

# **«ВЫГОДНЫЕ» БОЛЕЗНИ И НЕГАТИВНЫЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ**

**КОЧАРЯН Гарник Суренович**

Доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), заслуженный деятель науки и образования (РАЕ), профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, член РНСО.

## **Негативные терапевтические реакции как понятие и представление о первичной и вторичной выгоде от болезни**

Врач при обращении к нему пациента считает своим долгом, что вполне естественно, помочь ему в ликвидации сексуального расстройства. Однако на этом пути его могут подстеречь самые непредвиденные последствия. Гораздо чаще можно наблюдать вполне понятную радость супругов, связанную с достижением положительных результатов. Намного реже уже в процессе лечения можно столкнуться с неосознаваемым сопротивлением больного в достижении положительных терапевтических результатов. Так, например, при применении (с целью устранения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи) разработанного нами нового психотерапевтического способа, который известен в литературе под названием «способ коррекции поведенческих программ» [3, 4], у больного было отмечено сопротивление проводимому лечению, наличие которого подтвердилось при проведении ему сеанса гипносуггестивной терапии.

В психоаналитической литературе существует термин «негативная терапевтическая реакция» (НТР) [12]. Отмечается, что это понятие широко используется в клиническом психоанализе и высказывается недоумение, что термин НТР не нашел широкого применения вне сферы клинического психоанализа, так как его, по-видимому, было бы легко применить к широкой сфере клинических ситуаций. НТР как понятие 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 данное понятие было впервые сформулировано им следующим образом [по 12, с. 93–94]:

«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».

Также в связи с НТР необходимо напомнить о существующем в психоанализе представлении о первичной и вторичной выгоде от болезни [8]. Под выгодой от болезни понимают все виды косвенного или прямого удовлетворения, получаемого от нее пациентом. При этом различают первичную и вторичную выгоду. Первичная выгода является одной из мотивов возникновения невроза, наряду с удовлетворением от симптома, бегством в болезнь, благоприятным для субъекта изменением отношений с окружением. Вторичная же выгода становится возможна лишь задним числом, т.е., по сути, является добавочной прибылью от уже существующей болезни. Она лишь внешне связана с первопричиной болезни и смыслом ее симптомов. З. Фрейд различал «внутренний аспект первичной выгоды» и «внешний» или «случайный». Если «внутренний аспект» заключается в уменьшении напряжения, которое порождается симптомами (цель симптома, даже болезненного – в том, чтобы помочь субъекту избежать еще более мучительных конфликтов; это механизм бегства в болезнь), то «внешний аспект» связан с теми изменениями, которые симптом порождает в межличностных отношениях субъекта. Так, «угнетаемая мужем» женщина может добиться благодаря своему неврозу большей нежности и внимания, а также возможности отомстить за плохое обращение с ней [8].

### **Условно приятные расстройства у мужчин в сексологической практике**

Выгоды, которое дает заболевание, могут быть продемонстрированы примерами, представляющими интерес для специалистов в области сексуальной патологии. Так, А. М. Свядоц [14] сообщает, что у одного из его больных, страдавшего истерическими припадками, имело место громкое непроизвольное отхождение газов. При этом оно возникало лишь тогда, когда он ложился спать с женой вечером или когда он пробуждался, лежа с ней в кровати утром. По этой причине половая жизнь супругов почти полностью прекратилась. Выяснилось, что в последние 2 мес. перед началом конверсионного (истерического) расстройства у больного развилось преждевременное семяизвержение, что явилось следствием перенесенного им тяжелого гриппа, большой нагрузки на работе и недосыпания. Жена в резкой форме выражала ему свою неудовлетворенность, что вызывало

у него раздражение и желание избегать интимной близости даже при наличии полового влечения. В это время однажды после погрешности в диете случилось непроизвольное обильное отхождение газов. Это вызвало у супруги реакцию отвращения с отказом от полового сближения. Совпав с избавлением от неприятных супружеских обязанностей, отхождение газов далее закрепилось «по механизму условной связи». Оно стало для больного «условно приятным или желательным». В результате проведенной каузальной психотерапии больной пришел к выводу о том, что путем отхождения газов он освобождал себя от супружеских обязанностей. Осознание генеза болезненного симптома (отхождения газов) привело к его устранению.

