

ТЕРАПИЯ ЭРОГЕННОЙ ФОРМЫ ПЕРВИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ЗАМУЖНИХ ЖЕНЩИН С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В работах отечественных сексопатологов была описана эрогенная форма первичной сексуальной дезадаптации [1]. Однако следует заметить, что в литературе преобладает механико-локалистический взгляд на эрогенные зоны (ЭЗ). Это означает, что большинство авторов продолжают рассматривать ЭЗ как изначально существующие чисто биологические структуры, вне их связи с психосексуальным развитием (без анализа процессов формирования ЭЗ) [1—7]. Лишь в единичных работах топическая и функциональная неадекватность эрогенных зон, манифестирующая при сексуальном взаимодействии, диагностируется как нарушение тактильных сексуальных предпочтений, а возникающее при этом несоответствие — как эрогенный конфликт у лиц с различными тактильными предпочтениями [7].

Целью исследования является оптимизация лечебной помощи при эрогенной форме первичной сексуальной дезадаптации у женщин с невротическими расстройствами.

В исследование были включены 25 супружеских пар с первичной эрогенной сексуальной дезадаптацией. По преобладающему характеру некомплементарного сочетания тактильных сексуальных предпочтений были выделены три подгруппы.

В первую группу вошли 5 супружеских пар, мужа в которых имели нормально сформированные тактильные сексуальные предпочтения, а у жен выявлялись нарушения тактильных сексуальных предпочтений в виде отсутствия зрелых эрогенных зон. Вторую подгруппу составили 8 супружеских пар, мужа в которых имели нормально сформированные тактильные сексуальные предпочтения, а у жен выявлялись нарушения тактильных сексуальных предпочтений в виде топической неадекватности зрелых эрогенных зон. Третью подгруппу составили 12 супружеских пар, мужа в которых имели нормально сформированные тактильные сексуальные предпочтения, а у жен выявлялись нарушения тактильных сексуальных предпочтений в виде функциональной неадекватности зрелых генитальных эрогенных зон.

У 20 пациенток в соответствии с критериями МКБ-10 был установлен диагноз невращения (F 48.0), а у 5 — обсессивно-компульсивное расстройство (F 42.0). Продолжительность невротического расстройства в среднем по группе составила 2,8 месяца. Продолжительность сексуальной дезадаптации в среднем по группе — 6,2 месяца. Сексуальная дезадаптация во всех случаях предшествовала развитию невротического расстройства ($p < 0,01$) и детерминировала его ($p < 0,01$).

Разработанная нами система лечебно-коррекционных мероприятий состояла из двух базовых уровней — лечения основного невротического расстройства и коррекции эрогенного несоответствия. Каждый из уровней был организован в виде последовательно реализуемых этапов.

Терапия невротического расстройства проводилась с учетом общих и специфических принципов, сформулированных в работах отечественных неврологов [8, 9]. Медикаментозная терапия осуществлялась в соответствии со стандартами МОЗ Украины. Медикаментозная

терапия сочеталась с индивидуальной личностно-ориентированной патогенетической психотерапией и гипнотерапией. В группе пациенток применялся пролонгированный гипноз [9]. Выбор варианта гипно-суггестивной терапии (седативной, стимулирующей, мотивированной) определялся характером основных клинических проявлений, особенностей конфликтных переживаний, динамики расстройства.

Основным методом коррекции эрогенного несоответствия являлась дифференцированная секс-терапия, направленная на трансформацию топически и функционально неадекватных эрогенных зон у женщин в адекватные, и формирование нового адаптивного сексуального поведения у брачных партнеров. Коррекция сексуального эрогенного несоответствия во всех случаях начиналась после стабилизации психического состояния пациенток.

Ниже приведены схемы коррекционных мероприятий при всех видах несостоятельности эрогенных зон, установленных в рамках эрогенной формы.

