN WILEY & SONS, 1989. – 422p.
32. (Chia M., Arava D.A.) Цзя М., Арава Д.А. СВЕРХВОЗМОЖНОСТИ МУЖЧИНЫ, ДОСТУПНЫЕ КАЖДОМУ. Сексуальные секреты, которые должен знать каждый мужчина.: Пер. с англ. – М.: Либрис, 1996. – 320 с.
33. Cionini L., Giovannoni A. L’EMG Biofeedback Training nel trattamento dell’impotenza psicogena: un caso clinico. // *Medicina Psicosomatica*. – 1984. – Vol. 29(1). – P. 29-42.
34. Cionini L., Mattei D. Biofeedback e terapia cognitivo-comportamentale // *Medicina Psicosomatica*. – 1985. - Vol. 30(2). – P. 151-161.
35. (Freud S.) Фрейд З. О психоанализе. – М.: Наука, 1911. – 67 с.
36. (Freud S.) Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. – М.: Наука, 1989. – 456с.
37. Giovannoni A. Il biofeedback nel trattamento dei disturbi sessuali // *Rivista di Psichiatria*. – 1983. – Vol. 18(2). – P. 154-165.
38. (Green R.) Грин Р. Психотерапия расстройств эрекции // Вагнер Г. Грин Р. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение): Пер. с англ. – М: Медицина, 1985 – С.182-200.
39. (Hjelle L.A., Ziegler D.J.) Хьел Л., Зиглер Д. Теории личности (Основные положения, исследования и применение): Пер. с англ. – СПб.: Питер Ком, 1999 – 608с.
40. Jakubik A. Histeria: Metodologia, teoria, psychopatologia. – Warszawa: PZWL, 1979. – 374s.
41. Kaplan D.M. What is sublimated in sublimation? // *Journal of the American Psychoanalytic Assotiation*, 1993. – Vol. 41(2). – P.549 - 570.
42. Kaplan H. S. Intimacy disorders and sexual panic states // *Journal of Sex & Marital Therapy*. – 1988. – Vol. 14(1). – P. 3-12.
43. (Kaplan H. S.) Каплан Х.С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство: Пер. с англ. – М.: Независимая фирма “Класс”, 1994. – 160с.
44. (Laplanche J., Pontalis J.-B.) Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. Словарь по психоанализу: Пер. с франц. – М.: Высш. шк., 1996. – 623с.
45. Lew-Starovich Z. Seks partnerski. – Warszawa: PZWL, 1991 – 343s.
46. (Masters W. H., Johnson V.E., Kolodny R.C.) Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. Основы сексологии: Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 693с.

47. (Reuben D.) Рейбен Д. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стесняетесь спросить: Пер. с англ. Харьков: Агентство Харьков – Новости, 1991. – 240с.
48. Reynolds B.S. Biofeedback and facilitation of erection in men with erectile dysfunction // *Archives of Sexual Behavior*. – 1980. – Vol. 9(2). – P.101-113.
49. (Rycroft C.) Райкрофт Ч. Критический словарь психоанализа: Пер. с англ. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа, 1995. – 288с.
50. (Sandler J., Dare Ch., Holder A.) Сандлер Д., Дэр. К., Холдер А. Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса: Пер. с англ. – Воронеж: НПО “МОДЕК”, 1993. – 176с.
51. Schulbert D.S., Biondi A.M. Creativity and mental health: I. The image of the creative person as mentally ill. // *Journal of Creative Behavior*, 1975. – Vol. 9(4) – P. 223-227.
52. Smith, D., Over, R. Enhancement of fantasy-induced sexual arousal in men through training in sexual imagery // *Archives of Sexual Behavior*. – 1990. – Vol. 19(5). – P.477-489.
53. (Ursano R.J., Sonnenberg S.M., Lazar S.G.) Урсано Р., Зонненберг С., Лазар С. Психодинамическая психотерапия. Краткое руководство: Пер. с англ. – М.: Российская психоаналитическая ассоциация, 1992. – 160с.
54. Westphal C. Quelques conduites d’evitement dans la feminite // *Psychiatrie Francaise*. – 1987. – Vol. 18(5). – 687-691.
55. Zuckerman M. Sexual Arousal in the Human: Love, Chemistry or Conditioning? // *Physiological correlates of human behaviour*. – London: Academic Press Inc., 1983. – P. 299-326.

Оглавление

Введение в проблему и состояние вопроса	3
Сексуальные дисфункции и изменения поведения во время интимной близости	9
Сексуальные дисфункции и трансформации поведения вне интимной близости	22
Изменения поведения как реакции на половое расстройство, его лечение и позитивные терапевтические результаты	56
Summary	74
Список литературы	76

Contents

Introduction into the problem and its state	3
Sexual dysfunctions and behavioral changes during intercourses	9
Sexual dysfunctions and changes of behavior outside se- xual intercourses	22
Behavioral changes as reactions to a sexual disorder, its treatment, and positive results of this one	56
Summary	74
List of literature	76

Наукове видання

Кочарян Гарнік Суренович

СЕКСУАЛЬНІ ДИСФУНКЦІЇ ТА ТРАНСФОРМАЦІЇ ПОВЕДІНКИ

Російською мовою

В монографії, що написана доктором медичних наук, професором кафедри сексології та медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України Кочаряном Гарніком Суреновичем, характеризуються пов'язані із сексуальними дисфункціями зміни поведінки пацієнтів під час і поза інтимної близькості, а також зумовлені цими дисфункціями трансформації поведінки їх сексуальних партнерів. Також наведені матеріали, що відображують можливі негативні реакції пацієнтів і їхніх партнерів на лікування, яке проводиться, та його позитивні результати. Значна увага у роботі приділена проблемі сублимації, бо у результаті проведених автором досліджень ним зроблений висновок про неправосильність традиційного одностороннього підходу, що існує, згідно з яким сексуальні розлади можуть приводити тільки до зменшення продуктивності праці та зниження творчого потенціалу.

Здано у виробництво 18.10.1999.

Підписано до друку 22.11.1999.

Формат 60x84 1/16. Папір офсетний.

Ум. друк. арк. 4,8. Обл.-вид. арк. 4,6. Наклад 300 прим.

Замовне. Ціна договірна.

ПП "Академія сексологічних досліджень". Україна, 61002, Харків, вул. Каразіна, 1.

Надруковано в типографії ТОВ "Знання", м. Харків, вул. Артема, 32.