Преждевременное семяизвержение и расстройства эрекции сами по себе могут быть условно приятными. Так, В. Д. Кочетков [7] сообщает, что Ferenczi (1912) описал преждевременные эякуляции у мужчин, для которых половые акты нежелательны по той или иной причине. Поэтому они заинтересованы в их быстром завершении. Автор также отмечает, что подобные наблюдения приводят Л. Я. Якобзон (1918) и Н. В. Иванов (1961), и заявляет, что проведенный им клинико-патогенетический анализ сексуальных расстройств позволил выявить развитие половых расстройств по названному выше механизму. В этой связи он называет сексуальные расстройства мужчин, которые вступили в «случайный» или «вынужденный» брак. Наступавшая после брака половая слабость, выражавшаяся в «торможении эрекционной функции», была для них условно приятным или желательным симптомом, так как, в конце концов, становилась причиной расторжения тягостного для них брака. Цитируемый автор отмечает, что мужчина при определенном стечении обстоятельств пытается совершить половой акт вопреки своему моральному убеждению и духовным взглядам. Это по механизму условной приятности и желательности неудачи приводит в таких случаях к торможению полового влечения, эрекции и оргазма. В качестве примера развития «импотенции» по названному механизму В. Д. Кочетков [7, с.72–73] приводит следующее наблюдение.

*Больной К., 25 лет, студент V курса. Обратился с жалобами на отсутствие достаточных адекватных эреций. Не курит, алкоголь не употребляет. Мастурбацию отрицает. Половая жизнь с 21 года. Имел несколько нормальных половых актов, в том числе «с нелюбимой студенткой того же курса». Однако после того, как у нее наступила беременность, больной в силу ряда обстоятельств был вынужден на ней жениться. Все попытки к интимной близости с женой оказались тщетными ввиду отсутствия адекватных эреций. Торможение эрекционной функции явилось «условно приятным или желательным симптомом», приведшим, в конце концов, к расторжению тягостного для него брака. Со стороны внутренних и мочеполовых органов, а также нервной системы отклонений от нормы не выявлено.*

Сексуальные расстройства у мужчин, которые развиваются по механизму условной приятности/желательности диагностируются очень редко. Это связывают с высокой престижностью нормальной потенции в обиходных представлениях и тем, что механизм «условной приятности» болезни не затрагивает «безусловно приятные» сексуальные отношения. Вместе с тем половые расстройства, возникающие по указанному механизму, могут иметь место при нежелании мужчины жить половой жизнью со своей супругой (партнершей), например, вследствие нарушений в их взаимоотношениях. Со значительной долей вероятности можно предположить, что сексуальные дисфункции, развивающиеся по упомянутому механизму, существует чаще, чем диагностируются. Это связано с определенными трудностями в их выявлении. Тем не менее, приводимая ниже точка зрения должна, по-видимому, рассматриваться только как значительное, не соответствующее действительности преувеличение. В соответствие с нею наиболее распространенным типом личности мужчины с психогенным нарушениями эрекции является тип с истерическими отклонениями, часто проявляющий себя незрелым, требующим к себе внимания, поведением которого легко управлять. Нарушение потенции в этих случаях рассматривается как следствие «карательного» стиля поведения, принятого между супругами. Напомним, что механизм условной приятности/желательности, лежащий в основе развития симптомов, характерен именно для истерических невротических расстройств (диссоциативных/конверсионных расстройств по МКБ-10), которые гораздо чаще имеют место именно у лиц с истероидными чертами характера.