1) Коррекция эрогенного несоответствия у пар с первым типом некомплементарного эрогенного сочетания (мужья с нормально сформированным и жены с нарушенным тактильным сексуальным предпочтением в виде отсутствия зрелых эрогенных зон). Напомним, что данный тип нарушений характеризовался отсутствием и афункциональностью зрелых эрогенных зон (отсутствием участков на теле, стимуляция которых способна привести к оргазму). Такое развитие наблюдалось в изученных нами случаях при коитальной аноргазмии с оргазмической способностью к достижению оргазма только за счет миотонического варианта мастурбации. При этом оргазм произвольно возникал от психоэмоциональных стимулов (фантазии) и от миотонических триггерных механизмов (напряжение мышц влагалища), но без механической (мануальной, предметной или генитальной) стимуляции каких-либо участков тела. Основной метод коррекции при данном типе нарушения — конструктивная секс-терапия.

На первом этапе проводилось выявление и устранение неадекватных и деструктивных установок, оценок и представлений супругов в области индивидуального сексуального функционирования и парного взаимодействия. Проводилась разъяснительная психотерапия, в процессе которой пациенткам и их мужьям объяснялась сущность их проблемы, методы планируемой психотерапии, акцентировалась их взаимная ответственность как «парного пациента» за результат лечения. Параллельно этому осуществлялось последовательное повышение информационной сексуальной компетентности пары. Информационная терапия проводилась в виде тематических лекций (раздельно для пациенток и их мужей), посвященных вопросам формирования и функционирования эрогенных зон у человека. Лекционный материал был насыщен клиническими примерами, которые направлены формировали у супругов позитивную терапевтическую перспективу и мотивацию к преобразованию существующего сексуального поведения. Лекции заканчивались обязательным

обсуждением темы, в ходе которого супруги обучались навыкам рационального мышления, адекватного оценивания и реагирования на происходящее с ними. При проведении рациональной психотерапии во время обсуждений использовалась техника «дискутирования» (оспаривания) иррациональных взглядов [11]. Этап считался завершенным, когда можно было убедительно констатировать наличие нового уровня сексуальной (информационной) компетентности пары, критичности к проявленным способам компенсаторного реагирования на факт сексуальной неадекватности, установки на принятие новых форм сексуального взаимодействия.

Задачами второго этапа были: 1) разрушение девиантного фиксированного оргазмозапускающего поведения; 2) формирования у пациентов адекватных «эротизирующих» эрогенных зон.

В норме достижение оргазма происходит за счет суммации как психоэмоциональных, так и тактильных (с эрогенных зон) стимулов. У пациенток с отсутствием зрелых эрогенных зон телесный контакт с партнером при сексуальном взаимодействии (мануальный, оральный, генитальный) является сексуально нейтральным, интактным, а в ряде случаев, и аверсивным. Согласно данным литературы к вариантам нормы у женщин относится как коитальный оргазм (абсолютная нормаадаптация) так и оргазм от партнера вне полового акта, т. е. при петтинге (относительная нормаадаптация) [7]. Наличие у наших пациенток девиантного оргазмозапускающего поведения блокирует их возможность самостоятельно адаптироваться к любому сексуальному партнеру в нормативном ключе.

Без разрушения фиксированных девиантного оргазмозапускающего поведения и шаблонов субъективных переживаний, выработанных по механизмам компенсации на более поздних этапах онтогенеза, принципиально невозможно конструирование нормального оргазмозапускающего поведения. Поэтому содержанием второго этапа коррекции является направленное разрушение у супруги девиантного фиксированного оргазмозапускающего поведения и тренинг навыков эротического восприятия от телесного контакта с мужем вне сексуального взаимодействия. Технически второй этап был организован в виде трех «шагов».

Первый шаг. Тренинг «привлекательных» ощущений пациентки от общего телесного контакта с брачным партнером вне сексуального контекста. Супруги осуществляют телесный контакт (объятия) в необнаженном виде. Во время контакта пациенткам предлагается мысленно «пережить» оргастические ощущения, возникавшие у нее на докоитальном этапе при фантазировании и (или) от напряжения мышц влагалища. Наложение таким образом приятные ощущения фиксируются во время посещения врача с помощью техники НЛП «якорения» [12]. В процессе «якорения» создавалась произвольная ассоциация между новым (телесным) стимулом и специфическим переживанием в прошлом. Генито-генитальный и мануально-генитальный контакты в процессе выполнения первого «шага» категорически запрещались. Маркером успешности первого «шага» является формирование у пациентки навыка переживания специфических приятных, привлекательных ощущений от общего телесного контакта с сексуальным партнером вне секса.

Второй шаг. Тренинг приятных ощущений от общего телесного контакта с мужем без сексуального контакта. Супруги осуществляют общий телесный контакт

(объятия) в обнаженном виде. Во время контакта пациенткам предлагается мысленно «пережить» оргастические ощущения, возникавшие у нее на докоитальном этапе при фантазировании. Наложение таким образом ощущения фиксируются с помощью техники НЛП «якорения» [12]. Генито-генитальный и мануально-генитальный контакты запрещались.

Третий шаг. Тренинг приятных ощущений от специфического телесного контакта (мануально-генитального) с мужем. Супруги осуществляют телесный контакт (объятия) уже в обнаженном виде. Мужу дается инструкция осуществлять мануальную стимуляцию (прикосновения, поглаживание) генитальной области супруги. Пережитые ощущения фиксируются во время последующего посещения врача с помощью техники НЛП «якорения» [12]. Общее число сессий индивидуально. Генито-генитальный контакт на этом этапе запрещался. Параллельно выполнению домашних сессий формирования «эротизирующих» эрогенных зон всем женщинам проводили индивидуальную гипносуггестивную терапию. После введения пациентки в состояние гипноза одним из общепринятых методов проводилось внушение, направленное на усиление сексуального влечения к мужу, повышение уровня эротической активности, формирование установки на желанность и приятность сексуальной близости с ним.

На третьем этапе коррекции формируется зрелая (оргазмозапускающая) генитальная коитальная эрогенная зона. Этап состоит из трех «шагов». При реализации первого шага используется техника «наложения» привычного оргазмозапускающего поведения на тактильную мануальную стимуляцию гениталий, проводимую партнером при сексуальном взаимодействии. Во время реализации первого шага в ситуации эротического контакта мужу рекомендуется произвести последовательно воздействие на «эротизирующие» экстрагенитальные и генитальные эрогенные зоны супруги. Затем пациентке предлагалось вызывать привычные для нее оргазмозапускающие фантазии при введенном во влагалище указательным пальцем партнера. В большинстве случаев во время выполнения вышеописанного упражнения на 2—3 сессии у женщин развивался оргазм. На четвертой сессии мужу рекомендуется осуществлять фриксиоподобные движения пальцем во влагалище. Подкрепляясь оргазмом, формируемая зрелая эрогенная зона привычно (рефлекторно) связывается с механизмами оргазма, ее правильная стимуляция становится новым пусковым механизмом оргазма. Как и на предыдущем этапе генито-генитальный контакт запрещался. Маркером успешности проведенного воздействия является наличие опыта переживания оргазма при мануально-генитальном контакте с мужем в сексуальном контексте.

Реализация второго «шага» также начиналась воздействием на «эротизирующие» экстрагенитальные эрогенные зоны и мануальной стимуляцией генитальной области супруги. При достижении специфической сексуальной готовности мужу было рекомендовано произвести введение полового члена во влагалище и поощрить женщину осуществлять обжимание пениса мышцами влагалища. Упражнение повторяется несколько раз. В случае возникновения оргазма у женщины, после отдыха упражнение повторяется. Фрикции при выполнении второго «шага» запрещаются. Успешным считается шаг, при котором появляется навык переживания женщиной оргазма при статическом генито-генитальном контакте.