#### **Условно желанные расстройства у женщин в сексологической практике**

У женщин сексуальные дисфункции, обусловленные механизмом условной приятности/желательности, диагностируются значительно чаще, чем у мужчин. Среди них, в частности, вагинизм и диспареуния (гениталгия). Так, А. М. Свядоц [13] приводит клиническое наблюдение, когда у больной 18 лет, которая по характеру была упрямой, эгоистичной и склонной к театральности, вагинизм развился под влиянием сложной психотравмирующей ситуации, связанной с вынужденным браком с нелюбимым человеком. Он был значительно старше ее и, к тому же, резко ограничивал ее свободу. До этого жила половой жизнью с мужчиной, которого сама выбрала. Тогда явлений вагинизма не было. Вагинизм выражался в судорожном сокращении бедер, мышц влагалища и тазового дна и сопровождался «жгучей болью» при попытке введения пениса, а далее даже при его наружном прикосновении к половым органам. При отвлечении внимания гинекологическое исследование болезненных реакций не вызывало. Довольно быстро вагинизм привел к возникновению у мужа психогенной «импотенции», заставившей его обратиться за врачебной помощью. Психотерапия была направлена на разъяснение причин сексуальной проблемы и включала рекомендации по принятию решения для устранения

психотравмирующей ситуации. Супруги разошлись. Через год пациента вышла замуж за другого человека. Ее половая жизнь была полностью нормальной. У бывшего мужа после лечения с другой женщиной сексуальная дисфункция отсутствовала.

Анализируя данное наблюдение, автор отмечает, что в данном случае истерический вагинизм возник у истероидной личности. В его основе лежали «бегство в болезнь», «механизм условной приятности болезненного симптома». В конце концов, сексуальное расстройство избавило больную от нежелательного брака. При половой жизни с другим партнером вагинизм отсутствовал, что свидетельствует об его избирательном характере. Также отмечается, что вагинизм жены явился причиной психогенной «импотенции» мужа.

З. В. Рожановская [10] отмечает, что особое место среди невротических нарушений занимают цисталгии, возникающие после каждого полового акта, которые являются следствием неприязненного отношения к половой близости, и фиксация этого отношения. Возникновение цисталгий в данном контексте рассматривается как защита от половой близости.

Интерес представляет наше наблюдение, когда у женщины, не испытывающей никакой потребности в интимной близости, у которой имело место поражение всех звеньев копулятивного цикла, после полового акта каждый раз возникала рвота. Эта пациентка поступила на лечение в неврологическое отделение одной из больниц. У нее имел место хронический энцефалит, сопровождавшийся ликворно-гипертензионным синдромом. При расспросе выяснилось, что, несмотря на полное отсутствие всякого желания вступить в интимную близость, которая не сопровождалась какими-либо приятными ощущениями, а тем более не завершалась оргазмом, она была вынуждена жить половой жизнью с мужем. Это обуславливалось его заявлением, что если она не вступает с ним в интимные отношения, то это свидетельствует о наличии у нее любовника. Функция рвоты заключалась в том, чтобы исключить попытки мужа к проведению с ней половых актов. Таким образом, этот симптом был «выгодным» для данной больной.

### **Условно приятные нарушения менструального цикла и условно желанное бесплодие у женщин**

Механизм «условной приятности или желательности» болезненного симптома может лежать в основе некоторых меноррагий. У больной, описанной А. Мауер, менструации были частыми и длительными, когда она находилась с мужем, но становились нормальными, если она уезжала от него. Она заявляла, что менструации ей приятны, так как освобождают ее от неприятных супружеских обязанностей [по 14].

Проблему условно приятных/желательных расстройств менструального цикла обсуждает И. Харди [15], который отмечает, что отсутствие менструаций иногда настолько тесно связано с психогенными факторами, что аменорею подобной этиологии даже называют

«тенденциозным симптомом» («tendenzsymptom») [19, 21]. Так, аменорея часто наблюдается в интернатах, где девушки стыдятся друг друга, или же во время поездок, в неблагоприятных условиях. Жажда забеременеть также может привести к возникновению аменореи и, более того, ложной беременности.

Известны и психогенно возникающие нерегулярные неожиданные менструальные кровотечения. Так, например, «тенденциозным симптомом» можно назвать «неожиданное» начало менструации перед операцией, из-за чего приходится отказываться от последней. Цитируемый автор сообщает, что известны меноррагии и метроррагии, возникающие из-за семейных конфликтов (ссора со свекровью, с мужем). Своим частым появлением они могут препятствовать сексуальной жизни.