При выполнении третьего «шага» осуществляется вся последовательность предыдущих «шагов» этапа и поощряется выполнение фрикций. Шаг считается завершённым при формировании навыка переживания женщиной оргазма при динамическом генито-генитальном контакте. Потенцирование и закрепление проводимого воздействия при осуществлении третьего «шага» осуществляется с помощью техники «гипномоделирования». После введения пациентки в состояние гипноза одним из общепринятых методов, проводилось внушение, направленное на повышение уровня ее генитальной эротической реактивности, и моделировалось переживание оргазма во время коитуса с мужем.

Этап считался завершённым при восстановлении сексуального функционирования, формировании у женщины зрелой функционально и топически адекватной эрогенной зоны, установлении в паре нового адаптивного сексуального поведения, редукции симптомов нарушений копулятивного цикла и стабильного достижения обоюдной психосексуальной удовлетворенности.

Коррекция эрогенного несоответствия у пар со вторым типом некомплементарного эрогенного сочетания (мужья с нормально сформированным и жены с нарушенным тактильным сексуальным предпочтением в виде топической неадекватности зрелых (внегенитальных) эрогенных зон) проводилась поэтапно. Эрогенные зоны данного типа успешно эксплуатировались при мастурбации, но не в сношении, а само их формирование было связано с особой мастурбаторной техникой. Коррекция при втором типе нарушений тактильных сексуальных предпочтений осуществляется в два этапа.

Основные методы реализации задач первого этапа — рациональная психотерапия (техника «дискутирования» иррациональных взглядов [11]) и информационная терапия.

Этап завершается формированием у пары позитивной терапевтической перспективы, готовности к возобновлению сексуального функционирования, установки у супругов к предстоящему изменению сложившегося в паре неадекватного сексуального поведения.

Задачами второго этапа являлись: 1) изменение девиантного фиксированного оргазмозапускающего поведения у жен с топической неадекватностью зрелых (внегенитальных) эрогенных зон; 2) формирование нового адаптивного сексуального поведения в паре.

Реализация задач этого этапа осуществлялась с помощью техники преформационной секс-терапии. При этом выбор направления изменений обсуждался и утверждался самой парой. Изменение осуществлялось в направлении формирования нового сексуального поведения, включающего стимуляцию зрелой внегенитальной эрогенной зоны. Супруги осваивали технику генито-анального сексуального контакта и генито-генитального контакта при ведущей анальной эрогенной зоне, а при ведущей мамиллярной эрогенной зоне — технику синхронного орального стимулирования сосков при проведении генито-генитального контакта. В процессе проведения преформационной секс-терапии все женщины в группе переживали оргастические ощущения различной интенсивности. Маркером успешной реализации этапа является наличие у женщин с топической неадекватностью зрелых эрогенных зон опыта переживания оргазма при синхронной анально-генитальной или орально-мамиллярной и генито-генитальной стимуляции при сексуальном контакте.

Коррекция эрогенного несоответствия у пар с третьим типом некомплементарного эрогенного сочетания осуществлялась в два этапа.

Основные методы реализации задач первого этапа — рациональная психотерапия и информационная терапия.

Задачи второго этапа: 1) разрушение девиантного фиксированного оргазмозапускающего поведения у жен с топической неадекватностью зрелых эрогенных зон; 2) восстановление функциональности зрелой генитальной эрогенной зоны у жен; 3) формирования нового адаптивного сексуального поведения в паре.

Реализация задач этапа осуществлялась с помощью техники реконструктивной секс-терапии, в процессе которой осуществлялось обучение супругов правильному, адекватному воздействию на генитальные зоны друг друга и адекватной технике полового акта. Маркером успешной реализации этапа является стабильное переживание оргастических ощущений женщинами с функциональной неадекватностью зрелых генитальных эрогенных зон во время генито-генитальной стимуляции.

После проведения терапии наблюдалось установление адаптивных сексуальных отношений с брачным партнером в 95 % случаев в группе с эрогенной формой первичной сексуальной дезадаптации. Полученный результат позволяет рекомендовать разработанную нами терапевтическую систему для внедрения в практику.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы.

1. Лечебно-коррекционные мероприятия в предложенной нами системе реализуются на двух базовых уровнях: на первом проводится лечение невротического расстройства, на втором — коррекция эрогенного несоответствия. Целью коррекции является разрешение эрогенного несоответствия посредством максимального использования адаптационного ресурса пары.

2. Основным методом коррекции эрогенной формы первичной сексуальной дезадаптации является дифференцированная секс-терапия, направленная на формирование у пациенток с невротическим расстройством топически и функционально адекватных эрогенных зон, перехода топически и функционально неадекватных эрогенных зон в адекватные, восстановление функциональности топически адекватных эрогенных зон, а также формирование нового адаптивного сексуального поведения в паре.

3. Основным методом коррекции эрогенной формы первичной сексуальной дезадаптации у замужних женщин с невротическими расстройствами является конструктивная секс-терапия. В парах со вторым типом некомплементарного эрогенного сочетания — преформационная секс-терапия. В парах с третьим типом некомплементарного эрогенного сочетания — реконструктивная секс-терапия.

Список литературы

1. Кришталь В. В., Кришталь Е. В., Кришталь Т. В. Сексологія. Навч. посібник: в 4 ч. — Харків, Фоліо, 2008. — 990 с.
2. Васильченко Г. С. Общая сексопатология. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
3. Имелинский К. Сексология и сексопатология / Пер. с польск. — М.: Медицина, 1986. — 424 с.
4. Кон И. С. Введение в сексологию. — М.: Медицина, 1988. — 120 с.
5. Кулиш Н. И., Родионова С. Н. Топический критерий в методике упорядочения терминологии эрогенных зон. В кн.: Медико-психологические аспекты брака и семьи. — Харьков, 1985. — С. 54—55.
6. Либих С. С., Фридкин В. И. Сексуальные дисгармонии. — Ташкент: Мед. УзССР, 1990. — 142 с.

7. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — 6-е изд. — СПб.: Питер, 1998. — 288 с.
 8. Екимов М. В. Мастурбация и сексуальные дисфункции: Уч. пособие. — СПб.: ЗАО «ХОКА», 2006. — 128 с.
 9. Телешевская М. Э. Неврастения. — К.: Здоров'я, 1988. — 168 с.
 10. Бахтеева Т. Д. Особенности лечения женщин, больных неврастениями // Український вісник психоневрології. — Т. 12, вип. 4 (41). — 2004. — С. 71—74.

11. Эллис А., Драйден У. (Ellis A., W. Dryden) Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии / Пер. с англ. — СПб.: Речь, 2002. — 352 с.
 12. Кэмэрон-Бэндлер Л. С тех пор они жили счастливо. Простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях / Пер. с англ. М. П. Папуша. — М.: РИПОЛ КЛАССИК, 2002. — 320 с.

Надійшла до редакції 06.04.2009 р.

Н. В. Гавенко

**Терапія ерогенної форми
первинної сексуальної дезадаптації у заміжніх жінок
з невротичними розладами**

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

До нашого дослідження було залучено 25 подружніх пар з первинною ерогенною сексуальною дезадаптацією. Основним методом корекції ерогенної форми первинної сексуальної дезадаптації є диференційна психотерапія з сексуальною спрямованістю. Лікування повинно бути спрямоване на формування у пацієнток з невротичним розладом топічно та функціонально адекватних ерогенних зон, переорієнтування топічно та функціонально неадекватних ерогенних зон в адекватні, поновлення функціональності топічно адекватних ерогенних зон, а також формування нової адаптивної сексуальної поведінки в парі.