В литературе также обсуждается возможность возникновения психогенного бесплодия [16]. Сообщается о женщинах, у которых наблюдается устойчивое сопротивление зачатию, что, по-видимому, связано с некоторой пережитой женщиной жизненной ситуацией, которая неблагоприятна для рождения и кормления грудного ребенка. Связь между такой ситуацией и бесплодием может быть более явной (например, вторичная аменорея концлагеря или тюремной больницы) или менее явной (например, в случае временного торможения овуляции, возникшего в ответ на «неестественность» метода искусственного оплодотворения).

Dimic et al. [18] описали случай отсутствия овуляции у женщины 31 года, которая была замужем в течение 17 лет. Она лечилась у гинеколога без заметного улучшения. Думала, что муж изменяет ей с ее сводной сестрой. Авторы обратили внимание, что ее менструальные циклы сопровождаются овуляцией, когда ситуация в семье становится спокойной и ненапряженной или когда она с мужем выезжает на длительное время. Напротив, овуляция отсутствует, когда они вновь возвращаются в круг семьи или когда семейные отношения ухудшаются.

Также называют женщин, у которых имеет место так называемое «карьерное» бесплодие. Г. Л. Христие [16] в связи с этим сообщает о «деловой» 30-летней женщине, которая обратилась к нему много лет назад с просьбой помочь ей по поводу первичного бесплодия. Она безуспешно пыталась забеременеть в течение нескольких лет, находясь под наблюдением ведущих гинекологов. Автор не смог обнаружить каких-либо признаков психических нарушений и в конце приема высказал предположение, что, «возможно, ее деловая карьера была тем самым стилем жизни, который внутренне конкурирует с ее сильным желанием стать матерью». Некоторое время спустя она позвонила врачу и сказала, что после их беседы решила бросить свои дела и пошла работать в местный детский сад с целью научиться ухаживать за детьми. И в тот же месяц забеременела. «В последующие годы, – сообщает автор – у нее еще родились дети». В заключение он отмечает, что такие

истории не так уж редки в гинекологической практике. Рекомендации и соответствующее им изменение условий жизни могут облегчить возникновение беременности и сделать таких женщин способными к деторождению.

Также сообщается, что у некоторых женщин, по-видимому, имеется постоянно существующий глубокий внутренний барьер, препятствующий возникновению беременности и, возможно, неосознаваемое сопротивление появлению на свет следующего поколения и его воспитанию. В ряде таких случаев можно распознать у женщин признаки личностного инфантилизма и неспособности поддерживать глубокие зрелые интимные отношения со своим партнером [16]. Несколько авторов выявили, что у некоторых женщин представления о беременности и материнстве могут значительно нарушать их психическое равновесие (MacLeod, 1964). Такие причинные конфликты могут возникать в раннем детстве. Эти женщины, по-видимому, испытывают сильный страх перед беременностью. Бесплодие возникает у них как психологическая защита от этого страха. Rubenstein (1951) рассматривает бесплодие как психосоматическую защиту от страха послеродового психоза.

Анализируя данную проблему, Г. Л. Христие [16] отмечает, что вопрос состоит в том, принадлежат ли некоторые случаи «идиопатического бесплодия» к этой категории? По его мнению, трудности диагностики в подобных случаях связаны с тем, что у женщин с генуинным психосоматическим бесплодием признаки психических нарушений могут или вовсе отсутствовать, или быть выраженными в минимальной степени.

В связи с этим целесообразно представить соображения Roland (1973), который сообщал, что его больные, у которых имеют место психогенные компоненты бесплодия, постоянно забывают о признаках нарушения психических функций, имевших место на ранних этапах его возникновения. В некоторых случаях при использовании психоаналитических методов удается выяснить причины их бесплодия [по 16]. Benedek (1952) в связи с этим отмечал, что «эти женщины часто психологически сильнее, чем женщины с аналогичными конфликтами, которые не способны подавить их, и которые, следовательно, остаются способными к зачатию. Такие женщины беременеют, с тревогой носят ребенка и имеют тенденцию давать послеродовые осложнения. Женщины, страдающие бесплодием, наоборот, могут подавить свою способность к зачатию и освободиться от тревог. В результате этого они получают возможность хорошо функционировать в других областях деятельности и даже утвердиться в желании иметь ребенка» [по 16, с.315].