N. V. Gavenko

**The therapy of erogenous form
of primary sexual disadaptation of married women
suffering from neurotic disorder**

*Kharkiv National medical University
(Kharkiv)*

In our investigation 25 married couples suffering from primary erogenous sexual disadaptation participated. The main method of correction of erogenous form of primary sexual disadaptation is differentiated psychotherapy with sexual direction. The treatment should be based on formation topically and functionally adequate erogenous zones, changing of topically and functionally inadequate erogenous zones to adequate, restoration of functioning of topically adequate erogenous zones and formation of new adaptive sexual behavior in couple.

УДК: 616.831-001-06:616.891/.892-07—08

*Н. А. Максименко, аспірант кафедри психіатрії
Національний медичний університет ім. А. А. Богомольця
(г. Київ)*

**НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА
ПРИ ЦЕРЕБРОТРАВМАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) относится к наиболее разработанной в неврологии и психиатрии [2, 3, 4, 5, 10]. Однако ее актуальность сохраняется не только по причине роста распространенности ЧМТ, но и в связи с появлением новых подходов к оценке процессов, которые происходят в нервной ткани при ЧМТ [17]. По данным ВОЗ [6], среди причин смерти травматизм занимает в целом треть, а у людей моложе 45 лет — первое место [22]. В структуре всех видов травматизма сочетанная травма достигает 50—70 %, а ее почти постоянным слагаемым (до 80 % политравмы) является черепно-мозговая травма, что в абсолютных числах составляет от 130 до 200 на 100 тыс. населения [17]. Эпидемиологическими исследованиями было установлено, что частота ЧМТ составляет, в среднем, в мире 4 случая на 1 тыс. населения. В США этот показатель равен 2, в Швеции — 3,6, в Украине — 4—4,2 без учета негоспитализируемой легкой ЧМТ [8].

Согласно статистическим данным ВОЗ, в разных странах констатируется продолжающийся в связи с научно-техническим прогрессом рост нейротравматизма, в частности черепно-мозговых повреждений (в среднем на 2 % ежегодно) [6], а соответственно и количества больных с отдаленными последствиями, так как острый и подострый периоды ЧМТ не являются конечным звеном этого процесса. В отдаленном периоде мы находим не только определенную неврологическую, но и психопатологическую симптоматику. Растущее количество черепно-мозговых травм, обусловленные ими высокая смертность и инвалидность, а также то обстоятельство, что они чаще наблюдаются у лиц наиболее трудоспособного возраста, определяют не только медицинскую,

но и социальную значимость этой проблемы. Частота и выраженность посттравматических синдромов далеко не всегда адекватны тяжести течения острого периода заболевания. Это диктует необходимость всестороннего изучения последствий перенесенных ЧМТ в целях совершенствования методов лечения и прогноза исхода заболевания.

У значительного числа лиц, перенесших черепно-мозговую травму, на том или ином этапе посттравматического периода развиваются различные по характеру, клинической форме и выраженности нарушения психики [22]. В среднем у двух из трех лиц, перенесших ЧМТ, через различные сроки проявляются отдаленные неврологические и психопатологические последствия в различных клинических вариантах, протекающих с состояниями временной нетрудоспособности, а нередко и с последующей инвалидностью [47]. По данным ВОЗ 80 % пациентов, перенесших среднетяжелую и тяжелую ЧМТ, в отдаленном периоде признаются инвалидами второй или третьей групп.

Выделяют следующие клинические формы ЧМТ (Пти, 1774): 1) сотрясение головного мозга; 2) очаговые ушибы мозга, в том числе: а) ушиб мозга легкой степени, б) ушиб мозга средней степени, в) ушиб мозга тяжелой степени; 3) травматическое сдавление мозга, которое обусловлено гематомой эпидуральной, субдуральной, внутримозговой, вдавленным переломом черепа и другими субстратами.

В клиническом течении церебротравматической болезни различают три базисных периода: острый, промежуточный и отдаленных последствий (резидуальный, хронический) [8, 12]. В зависимости от