Существует два соображения, согласно которым важно выделять женщин, у которых имеется постоянно существующий глубокий внутренний барьер, препятствующий возникновению беременности и, возможно, неосознаваемое сопротивление появлению на свет следующего поколения и его воспитанию. Во-первых, имеется большое число убедительных сообщений о возможности с помощью психоанализа или психоаналитически

ориентированной психотерапии помочь им освободиться от названных установок. Во-вторых, прямая стимуляция гипоталамуса или яичников без предварительной терапии, которая может помочь успешно обойти «защитное» бесплодие, должна, исходя из теоретических соображений, сделать этих женщин уязвимыми относительно возникновения послеродовых психозов и других осложнений беременности и родов. Тот факт, что это не всегда наблюдается, скорее, характеризует наличие скрытых резервов у этих женщин и свидетельствует об их созревании по мере приобретения жизненного опыта, чем психологическую интуицию специалиста и его способность к прогнозированию [16].

### **Негативные терапевтические реакции женщин, мужчин и супружеских пар в целом при лечении половых расстройств и причины этих реакций**

Следует отметить, что если некоторые психоаналитики строго различают НТР и сопротивление лечению [12], то другие придерживаются расширительного представления о НТР, предусматривающего включение в ее состав некоторых форм сопротивления (J. Revipre, 1936; H. A. Rosenfeld, 1968). X. С. Каплан [2] полагает, что следует проводить четкое разграничение 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 из-за того, что 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 [2].

При проведении лечения супруга источником негативных реакций по отношению к нему (лечению) может стать боязнь супруги потерять его вследствие приобретения им нормальной сексуальной потенции и активности. Некоторые жены психологически содействуют нарушению эрекции своих мужей. Это связано с глубоко укоренившимся у них чувством неуверенности в себе. Такая женщина не считает себя достаточно привлекательной и полагает, что супруг 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 супруга коренятся в том, что по указанной выше причине жена 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 функции 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 [2].

Источником негативных реакций жены на лечение мужа может стать отсутствие у нее мотивации к дальнейшему существованию супружества. Сексуальное расстройство супруга является той казырной картой, которая позволит ей, в конце концов, развестись. В этих случаях она или вообще отказывается сотрудничать с врачом и не приходит на прием, или создает видимость сотрудничества, так как заинтересована в сохранении у мужа сексуального расстройства, а не в его устранении (С. Кратохвил, 1991).

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. Х. С. Каплан [2] также указывает, что помехой в лечении может стать неосознаваемое и неразрешенное табу на кровосмешение.

Следует отметить, что сопротивление лечению, а также НТР можно наблюдать при конверсионной (истерической) симптоматике, которая носит условно приятный/желательный характер. 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 ее 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-желательном характере существующего у нее расстройства, защищающего ее от сексуальных контактов с супругом.

Выгода сексуального расстройства для женщин может стать и на пути попыток нормализации их оргазма. Подавленный пациенткой 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 компенсаторное поведение. С. С. Либих, В. И. Фридкин [9] отмечают, 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.)» [по 1, с.23].

Нами ранее отмечалось [5], 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 в сексуальных несемейных 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) 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 данного рода следует считать желание пациента избавиться от влечения, которое, по его собственному мнению, стало ему в тягость. В данном случае наше воздействие больше несло экспериментальную нагрузку. Вместе с тем, поскольку согласие жены больного, в конце концов, все же было получено, мы провели ей*

*гипносуггестивное программирование, направленное как на ликвидацию привязанности, влечения к любовнику, так и на возникновение хорошего отношения к мужу, его привлекательности для нее и чувства любви по отношению к нему. Во время проведения сеанса пациентку удалось погрузить минимум во вторую стадию гипнотического состояния по Форелю. После проведения этого одного сеанса, как выяснилось впоследствии, когда пришел наблюдавшийся нами больной, жена разительно изменила свое поведение в желательную для него сторону. В течение недели она хорошо относилась к мужу, говорила, что любит его, начала хорошо готовить пищу и вообще проявляла по отношению к нему различные знаки внимания. Однако спустя неделю все вернулось на круги своя. Следует отметить, что во время этой благоприятной для пациента недели его сексуальные функции (так же как и общее самочувствие) улучшились, однако после восстановления прежнего психологического климата вновь произошло их ухудшение. Изменилось и поведение супруги во время интимной близости. Так как одним из главных факторов, который «развязывал» ей руки и оправдывал ее измены, была девальвация сексуальных качеств мужа, то во время интимной близости она вела себя манипулятивно. С целью избежать разрядки, чтобы было в чем упрекнуть мужа, она в предварительном периоде не давала себя целовать, так как в этих случаях быстро возбуждалась и «заканчивала» раньше, чем супруг. Запрещая же ему делать это, она добивалась тем самым, что оргазм у нее так и не наступал.*

Х. С. Каплан [2] 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. Х.С. Каплан [2] 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»), отказываться от сотрудничества, вплоть до открытой демонстрации отвращения к рекомендуемым процедурам, начать много пить или «предаться буйному веселью». В одном наблюдении, приводимом Х.С. Каплан, женщина завела роман на стороне как раз в тот период, когда ее муж достиг нормальных устойчивых эрекции.

Автор подчеркивает [2, с.141] еще один важный аспект, с которым могут быть сопряжены трудности в терапии и сопротивление ей. Она отмечает, что «процесс сексотерапевтического 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 сексотерапевтическую 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. Чаше 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 [2, 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 сексотерапевтического лечения полного восстановления добиться удается 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 единого целого [2]. 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 в данной публикации нашей задачей являлось именно рассмотрение этих реакций. Положительные же реакции на лечение и его позитивные результаты легко прогнозируемы и не нуждаются в специальном описании.

### **Психотерапевтические подходы к устранению негативных терапевтических реакций**

При выявлении НТР, обусловленных феноменами первичной или вторичной выгоды, не следует сразу прибегать к терапии, направленной на прямое устранение симптоматики, так как это может быть чревато различными неблагоприятными последствиями. Так, при гипносуггестивной терапии может иметь место невозможность в желательное для врача время вывести больного из гипнотического состояния из-за развития истерического ступора, который может возникнуть, когда последнему сделают неприемлемое для него внушение об устранении симптома, в основе которого лежит механизм условной приятности/желательности. По этой же причине при попытке вывести пациента из

гипнотического состояния могут возникнуть истерические припадки и сумеречные состояния [11].

Л. Черток [17] в связи с этим подчеркивает, что при применении гипноза необходима особая осторожность в отношении уничтожения симптомов, так как данный метод иногда слишком резко ликвидирует симптомы. Это, отмечает автор, не только может привести к появлению заменяющих симптомов, но и вызвать другие нежелательные реакции, вплоть до появления суицидальных тенденций.

При описании [6] использования такой пороговой техники нейролингвистического программирования (НЛП), как «последняя соломинка», отмечается, что она приводит к необратимым результатам. Поэтому, выбирая репрезентацию новой жизни, следует быть вполне уверенным, что после пересечения порога она станет лучше. Большинство людей, не имея презентацию новой удовлетворяющей их жизни, не хотят приходить к «Никогда больше». В результате пересечения порога без создания альтернативы лучшей жизни человек с большой долей вероятности может погрузиться в депрессию, что, в свою очередь, может обусловить возникновение у него суицидальных мыслей.

Размышляя о мерах, которые должен предпринимать терапевт по отношению к НТР, W. Schubart [20] рекомендует скорее последовательный аналитический, чем терапевтический или образовательный ответ на них всякий раз, когда они возникают в процессе лечения.

При наличии сопротивления лечению и НТР следует постараться вскрыть их причины. Затем, если это возможно, их необходимо попытаться устранить. Если это в силу сложившихся обстоятельств невозможно, то следует предпринять меры по изменению отношения пациента к существующей психотравмирующей проблемной ситуации. Для этого могут быть использованы не только аналитические приемы, но и когнитивно-ориентированная работа (разъяснительная, рациональная, когнитивная, рационально-эмоциональная/эмотивная и позитивная психотерапия). Только после такой работы, которая сама по себе может оказаться достаточной для ликвидации симптомов, целесообразно переходить к прямому их устранению, так как в результате ее проведения они могут утратить условную приятность/желательность и перестанут быть «выгодными» для пациента.

Следует специально подчеркнуть, что при проведении психотерапии недопустимо объяснять пациенту его симптомы их условной приятностью/желательностью и выгодностью в конкретном ситуационном контексте. Этим терапевт может только дискредитировать себя и собственные лечебные усилия перед больным. Целесообразно прибегать к опосредованным объяснительным схемам, которые дают возможность пациенту понять, что его расстройство на соматическом уровне отражает существующую неблагоприятную патогенную ситуацию,

которая должна быть либо устранена, либо переосмыслена с целью нейтрализации ее психотравмирующего воздействия.

#### ПРИМЕЧАНИЯ

1. Екимов М. В. Психотерапия оргазмической дисфункции: Учебное пособие. – Санкт-Петербург: СПбМАПО, 1999. – 38 с.
2. Каплан Х. С. (Kaplan H. S.) Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство: Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.
3. Кочарян Г. С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 20 с.
4. Кочарян Г. С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. – К., 1994. – Вып. 2. – С. 88–93.
5. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
6. Кочарян Г. С. НЛП: терапевтические техники. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.
7. Кочетков В. Д. Неврологические аспекты импотенции. – М.: Медицина, 1968. – 280с.
8. Лапланш Ж., Понталис Ж.-Б. (Laplanche J., Pontalis J.-B.) Словарь по психоанализу: Пер. с франц. – М.: Высш. шк., 1996. – 623 с.
9. Либих С. С., Фридкин В. И. Сексуальные дисгармонии. – Ташкент: Медицина УзССР, 1990. – 142с.
10. Рожановская З. В. Психотерапия сексуальных нарушений у женщин // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. – 3-изд., доп. и перераб. – Ташкент: Медицина, 1985. – С.524–538.
11. Рожнов В. Е. Гипнотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. – 2-е доп. и перераб. изд. – Ташкент: Медицина, 1979. – С.144–176.
12. Сандлер Д., Дэр. К., Холдер А. (Sandler J., Dare Ch., Holder A.) Пациент и психоаналитик: Основы психоаналитического процесса: Пер. с англ. – Воронеж: НПО «МОДЕК», 1993. – 176 с.
13. Свядош А. М. Женская сексопатология. – М.: Медицина, 1974. – 184 с.
14. Свядош А. М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 366 с.
15. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными. – Budapest: Akademiai Kiado, 1973. – 287 с.
16. Христие Г. Л. (G. L. Christie) Психологические и социальные аспекты бесплодного брака // Бесплодный брак / Под ред. Р. Дж. Пепперелла, Б. Хадсона, К Вуда: Пер. с англ. – М.: Медицина, 1983. – С. 309–335.
17. Черток Л. (Chertok L.). Гипноз (проблемы теории и практики; техника): Пер. с франц. – М.: Медицина, 1972. – 160 с.
18. Dimic N., Pavlovic S., Milijkovic S., Radosavijevic S. Psychosomatic medicinein obstetrics and gynaecology // 3<sup>rd</sup> International Congress. Karger, Basel, 1972. – P.457.
19. Kleinsorge H., Klumbies G. Psychotherapie in Klinik und Praxis. – München-Berlin: Urban & Schwarzenberg, 1959. – 518 s.
20. Schubart W. Bemerkungen zum Konzept der sogenannten negativen therapeutischen Reaktion // Psyche (Stuttg). – 1989. – 43 (12). – S.1071–1093.
21. Schwartz O. Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome. – Wien: Springer, 1925. – 481 s.

Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. «Выгодные» болезни и негативные терапевтические реакции // Мир сексологии. – 2012. – №2. – С. 49–65.